

BF
20.5
UL
2002
P968
C:2

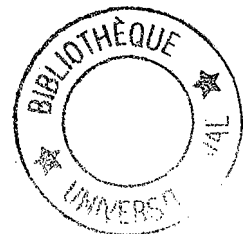
MARIE-CLAUDE PROULX

**LES CROYANCES ET LES ATTITUDES DES ADOLESCENTES ET DES
ADOLESCENTS À L'ÉGARD DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION :
UNE AFFAIRE DE SEXE**

Mémoire
présenté
à la Faculté des études supérieures
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de maître en Psychologie (M.Ps.)

École de psychologie
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL

AOÛT 2002



RÉSUMÉ

Cette étude vise à cerner, à l'aide de la théorie des rapports sociaux de sexe, les croyances et les attitudes des élèves du secondaire à l'égard de la contraception. De fait, 53 adolescentes et 32 adolescents âgés entre 15 et 18 ans sont répartis dans 11 sessions de *focus groups* non mixtes et homogènes et discutent du thème à l'étude. Ensuite, les jeunes sont invités à remplir individuellement un questionnaire où prennent place deux échelles d'attitude portant sur les méthodes de contraception (condom et anovulant). L'analyse qualitative de contenu des *focus groups* montre d'abord que les jeunes intègrent en partie les normes sociosexuelles liées aux rapports sociaux de sexe. Cette analyse suggère que les adolescentes et les adolescents présentent généralement des croyances similaires; certaines nuances sont cependant rapportées. Par la suite, les analyses quantitatives non-paramétriques montrent des convergences et des divergences entre les attitudes des filles et des garçons à l'égard du condom et des anovulants. Les résultats susmentionnés pourront alimenter les réflexions en vue de l'élaboration de mesures préventives visant une sexualité exempte de relations asymétriques entre les sexes et un partage équitable de la responsabilité à l'égard des pratiques contraceptives.

AVANT-PROPOS

Quelques années ont passé depuis le moment où j'ai entrepris la rédaction de ce mémoire et le moment où je le complète. Tout au long de ce projet, plusieurs personnes ont cru en moi et m'ont constamment encouragées et appuyées. Il m'importe maintenant de témoigner ma gratitude à ceux et celles qui m'ont soutenues dans mes moments les plus productifs comme dans les plus réfléchis.

Je souhaite tout d'abord exprimer une sincère reconnaissance à Francine Dufort pour son ouverture d'esprit, sa présence, sa rigueur et ses judicieux conseils. Merci d'avoir cru en un projet féministe peu traditionnel.

Je pense ensuite à Pierrette Bouchard et à Huguette Dagenais qui m'ont partagée généreusement leurs connaissances à propos d'une approche à la fois primordiale et passionnante, le féminisme. Merci de prendre du temps pour assurer la relève.

Je remercie également Isabelle pour les encouragements, les discussions et les coups de main grandement appréciés. Maintenant, NUD*IST n'a plus aucun secret pour nous.

Merci aussi à Hélène qui a pris le temps de démystifier avec moi toutes les analyses statistiques. Grâce à ses judicieux conseils, j'ai pu traverser agréablement cette étape

Je ne peux oublier de remercier mes parents, Marie-Luce et Maurice, pour leur soutien moral et financier ainsi que pour leurs encouragements constants. Je remercie aussi mes amies, Sylvie, Marie-Claude, les deux Kathleen et Maud. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir partager vos expériences. Votre présence et vos témoignages d'amitié ont été fort appréciés.

Enfin, je désire souligner ma gratitude à l'égard de toutes les personnes impliquées de près ou de loin dans l'étude des représentations sociales de la grossesse à l'adolescence. Un merci particulier aux adolescentes et aux adolescents qui ont généreusement accepté de partager leurs points de vue à l'égard de la grossesse à l'adolescence et de sa prévention.

TABLE DES MATIÈRES

| | <u>Page</u> |
|---|-------------|
| RÉSUMÉ..... | ii |
| AVANT-PROPOS | iii |
| TABLE DES MATIÈRES..... | iv |
| LISTE DES TABLEAUX..... | vi |
| LISTES DES ANNEXES..... | viii |
| | |
| INTRODUCTION | 1 |
| | |
| CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS..... | 3 |
| 1.1 La grossesse à l'adolescence et sa prévention par le recours à la contraception | 3 |
| 1.2 Croyances et attitudes différenciées selon le genre..... | 12 |
| 1.3 Normes sociosexuelles et contraception..... | 15 |
| | |
| CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE | 18 |
| 2.1 Les rapports sociaux de sexe | 19 |
| 2.1.1 Origines de la théorie des rapports sociaux de sexe..... | 19 |
| 2.1.2 Émergence et transformation des rapports sociaux de sexe | 20 |
| 2.1.3 Définition des rapports sociaux de sexe | 23 |
| 2.1.4 Rapports sociaux de sexe et croyances et attitudes à l'égard de la contraception. | 25 |
| 2.2 Objet, pertinence et objectifs de la recherche | 26 |
| | |
| CHAPITRE 3 : MÉTHODES..... | 29 |
| 3.1 Participantes et participants | 29 |
| 3.1.1 Description de la population à l'étude..... | 29 |
| 3.1.2 Recrutement des participantes et participants..... | 30 |
| 3.1.3 Description de l'échantillon..... | 30 |
| 3.2 Méthodes de cueillette des données | 32 |
| A) Le <i>focus group</i> | 32 |
| 3.2.1 Description de la méthode du <i>focus group</i> | 32 |
| 3.2.2 Qualité du <i>focus group</i> | 33 |
| 3.2.3 Déroulement des <i>focus groups</i> | 36 |
| B) Le questionnaire | 37 |
| 3.2.4 Description de la méthode utilisée | 37 |
| 3.3 Respect de la déontologie | 37 |

| | <u>Page</u> |
|---|-------------|
| 3.4 Méthodes de traitement des données..... | 38 |
| A) Analyse qualitative de contenu | 38 |
| 3.4.1 Analyse qualitative..... | 38 |
| 3.4.2 Analyse de contenu | 39 |
| 3.4.3 Déroulement de l'analyse de contenu qualitative | 40 |
| B) Analyse qualitative | 44 |
| CHAPITRE 4 : RÉSULTATS | 46 |
| 4.1 Caractéristiques du discours des participantes et des participants..... | 46 |
| 4.2 Contenu du discours des participantes et des participants..... | 50 |
| 4.2.1 Les caractéristiques de la relation entre les partenaires..... | 51 |
| 4.2.2 Les caractéristiques personnelles des jeunes | 55 |
| 4.2.3 L'accessibilité des méthodes de contraception | 59 |
| 4.2.4 Les croyances des jeunes associées à l'utilisation du condom | 65 |
| 4.2.5 Les croyances des jeunes associées aux anovulants..... | 71 |
| 4.2.6 La responsabilité contraceptive selon le sexe des partenaires | 79 |
| 4.3 Attitudes des jeunes en regard des condoms et des anovulants..... | 87 |
| 4.3.1 Attitudes des jeunes à l'égard du condom | 88 |
| 4.3.2 Attitudes des jeunes à l'égard des anovulants..... | 92 |
| CHAPITRE 5 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS | 98 |
| 5.1 Les normes sociosexuelles et les prises de position..... | 99 |
| 5.2 Les prises de position selon le sexe..... | 102 |
| 5.3 Les attitudes contraceptives selon l'expérience sexuelle et le sexe | 105 |
| 5.4 Suggestions pour la prévention..... | 108 |
| 5.5 Limites de l'étude..... | 110 |
| CONCLUSION | 112 |
| RÉFÉRENCES | 114 |
| ANNEXE A | 123 |
| ANNEXE B | 128 |
| ANNEXE C | 131 |
| ANNEXE D | 141 |
| ANNEXE E | 142 |

LISTE DES TABLEAUX

| | <u>Page</u> |
|--|-------------|
| Tableau 1 : Caractéristiques des <i>focus groups</i> et des participantes et participants de chacun d'eux | 31 |
| Tableau 2 : Caractéristiques des participantes et des participants qui sont actifs sexuellement | 32 |
| Tableau 3 : Caractéristiques des unités de classification recueillies auprès des divers <i>focus groups</i> selon le sexe et par territoire | 47 |
| Tableau 4 : Caractéristiques des unités de classification recueillies auprès de l'ensemble des élèves selon le territoire et le sexe..... | 49 |
| Tableau 5 : Nombre d'unités d'analyse classifiées selon les catégories se rapportant aux caractéristiques de la relation entre les partenaires | 51 |
| Tableau 6 : Nombre d'unités d'analyse classifiées selon les catégories se rapportant aux caractéristiques des jeunes | 55 |
| Tableau 7 : Nombre d'unités d'analyse classifiées selon les catégories se rapportant au thème de l'accessibilité des méthodes de contraception..... | 58 |
| Tableau 8 : Nombre d'unités d'analyse classifiées selon les croyances des jeunes associées à l'utilisation du condom..... | 66 |
| Tableau 9 : Nombre d'unités d'analyse classifiées selon les croyances des jeunes associées aux anovulants | 71 |
| Tableau 10 : Nombre d'unités d'analyse classifiées selon le thème de la responsabilité contraceptive en fonction du sexe des partenaires | 80 |
| Tableau 11 : Les attitudes mesurées par l'échelle d'attitudes à l'égard de l'utilisation du condom | 88 |
| Tableau 12 : Résultats des tests de comparaison de moyenne effectuées sur chacun des scores moyens des attitudes à l'égard du condom des participants selon leur expérience sexuelle et leur sexe..... | 89 |
| Tableau 13 : Rangs moyens et sommes des rangs des participants selon leur sexe à l'égard de trois attitudes envers l'utilisation du condom comme méthode de contraception | 90 |

| | | |
|--------------|---|----|
| Tableau 14 : | Résultats des analyses de variance univariée entre les variables sexe et expérience sexuelle ainsi que l'attitude générale des jeunes à l'égard du condom | 91 |
| Tableau 15 : | Moyennes et écarts-types des participantes et des participants selon leur expérience sexuelle à l'égard de leur attitude générale envers le condom... | 92 |
| Tableau 16 : | Les attitudes mesurées par l'échelle d'attitudes s'adressant aux filles à l'égard de l'utilisation des anovulants..... | 93 |
| Tableau 17 : | Résultats des tests de comparaison de moyenne effectués sur chacun des scores moyens des attitudes à l'égard des anovulants des filles selon leur expérience sexuelle | 93 |
| Tableau 18 : | Les attitudes mesurées par l'échelle d'attitudes s'adressant aux garçons à l'égard de l'utilisation des anovulants..... | 94 |
| Tableau 19 : | Résultats des tests de comparaison de moyenne effectués sur chacun des scores moyens des attitudes à l'égard des anovulants des garçons selon leur expérience sexuelle | 94 |
| Tableau 20 : | Rangs moyens et sommes des rangs des garçons selon leur expérience sexuelle à l'égard d'une attitude envers l'utilisation d'anovulants par leur partenaire comme méthode de contraception | 95 |
| Tableau 21 : | Résultats des tests de comparaison de moyenne effectuées sur chacun des scores moyens des attitudes à l'égard des anovulants des jeunes selon leur sexe..... | 95 |
| Tableau 22 : | Rangs moyennes et sommes des rangs des jeunes selon leur sexe à l'égard d'une attitude envers l'utilisation d'anovulants comme méthode de contraception | 96 |
| Tableau 23 : | Résultats des analyses de variance univariée entre les variables sexe et expérience sexuelle ainsi que l'attitude générale des jeunes à l'égard des anovulants..... | 97 |

LISTE DES ANNEXES

| | <u>Page</u> |
|---|-------------|
| ANNEXE A : Guide de discussion s'adressant aux jeunes..... | 123 |
| ANNEXE B : Formulaire de consentement éclairé | 128 |
| ANNEXE C : Questionnaire s'adressant aux jeunes | 131 |
| ANNEXE D : Arbre conceptuel | 141 |
| ANNEXE E : Définitions des catégories de l'arbre conceptuel | 142 |

INTRODUCTION

Les adolescentes et les adolescents se retrouvent de plus en plus tôt engagés dans une vie sexuelle active. L'entrée dans une vie sexuelle représente une dimension importante du vécu lors de la période de l'adolescence. Cependant, elle s'accompagne souvent de l'adoption par les jeunes de comportements sexuels risquant d'entraîner une grossesse non désirée ou une MTS/SIDA. Se questionnant devant l'ampleur du phénomène des grossesses non désirées à l'adolescence, plusieurs chercheuses et chercheurs décrivent depuis une trentaine d'années les conséquences désastreuses qui en découlent sur la vie des jeunes concernés. De fait, le discours scientifique et populaire présente la grossesse à l'adolescence comme une problématique sociale. Néanmoins, il importe de mentionner que ces études paraissent orientées par un biais important, soit l'omission de la mise en contexte des conditions de vie des jeunes qui adoptent des comportements sexuels à risque. Ce constat a mené quelques chercheuses et chercheurs à prendre en compte cet élément et ainsi, à débiter une révision de cette représentation négative. Le phénomène de la grossesse à l'adolescence n'en demeure pas moins un enjeu social préoccupant et dérangeant pour plusieurs.

Ainsi, les instances gouvernementales, réagissant devant les coûts sociaux élevés qu'engendre la parentalité à l'adolescence, visent à mettre un frein à ce phénomène. À cet égard, certains chercheurs et chercheuses tentent de circonscrire les déterminants psychosociaux du recours à des méthodes de contraception, dont les connaissances des jeunes en matière de contraception. Les conclusions de ces recherches montrent que les jeunes présentent des connaissances adéquates à l'égard des méthodes de contraception. Cependant, l'acquisition de ces connaissances n'aboutit pas nécessairement à l'adoption de comportements préventifs en matière de grossesse à l'adolescence. La portée de ces résultats est limitée car ils ne prennent pas en compte l'influence des normes sociales androcentriques en matière de sexualité, soit les normes sociosexuelles, ainsi que l'effet du jugement sexuellement différencié¹ sur les

¹ L'expression «jugement sexuellement différencié» est la traduction suggérée par l'Office de la langue française du terme anglais «*double standard*» et elle est synonyme de la pratique du deux poids, deux mesures (http://www.granddictionnaire.com/_fs_global_01.htm).

croyances et les attitudes des jeunes en matière de contraception. De fait, d'autres chercheuses et chercheurs ont défini ces normes sociosexuelles et leurs impacts dans la vie sexuelle des jeunes. Toutefois, qu'en est-il de l'influence de ces normes en ce qui a trait aux croyances et aux comportements préventifs des jeunes en matière de grossesse à l'adolescence?

Le présent mémoire vise à cerner si les croyances à l'égard de la contraception des adolescentes et des adolescents fréquentant l'école secondaire sont influencées par des normes sociosexuelles androcentriques et asymétriques ainsi qu'à vérifier si leurs attitudes en regard du condom ou des anovulants varient selon leur sexe et leur expérience sexuelle (sexuellement actif ou non). Afin de répondre à ces objectifs, un cadre d'analyse féministe fondé sur la théorie des rapports sociaux de sexe est utilisé. Le choix d'employer ce cadre théorique présente l'avantage de pouvoir rendre compte de l'influence des normes sociosexuelles et du jugement sexuellement différencié sur les croyances et attitudes des adolescentes et des adolescents. Le but de cette étude est de sensibiliser chercheuses et chercheurs, intervenantes et intervenants à la présence des rapports sociaux de sexe à ce propos. Cela permettra ensuite de dégager de nouvelles pistes de réflexion qui pourront orienter et enrichir les stratégies d'intervention en matière de prévention de la grossesse à l'adolescence par le recours à la contraception.

Le premier chapitre décrit les principales recherches traitant de la grossesse à l'adolescence et de sa prévention par le recours à la contraception. Par la suite, il brosse un portrait des études qui visent à connaître l'influence du sexe des jeunes et des normes sociosexuelles sur leurs croyances et leurs attitudes à l'égard des méthodes de contraception les plus populaires à l'adolescence, soit le condom et les anovulants. Le second chapitre décrit pour sa part le cadre théorique utilisé ici, soit la théorie des rapports sociaux de sexe. Il expose de plus les objectifs spécifiques de la recherche. Le troisième chapitre explique la méthode employée afin de parvenir à répondre aux buts fixés. Le quatrième chapitre décrit les résultats obtenus lors des analyses des volets qualitatif et quantitatif. Enfin, le cinquième chapitre suggère une interprétation de ces résultats et propose des pistes d'interventions en matière de prévention de la grossesse à l'adolescence.

CHAPITRE 1

RECENSION DES ÉCRITS

Au Québec, depuis la Révolution tranquille des années 1960-70, les mœurs sexuelles connaissent différentes transformations, telle la libération des pratiques sexuelles. Le début de ces transformations semble aller de pair avec l'accessibilité récente des contraceptifs oraux (Collectif Clio, 1992). Ces transformations viennent également moduler les pratiques sexuelles des adolescentes. En effet, les nouveaux comportements contraceptifs des femmes ont permis aux adolescentes, qui désiraient connaître l'expérience des relations sexuelles, de la vivre de façon plus ouverte et à l'extérieur de l'institution du mariage. Ainsi, la proportion des adolescentes actives sexuellement a doublé entre 1979 et 1988 (Otis, Godin, Lambert & Pronovost, 1991). En 1992, 46 % des adolescentes et 48 % des adolescents entre 15 et 17 ans se disent actifs sexuellement (Santé Québec, 1992). Cela dit, il importe de souligner que l'entrée dans une vie sexuelle active accroît le risque de grossesses non planifiées et augmente les possibilités de contracter différentes maladies transmissibles sexuellement (MTS) et d'être atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

1.1 LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE ET SA PRÉVENTION PAR LE RECOURS À LA CONTRACEPTION

Bien que les MTS et le SIDA représentent un enjeu considérable pour la santé publique, les préoccupations de la présente recherche portent plus particulièrement sur un autre phénomène associé à la sexualité des jeunes, soit la grossesse à l'adolescence et sa prévention par le recours à la contraception. Au Québec, entre 1980 et 1993, le taux de grossesse chez les 14 à 17 ans passe de 12,6 à 20,1 pour mille, soit une augmentation de 60 % (Rochon, 1995). En outre, les taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ont doublé au Québec à l'intérieur des deux dernières décennies, passant de 9,3 pour 1000 adolescentes de 15-19 ans en 1980 à 19,8 pour 1000 en 1994 (Cyr, Dumas & Guilbert, 1996). De même, en 1994, 53,2 % des adolescentes québécoises enceintes optent pour l'IVG, ce qui semble indiquer que plusieurs adolescentes reconnaissent vivre une grossesse non désirée (Cyr, Dumas & Guilbert, 1996).

De fait, la hausse du taux de grossesses à l'adolescence et celle du taux d'IVG deviennent préoccupantes et dérangeantes pour plusieurs. Ainsi, le Secrétariat de la condition féminine (1997; 2000) traite de la prévention de la grossesse précoce comme une priorité gouvernementale dans sa politique en matière de condition féminine (plan d'action 1997-2000 et programme d'action de 2000-2003). De même, le discours scientifique et populaire propage l'idée que la grossesse à l'adolescence doit être perçue comme un problème social et ce, même s'il n'en a pas toujours été ainsi : « Pendant des siècles, se marier et avoir des enfants à 14 ou 16 ans étaient tout à fait courant. Le même fait a aujourd'hui une signification différente : il évoque une anomalie sociale et des risques nombreux » (Deschamps, 1976, p.5).

La grossesse précoce est généralement perçue négativement et l'on en parle comme d'une grossesse à risque, tant au plan physiologique que social (Dryburgh, 2000 ; Le Van, 1997 ; 1998 ; Levine Coley & Chase-Landale, 1998). Pourtant, des études récentes tendent à démontrer qu'à niveau socio-économique et état matrimonial comparables, il n'y a pas de différence au plan physiologique entre les grossesses des adolescentes de 15 ans et plus et celles de leurs aînées (Le Van, 1997). Ces nouvelles connaissances ont eu une influence sur les différentes représentations sociales que plusieurs acteurs sociaux se font du phénomène de grossesse à l'adolescence. En effet, la grossesse à l'adolescence n'est plus considérée comme ayant des conséquences physiques pour l'adolescente et son enfant mais davantage comme un problème social (Dufort, Guilbert & St-Laurent, 2000). Ainsi, « (...) on privilégie maintenant une explication fondée sur la défaillance du suivi médical (les adolescentes consulteraient moins le médecin) et sur l'incidence des conditions de vie de l'adolescente sur le suivi de sa grossesse » (Le Van, 1998, p. 27). Les adolescentes enceintes, sans soutien des parents ou du père de l'enfant, semblent isolées socialement, ce qui entraîne un manque de ressources tant monétaires que sociales. Par conséquent, on impute presque exclusivement à la mère et à son enfant les conséquences nombreuses et néfastes de la maternité précoce (Dufort, Guilbert & St-Laurent, 2000). Donc, la représentation, quoique légèrement déplacée, demeure négative et semble responsabiliser largement la «mère-adolescente» et ce, en minimisant la part de responsabilités du «père-adolescent» et de la société. Malgré cette représentation sociale négative, chaque année, environ une adolescente sur douze devient enceinte avant l'âge de 18 ans (Rochon, 1995).

Différents facteurs sont recensés dans la littérature pour tenter d'expliquer le phénomène de la grossesse à l'adolescence. Quelques auteurs tentent d'associer la croissance du taux de grossesses précoces à la banalisation des relations sexuelles et ce, à la suite de la libération des mœurs sexuelles (cf., Monnier 1987). Ainsi, Basquin et Robert (1987, p. 204) expliquent que :

« (...) le puritanisme d'antan n'a plus cours, la virginité est honteuse si elle n'est pas perdue assez vite, la contraception libère la vie sexuelle de ses lourdes conséquences et, sinon, l'avortement légalisé et évacué sous le sigle de l'I.V.G. est là pour sauver les meubles. Le discrédit jeté sur le mariage, l'union libre faisant partie des mœurs, permettent aussi une grande souplesse dans les échanges amoureux.»

Toutefois, la banalisation des relations sexuelles ne peut expliquer à elle seule la croissance du taux de grossesses à l'adolescence, car ce ne sont pas tous les adolescents et adolescentes qui sont actifs sexuellement. En effet, au Québec, plus de la moitié des jeunes entre 15 et 17 ans ne sont pas actifs sexuellement (Santé Québec, 1992) et pour ceux qui sont actifs, cela ne signifie pas qu'ils ont des relations sexuelles fréquentes et régulières (Cloutier, & Jacques, 1996). De plus, pour les jeunes, sexuellement actifs ou non, la prévention de la grossesse est une préoccupation majeure (Otis, 1996).

Charlotte Le Van (1997) mise plutôt sur une explication selon laquelle les adolescentes et les adolescents seraient incités par leurs pairs à débiter plus tôt leur vie sexuelle alors qu'ils n'y sont pas nécessairement préparés et qu'ils ne connaissent pas suffisamment leur corps. Joseph Lévy, Joanne Otis et Jean-Marc Samson (1996) précisent cette idée en rapportant que la pression sociosexuelle exercée par les pairs est davantage importante chez les adolescentes, ce qui peut les pousser à vivre une première relation sexuelle plus rapidement.

Monique Cournoyer (1995) conçoit plutôt l'augmentation du taux des grossesses à l'adolescence comme une tentative d'insertion sociale pour la future mère. En effet, cette auteure élabore différentes propositions qui tentent d'améliorer la compréhension de ce phénomène. Tout d'abord, elle explique que les adolescentes qui deviennent enceintes endossent le modèle dominant socialement pour les femmes occidentales, soit celui de la «femme-mère». Par conséquent, elles reproduisent les modèles sociaux qui leur sont inculqués par leur socialisation. Ensuite, Cournoyer se représente la grossesse à l'adolescence comme

une façon pour les adolescentes de donner un sens à leur vie et ce, par l'acquisition d'un nouveau rôle : celui de parent. De plus, elle mentionne que les adolescentes, tout comme les adultes qui choisissent d'avoir un enfant, peuvent choisir de ne pas employer de méthodes contraceptives pour atteindre cet objectif. Ces différentes tentatives d'explication s'inscrivent dans une perspective sociale et elles sont également documentées par des auteures et auteurs américains (Horwitz, McElry & Sanders, 1991 ; Levine Coley & Chase-Lansdale, 1998).

D'autres chercheuses tentent également d'expliquer le phénomène des grossesses précoces par la méconnaissance qu'ont les adolescentes et les adolescents des moyens de contraception. Ainsi, pour Rebekah Levine Coley et Lindsay Chase-Lansdale (1998) les jeunes n'utilisent pas adéquatement la contraception parce qu'ils la connaissent mal et qu'ils méconnaissent les différents mécanismes de reproduction, comme la présence de spermatozoïdes dans le liquide pré-éjaculatoire ou la viabilité de 48 heures de l'ovule fécondé dans le système reproducteur de la jeune femme. En outre, d'autres auteurs rapportent que les grossesses précoces sont plus souvent qu'autrement la résultante à la fois du hasard et de l'ignorance des conséquences des rapports sexuels avec pénétration, de la mécanique biologique et des méthodes contraceptives (Morisson, 1985 ; Robinson, Watkins-Ferrel, Davis Scott & Ruchs-Ross, 1993). Ainsi, selon Ribier (1985), l'avenue la plus favorable pour diminuer le taux de grossesses précoces « involontaires » passe par une meilleure information portant aussi bien sur la sexualité que sur la contraception.

Par contre, cette explication ne fait pas l'unanimité. Ainsi, Douglas Kirby et ses collègues (1994) ont évalué l'efficacité de plusieurs programmes d'éducation sexuelle instaurés dans diverses écoles américaines qui avaient comme objectif de sensibiliser les jeunes aux MTS et au SIDA ainsi que de prévenir la grossesse précoce. À la suite de cette étude, ces chercheurs concluent que l'effet de certains de ces programmes varie selon le sexe et l'âge des jeunes. De même, ils avancent que ces programmes ne poussent pas les jeunes à débiter leurs activités sexuelles. Par contre, ils sont dans l'impossibilité de conclure avec certitude si ces différents programmes réussissent à diminuer les taux de grossesses précoces, de naissances et de MTS/SIDA.

Charlotte Le Van (1997) attribue plutôt les grossesses précoces à l'inefficacité des cours de sexualité et des campagnes nationales de promotion des méthodes contraceptives. Selon cette auteure, il ne s'agit pas de remettre en question les connaissances des jeunes mais plutôt la diffusion de l'information contraceptive qui semble déficiente. Ainsi, il importe de mentionner que les campagnes de promotion des différentes méthodes de contraception semblent avoir une influence sur les connaissances contraceptives théoriques des jeunes. Ainsi, une étude, effectuée auprès des jeunes de 14 ou 15 ans venant d'un milieu défavorisé, démontre que 90,1 % des jeunes croient que l'utilisation du condom éviterait une grossesse (Perrault et al., 1993). Par contre, il semble que ce soient dans ces milieux défavorisés que les taux de grossesses précoces sont les plus élevés (Levine Coley & Chase-Lansdale, 1998). Les jeunes possèdent donc les connaissances mais ne les mettent pas nécessairement en pratique. En effet, aucun lien n'a été trouvé entre les connaissances acquises au sujet du condom et son utilisation (Otis, Godin, Lambert & Pronovost, 1991). Conséquemment, il paraît que l'information transmise sur la contraception n'est pas suffisante pour prévenir les grossesses précoces.

Le problème semble se préciser autour du discours social que véhicule l'information sur la contraception (efficacité et avantages), car cette information ne semble pas adaptée au vécu adolescent (Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), 1995). Ainsi, le MSSS constate que : «cette information est de nature cognitive surtout alors que les jeunes souhaitent davantage partager leur expérience et leurs appréhensions. Par conséquent, cette information influe peu sur leurs comportements sexuels» (MSSS, 1995, p.13). De plus, le discours sur la sexualité est très technique (Cloutier & Jacques, 1996 ; Le Van, 1998 ; Boucher, 1999) et ne va pas de pair avec le discours romantique présenté dans les médias où les informations techniques qui servent à prévenir la grossesse précoce (par ex., utilisation d'un condom ou prise d'un contraceptif oral) sont quasi absents (Le Van, 1998). Charlotte Le Van mentionne alors que c'est le discours romantique qui vient davantage moduler les croyances et les attitudes des adolescentes et des adolescents en regard de la sexualité et de la contraception.

À cet égard, Kathleen Boucher (1999) rapporte les différents reproches que les élèves de 15-17 ans attribuent aux messages préventifs et promotionnels en matière de contraception. Ces reproches sont la redondance du discours préventif de la grossesse précoce, l'approche

incitative parfois qualifiée de moralisatrice choisie par les intervenantes et les intervenants, l'absence d'éléments d'ordre psychologique, l'aspect très technique des démonstrations des moyens de contraception ainsi que le manque d'exercices pratiques lors des cours de sexualité. En somme, ces messages ne semblent pas coller à la réalité des jeunes et paraissent influencer peu leurs pratiques préventives.

Par ailleurs, différents auteurs tentent d'expliquer le phénomène de la grossesse à l'adolescence par la non-utilisation ou l'utilisation défailante de la contraception dans trois situations typiques. Premièrement, les jeunes n'ont pas toujours recours à la contraception lors de leur première relation sexuelle (Balasonne, 1991). Par exemple, il a été montré qu'il y a une faible utilisation des méthodes de contraception lors de la première relation sexuelle (Aderson Darling, Davidson & Passarello, 1992). Ainsi, seulement 36,8 % des adolescentes et 42,6 % des adolescents utilisent une méthode de contraception lors de cette première relation sexuelle. En outre, celle-ci semble non planifiée et, par conséquent, les contraceptifs ne sont pas toujours disponibles (Cloutier & Jacques, 1996). En effet, lors d'une relation non planifiée, les jeunes utiliseraient de préférence les préservatifs comme méthode contraceptive (adolescentes : 82,9 % ; adolescents : 52,5 %) et, s'ils ne sont pas disponibles, ils s'en passeraient (Aderson Darling, Davidson & Passarello, 1992).

Le manque de constance dans l'utilisation de la contraception serait également une difficulté rencontrée par les jeunes (Bilodeau, Forget & Tétrault, 1994). Ainsi, les résultats de l'Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au SIDA et autres MTS de Santé Québec (1992) démontrent que l'utilisation du condom est la plus répandue chez les jeunes de 15-19 ans. En 1991 un peu plus de 6 jeunes sur 10 utilisaient le condom, soit 63 %. Par contre, près de 3 jeunes sur 10 (29 %) l'ont déjà utilisé, mais l'ont abandonné alors que près de 1 jeune sur 10 (8 %) ne l'a jamais utilisé. En outre, un sondage canadien révélait que seulement 29 % des répondants utilisaient le condom (Boroditsky, Fisher & Saud, 1995). De plus, dans leur évaluation d'un programme de prévention des grossesses à l'adolescence mené à Montréal, Angèle Bilodeau, Gilles Forget et Jeanne Tétrault rapportent que la moitié des adolescentes de leur étude n'ont pas utilisé une méthode contraceptive de manière régulière et adéquate durant une période de six mois. Plus spécifiquement, cette étude menée dans quatre écoles

montréalaises montre que 20 % des garçons ayant recours au condom ne l'utilisent pas systématiquement et adéquatement et que 27 % des utilisatrices d'anovulants n'en font pas un usage régulier.

Enfin, d'autres chercheurs et chercheuses ont étudié la troisième difficulté contraceptive rencontrée par les jeunes soit, l'arrêt prématuré de la méthode contraceptive (Oakley, Sereika & Bogue, 1991). Selon deux enquêtes, la moitié des adolescentes consultant des cliniques de planification des naissances cessent d'utiliser les anovulants dans les douze mois suivant le début de leur utilisation (Emans et al., 1987; Oakley, Sereika & Bogue, 1991). Il apparaît donc que ces adolescentes semblent avoir une connaissance de ces méthodes de contraception puisqu'elles les utilisaient de prime abord ou sporadiquement. Mais, comment peut-on expliquer l'arrêt ou la mauvaise utilisation des contraceptifs ?

Francine Dufort, Édith Guilbert et Louise St-Laurent (2000) rapportent les propos des adolescentes et des adolescents de 15-17 ans de la région de Québec sur leurs propres explications de la non utilisation de préservatifs. Les adolescents précisent qu'il leur est difficile de s'abstenir d'avoir des relations sexuelles quand l'envie ou l'excitation est trop forte et ce, même s'il n'y a aucun préservatif à portée de mains. Pour les adolescentes, la gêne, le manque d'expérience sexuelle et la peur du jugement négatif de leur partenaire ne favorisent guère l'utilisation du condom lors d'une première relation sexuelle. Les filles paraissent donc avoir de la difficulté à imposer le recours au condom et elles se plieraient davantage au choix du partenaire de ne pas utiliser de préservatif.

En ce qui a trait à l'utilisation de la pilule comme méthode de prévention de la grossesse à l'adolescence, Édith Guilbert, Gaston Godin, Sylvie Marcoux et Caty Blanchette (1999) tentent d'expliquer les raisons qui amènent les filles de 16 ans et plus à en arrêter l'utilisation après 12 mois et ce, malgré qu'elles aient déjà choisi et vécu une IVG. Comme les jeunes femmes qui décident d'utiliser la pilule le font volontairement, et non seulement sous l'avis d'un ou d'une professionnelle de la santé, différents déterminants personnels peuvent les amener à ne plus l'utiliser. Tout d'abord, certaines filles craignent les effets secondaires

associés à cette méthode de contraception. Ensuite, plusieurs filles croient qu'elles n'ont pas besoin d'avoir recours à cette méthode de contraception pour contrôler leur fécondité. Finalement, cette étude vient corroborer le fait que plus les filles connaissent de partenaires sexuels, plus elles ont tendance à abandonner cette méthode de contraception, au profit du condom.

Pour tenter d'en savoir plus sur la non utilisation de la contraception, il importe maintenant de vérifier les diverses croyances des adolescentes et des adolescents qui sous-tendent l'adoption ou non de comportements préventifs. Plusieurs études recensées dans la littérature rapportent d'abord les inconvénients que les jeunes associent à l'utilisation d'un préservatif ou d'anovulants comme méthode de prévention de la grossesse. Par exemple, en ce qui concerne le condom, Michel Perreault et ses collègues (1993) rapportent que près d'un jeune de 14-15 ans sur quatre (24,2 %) croit que l'utilisation d'un préservatif vient interrompre la relation, diminue le plaisir (24,4 %) et est synonyme d'un manque de confiance entre les partenaires (23,6 %). Environ un jeune sur trois se représente l'utilisation du condom comme agaçante (29,4 %) et moins naturelle que la non-utilisation de condoms (39,3 %). Finalement, près de la moitié des jeunes de l'étude ressentent de l'inquiétude à utiliser un préservatif (49,6 %). Conséquemment, il semblerait que ces croyances modulent les comportements contraceptifs des adolescents. En effet, même si les condoms sont plus faciles à obtenir (Lévy, Otis & Samson, 1999), les jeunes sont embarrassés de s'en procurer et c'est ce qui explique qu'ils préfèrent s'en passer (Corcoran, Franklin & Bell, 1997).

Les adolescentes entretiennent également des croyances en ce qui a trait aux anovulants. Ces croyances les mèneraient alors à ne pas les utiliser. Par exemple, elles vont mentionner que cette méthode chimique peut entraîner plusieurs effets délétères, tels qu'une prise de poids considérable, des nausées, des migraines, des vomissements, des risques de cancer et des problèmes cardiovasculaires (Boucher, 1999). Il semble également que les adolescentes et les adolescents sont conscients que la pilule n'est pas une méthode prophylactique (c.-à-d., ne protège pas contre les MTS ou le SIDA) et que les risques d'oubli de comprimés peuvent diminuer son efficacité (Dufort, Guilbert & St-Laurent, 2000). De plus, certaines jeunes filles rapportent que les anovulants sont plutôt difficiles à se procurer (Le Van, 1998). En effet, les

filles doivent d'abord effectuer une visite médicale annuelle, impliquant un examen gynécologique, afin d'obtenir une prescription d'anovulants, au coût élevé d'environ 15 dollars par mois (Boucher, 1999). Ces croyances à l'égard des anovulants deviennent problématiques, car leur utilisation est la méthode de prévention de la grossesse privilégiée aux condoms par les couples d'adolescents qui vivent une relation amoureuse stable (Otis, 1996 ; Otis, Godin, Lambert, & Pronovost, 1991). Il est possible de croire que l'acquisition de ces croyances représente un des motifs qui pousserait le jeune couple à abandonner toute forme de contraception.

Heureusement, il faut souligner que les études récentes démontrent que les adolescentes et les adolescents tendent à mentionner plus spontanément certains avantages liés à l'utilisation du condom ou de la pilule. Ainsi, en ce qui a trait au condom, Dufort, Guilbert et St-Laurent (2000) rapportent que les adolescentes et les adolescents sont conscients que c'est la seule méthode dont la fonction protectrice est double, soit contraceptive et prophylactique. De plus, les jeunes constatent que cette double protection n'implique pas d'effets symptomatiques puisqu'elle est non chimique et que son utilisation est épisodique (Boucher, 1999). Par ailleurs et malgré le fait que certains jeunes rapportent que l'utilisation du condom diminue les sensations de plaisir, d'autres transforment cet inconvénient en avantage. En effet, pour ces jeunes cette diminution de sensations vient augmenter la durée de la relation sexuelle en retardant l'éjaculation (Boucher, 1999).

Les adolescentes et les adolescents reconnaissent également plusieurs avantages à l'utilisation de la pilule contraceptive comme stratégie pour prévenir une grossesse non planifiée. Ainsi, les filles et les garçons s'accordent pour allouer à cette méthode de contraception plusieurs effets bénéfiques (Dufort, Guilbert & St-Laurent, 2000). Dans la même veine, Boucher (1999) note que la régularité des menstruations, la diminution du flux menstruel ainsi que la diminution de l'acné sont des effets symptomatiques positifs associés à la pilule et rapportés par les jeunes. De plus, les jeunes semblent reconnaître l'efficacité contraceptive excellente de cette méthode et ce, malgré qu'ils constatent que son efficacité prophylactique est nulle (Boucher, 1999 ; Dufort, Guilbert & St-Laurent, 2000). Ce constat semble aller de pair avec le

fait que cette méthode s'avère la plus populaire auprès des couples ayant une relation qualifiée de stable ou de sérieuse (Otis, Godin, Lambert, & Pronovost, 1991).

Somme toute, il semblerait que les connaissances des adolescentes et des adolescents en matière de contraception soient bonnes. Les jeunes semblent en effet bien connaître les différents inconvénients et avantages associés aux méthodes de contraception qu'ils privilégient, soit la pilule ou le condom. Par contre, les différentes études en viennent presque automatiquement à la même conclusion, soit que l'utilisation de ces méthodes demeure problématique pour les adolescentes et les adolescents et ce, malgré les différents programmes de prévention ou cours de sexualité offerts. En effet, les statistiques rapportées plus tôt permettent de constater que le phénomène des grossesses à l'adolescence demeure préoccupant et dérangeant. Il importe alors de vérifier plus en profondeur les croyances et les attitudes contraceptives des jeunes pour tenter de mieux cerner ce qui les mènerait à utiliser de façon plus adéquate la pilule ou le condom.

1.2 CROYANCES ET ATTITUDES DIFFÉRENCIÉES SELON LE GENRE¹

La sexualité est l'aboutissement de la construction sociale de ces usages, de la mise en forme et en ordre de ces pratiques, qui déterminent un ensemble de règles et de normes variant selon l'époque et la société (Lhomond, 2000). En Occident, les comportements sexuels des hommes hétérosexuels ne sont habituellement pas questionnés et sont tolérés. Par contre, la sexualité des femmes a souvent été niée et son expression découragée par la société et ce, surtout en dehors d'une relation conjugale reconnue (Hynie, Lyndon & Taradash, 1997). Ce jugement sexuellement différencié signifie que, pour les hommes, il est de mise d'effectuer des choix et de poser des gestes en regard de la sexualité, tels l'utilisation ou non d'un préservatif, tandis que, pour les femmes, ce n'est pas acceptable sinon difficilement admis.

¹ Le terme «genre» est la traduction du terme «gender». Il vise à démontrer que «des sexes ne sont pas de simples catégories sociales, mais des classes constituées par et dans le rapport de pouvoir des hommes sur les femmes (...) : le genre construit le sexe» (Mathieu, 2000, p. 195). Il peut de plus être utilisé comme un synonyme du terme «rapports sociaux de sexe» (Delphy, 2000).

En ce qui concerne la sexualité des adolescentes et des adolescents, Hortensia Amaro (1995) montre l'importance de prendre en compte le genre des individus ainsi que leurs valeurs et leurs normes culturelles afin d'étudier leurs comportements à risque. De même, dans leur étude sur l'idéologie masculine dominant les relations interpersonnelles hétérosexuelles et les comportements sexuels des adolescents, Joseph Pleck, Freya Sonenstein et Leighton Ku (1993) montrent l'importance de considérer le genre des individus pour comprendre leurs comportements sexuels à risque. Ces auteurs arrivent à la conclusion que l'idéologie traditionnelle masculine est associée aux caractéristiques qui viennent accroître, entre autres, les risques que les adolescentes deviennent involontairement enceintes.

Ainsi, pour mieux circonscrire la réalité contraceptive des jeunes, il importe en premier lieu de cerner si les croyances et les attitudes contraceptives se distinguent selon le genre. Ainsi, Amaro (1995), à la suite de différentes études traitant des effets des programmes de prévention du SIDA chez les femmes à comportements sexuels à risque, conclut que des rapports sont inégalitaires entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les pratiques contraceptives. En effet, les hommes semblent posséder un pouvoir sur leurs partenaires féminines en ce qui a trait à l'utilisation, ou non, d'un préservatif, car « for men, the behavior is wearing the condom ; for women, the behavior is persuading the male partner to wear the condom » (Amaro, 1995, p.440). Les adolescents établissent un rapport de pouvoir sur leur partenaire (rapports sociaux de sexe), car c'est à eux que revient la décision ultime d'utiliser ou non un préservatif. Par conséquent, cette réalité, inégalitaire selon le genre de l'individu (masculin ou féminin), favorise l'établissement d'un jugement sexuellement différencié des comportements, sexuels ou autres, des individus (Hynie, Lyndon & Taradash, 1997 ; Reiss, 1971).

Afin de maintenir les rapports sociaux de sexe, il apparaît que les adolescents utilisent des stratégies de communication différentes dans le dessein d'obtenir des relations sexuelles avec leur partenaire. Ainsi, la chercheuse Marie Drolet (1996) rapporte que lorsque deux partenaires discutent de sexualité et de ce qui s'y rattache, leur discours se différencie selon leur sexe. Généralement, pour les filles, il semble primordial de discuter des conduites sexuelles sécuritaires tandis que pour les garçons, c'est l'obtention de la relation sexuelle en soi qui importe. De plus, les garçons utilisent souvent une argumentation plus persuasive et

même plus harcelante dans le dessein d'obtenir une relation sexuelle et ce, en faisant parfois fi des désirs de leur partenaire. Par conséquent, si la partenaire ne riposte pas fermement contre cette tentative de persuasion d'avoir une relation sexuelle, les garçons semblent obtenir davantage ce qu'ils recherchent. Ces différentes façons de communiquer semblent donc encourager le maintien de l'inégalité entre les sexes en regard des activités sexuelles et des comportements contraceptifs.

Ces stratégies de communication des jeunes rendent compte des rapports sociaux de sexe pouvant exister entre les adolescents et les adolescentes. En effet, il semble que les adolescents impliqués sexuellement se représentent davantage comme les acteurs sociaux dominants au sein du couple (Lévy, Otis & Samson, 1996). Ces rapports sociaux teintés par la domination masculine peuvent venir moduler tout le discours des adolescents en regard de la sexualité et, par la suite, influencer leurs choix sexuels et contraceptifs. À titre d'exemple, Marie Drolet (1996) mentionne que les adolescentes n'ayant pas d'expérience sexuelle et étant plus timides paraissent céder plus facilement à l'argumentation de leur partenaire. Celles-ci accepteraient d'avoir une relation sexuelle pour deux raisons principales: 1) elles craignent de se faire abandonner par leur copain ou ; 2) elles croient que cela va résoudre instantanément les conflits engendrés dans le couple par la demande constante pour l'obtention d'une relation sexuelle (Drolet, 1996). Les jeunes filles se retrouvent alors dans une situation d'inégalité et d'impuissance, ce qui entraîne de la passivité dans leurs différents comportements sexuels (Amaro, 1995).

Cette passivité sexuelle semble aussi se répercuter sur les décisions contraceptives que le couple d'adolescents doit prendre comme mesure pour prévenir les grossesses non planifiées. En effet, le rapport de pouvoir qu'entretiendraient les adolescents sur les adolescentes en matière de contraception pourrait venir annihiler les efforts de ces dernières pour planifier les naissances. Ainsi, Constance Nathanson (1991) explique que les décisions contraceptives des couples d'adolescents doivent être comprises à l'intérieur du contexte même de leur relation amoureuse. En effet, ce qui vient entériner la décision d'utiliser ou non un préservatif ou des contraceptifs oraux est souvent jugé selon les conséquences de ces méthodes sur la relation. Constance Nathanson rapporte ainsi trois situations souvent associées à la probabilité de ne

pas utiliser de méthodes contraceptives lors de la relation sexuelle. Ainsi, si l'adolescente se plaint des effets secondaires associés aux anovulants, son partenaire peut suggérer d'utiliser une autre méthode de contraception, ce qui amène souvent le couple à avoir des relations non protégées. De plus, si le garçon n'est pas d'accord pour utiliser un préservatif, le couple choisit souvent la non-protection au profit d'une autre méthode de contraception. Enfin, le garçon peut faire pression sur sa partenaire pour obtenir une relation sexuelle non protégée et ce, même s'il se sent concerné par la possibilité d'entraîner une grossesse.

En somme, Marie Drolet (1996) et Constance Nathanson (1991) viennent corroborer le constat de Hortensia Amaro (1995), soit que le genre des individus semble influencer leurs croyances et leurs attitudes lorsque vient le moment pour eux de déterminer quelle pratique préventive utiliser pour éviter une grossesse non planifiée et précoce. Ces auteures soutiennent que les comportements des adolescents sont teintés des rapports sociaux de sexe présents dans les sociétés occidentales. Cela les mènerait alors à s'autoriser à utiliser différentes stratégies afin d'obtenir une relation sexuelle sans utiliser de méthode de contraception.

1.3 NORMES SOCIOSEXUELLES ET CONTRACEPTION

Il importe maintenant d'explorer ce qui amène les adolescentes à abandonner leur responsabilité en matière de contraception, soit en omettant de proposer l'utilisation du condom à leur partenaire ou en n'utilisant pas de contraceptifs oraux. Pour tenter de comprendre davantage ce phénomène social, quelques auteurs ont tenté d'identifier quelles sont les normes sociosexuelles androcentriques et asymétriques qui dominent dans les sociétés occidentales. Ces normes viendraient alors influencer les comportements sexuels et les pratiques préventives des adolescentes et des adolescents.

Une première norme sociosexuelle suppose que les comportements sexuels se doivent d'être définis selon le type d'engagement (relation occasionnelle ou stable) entre les partenaires (Hynie, Lyndon & Taradash, 1997). Ainsi, dans leur étude traitant de la perception des étudiantes universitaires à l'égard des relations sexuelles en dehors du mariage ainsi que de

leurs habitudes contraceptives, Michaela Hynie, John Lyndon et Ali Taradash mentionnent qu'il est socialement attendu que les relations sexuelles soient acceptées seulement lorsque la relation se contextualise dans un rapport amoureux (stable) et non lors d'une relation sexuelle éphémère (occasionnelle). Par ailleurs, ces auteurs montrent que les garçons supposent que ce sont les filles qui sont responsables de déterminer quand leur relation apparaît assez stable pour accepter d'avoir des relations sexuelles. En conséquence, il est présumé que ce sont les filles qui devraient choisir quelle stratégie contraceptive utiliser pour éviter de connaître une grossesse lorsque que cette dernière n'est pas planifiée (Hynie, Lyndon & Taradash, 1997).

Par contre, une seconde norme sociosexuelle viendrait annihiler la responsabilité des adolescentes à l'égard des stratégies contraceptives sans pour autant définir celle des adolescents. Ainsi, il paraît qu'une adolescente qui parle de contraception avec son partenaire est représentée socialement comme une personne possédant systématiquement de l'expérience sexuelle (Hynie & Lyndon, 1995). Cette attitude semble alors contraire aux caractéristiques féminines valorisées dans la société (Hynie, Lyndon & Taradash, 1997). Cela pouvant nuire à la réputation de l'adolescente, cette dernière peut s'abstenir de discuter de contraception (Lévy, Otis & Samson, 1999). Par ailleurs, dans leur étude sur les risques face au SIDA, les relations de pouvoir et le style de communication sexuelle chez les étudiantes et étudiants des cégeps francophones et anglophones, Joseph Lévy, Joanne Otis et Jean-Marc Samson (1996 ; 1999) rapportent que les filles paraissent dépendantes à la fois de la coopération du partenaire à utiliser un condom et de son initiative à le proposer. Le fait pour une jeune femme d'avoir en sa possession des condoms devient alors contraire à la seconde norme sociosexuelle (Lévy, Otis & Samson, 1999). Par contre, ce jugement négatif ne s'appliquerait pas aux jeunes hommes (Lévy, Otis & Samson, 1999). La prédominance de cette norme sociosexuelle dans les choix contraceptifs des adolescentes et des adolescents témoignerait de l'importance pour l'adolescente de protéger sa réputation au détriment d'une pratique préventive à l'égard des grossesses précoces.

De plus, les jeunes femmes et les jeunes hommes semblent prendre en compte le degré d'engagement qu'ils ressentent face à leur partenaire lorsqu'ils choisissent d'utiliser une méthode contraceptive plutôt qu'une autre (Lévy, Otis & Samson, 1996). Cette troisième

norme sociosexuelle apparaît également teintée du jugement sexuellement différencié. Ainsi, Joseph Lévy, Joanne Otis et Jean-Marc Samsom rapportent que pour les jeunes hommes, l'usage du condom est plus régulier quand ils sont moins engagés affectivement avec leur partenaire, tandis que, pour les jeunes femmes, l'usage du préservatif est plus régulier et fréquent quand elles sont engagées affectivement.

Ainsi, les études de Michaela Hynie, John Lyndon et Ali Taradash (1997) et de Joseph Lévy, Joanne Otis et Jean-Marc Samson (1996; 1999) permettent de constater que les normes sociosexuelles se différencient selon le genre des partenaires sexuels. Il y aurait donc présence du jugement sexuellement différencié en ce qui concerne les comportements contraceptifs des jeunes. Les normes, étant plus restrictives pour les femmes, favoriseraient ainsi le maintien des rapports sociaux de sexe. De plus, les adolescentes éprouveraient de la difficulté à s'affranchir de ces normes, étant constamment confrontées à des modèles comportementaux qui impliquent un jugement sexuellement différencié (Amaro, 1995).

CHAPITRE 2

CADRE THÉORIQUE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Le chapitre précédent a introduit différentes études scientifiques et gouvernementales traitant de la prévention de la grossesse à l'adolescence par le recours à la contraception. La plupart de ces études tentent de démystifier les pratiques contraceptives des adolescentes et des adolescents dans le but d'élucider, entre autres, les facteurs qui expliqueraient le taux croissant des grossesses à l'adolescence. Pour ce faire, plusieurs chercheuses et chercheurs ont tout d'abord identifié différents déterminants psychosociaux associés aux relations sexuelles à risque. Par la suite, d'autres ont tenté de circonscrire l'état des connaissances contraceptives des jeunes, ce qui les a mené à conclure que ces derniers possèdent de bonnes connaissances à ce propos. Toutefois, il paraît que ces connaissances ne viennent pas suffisamment influencer leurs comportements sexuels et que ceux-ci demeurent à risque. Par conséquent, quelques chercheurs ont exploré les différents styles de stratégies préventives que pouvaient utiliser les jeunes pour diminuer leurs comportements à risque étant susceptible d'engendrer une grossesse ou de transmettre une MTS ou le SIDA. Quelques études ont aussi tenté de vérifier quels étaient les styles de communication utilisés entre les partenaires sexuels pour avoir recours ou non à une méthode prophylactique comme le condom. Par contre, très peu ont étudié les différents rapports sociaux présents entre les adolescentes et les adolescents lors du moment de choisir une méthode de contraception dans le but d'éviter une relation sexuelle à risque.

Ainsi, en partant du postulat que les rapports sociaux qui maintiennent les inégalités entre les hommes et les femmes sont présents dans tous les domaines d'activités du monde occidental, il appert que ces rapports sociaux de sexe influencent les stratégies des jeunes afin d'avoir recours ou non à la contraception. De fait, la théorie des rapports sociaux fournit un cadre théorique qui s'avère pertinent à l'étude des croyances et des attitudes des adolescentes et des adolescents à l'égard de la contraception.

2.1 LES RAPPORTS SOCIAUX DE SEXE

2.1.1 Origines de la théorie des rapports sociaux de sexe

C'est d'abord en 1949 qu'une auteure française, Simone de Beauvoir, publie un des premiers essais qui traite des différents rôles attribués aux hommes et aux femmes qui mettent en évidence les inégalités sociales basées sur le sexe des individus : *«Le deuxième sexe»*. Elle se permet alors de jeter un nouveau regard sur la situation des femmes à travers les diverses sociétés. Elle constate que celles-ci apparaissent très souvent dominées dans les sphères publique et privée par le groupe des hommes et ce, malgré le fait qu'elles représentent la moitié de la population. Pour cette auteure, le monde se divise en deux classes sociales inégalitaires : la classe dominante et dirigeante dont la grande majorité des représentants sont des hommes et la classe des opprimés représentée presque exclusivement par les femmes et les enfants. Elle se questionne ensuite sur les différentes hypothèses apportées par le monde scientifique traditionnel, soit l'explication des « différences sexuelles » innées pour tenter de comprendre les divergences à l'égard des croyances et des attitudes comportementales des hommes et des femmes occidentales. En effet, elle critique les différentes disciplines scientifiques qui tentent de normaliser les différences sexuelles pour ne pas remettre en question les rapports de pouvoir qui dominent entre les sexes. Par conséquent, Simone de Beauvoir met en place une nouvelle perspective d'analyse du comportement humain, soit étudier les relations inégalitaires qui prévalent entre les hommes et les femmes et qui teintent, par la suite, leurs comportements individuels.

C'est entre les décennies 1960 et 1980 que différentes auteures féministes reprennent et approfondissent les concepts présentés par la théorie de la différence sexuelle proposée par Simone de Beauvoir (Collin, 2000). Des analyses anthropologiques (par ex., Huguette Dagenais, Nicole-Claude Mathieu, Paola Tabet), historiques (par ex., Micheline Dumont, Sylvia Walby), philosophiques (par ex., Françoise Collin), politiques (par ex., Diane Lamoureux, Kate Millet, Pierrette Bouchard) et sociologiques (par ex., Christine Delphy, Colette Guillaumin) portant sur les différences entre les hommes et les femmes permettent, aux



auteures féministes d'identifier un système social dominant, soit le patriarcat. Ces auteures illustrent ensuite que la mise en place de ce système ainsi que son maintien s'orchestre à l'aide des rapports sociaux inégalitaires entre les hommes et les femmes. La théorie des rapports sociaux entre les sexes a donc émergé à la suite des questionnements de chercheuses féministes de plusieurs domaines d'étude.

Aujourd'hui ce concept est présent dans plusieurs sciences sociales. Toutefois, il demeure peu utilisé au sein de la communauté scientifique, en raison, entre autres, du manque de reconnaissance par des auteurs scientifiques de la présence des rapports sociaux inégalitaires entre les hommes et les femmes. Il semble que ce soit grâce à la présence d'auteures féministes dans les différentes sciences sociales que le concept des rapports sociaux de sexe demeure et continue de trouver des adeptes.

2.1.2 Émergence et transformation des rapports sociaux de sexe

Pour favoriser la compréhension du concept des rapports sociaux de sexe, il apparaît pertinent d'effectuer un bref rappel des origines historiques de l'émergence des rapports sociaux de sexe telles qu'elles sont recensées dans la littérature par différentes auteures féministes. Cette approche vise la compréhension de la démarche sociale qui a mené au contrôle des membres du groupe dominé par les membres du groupe dominant sur la base des relations de pouvoir mises en place par les rapports sociaux de sexe. Cela permet d'illustrer l'influence des rapports sociaux entre les sexes au sujet des croyances et des attitudes des membres des deux groupes sexuels (Millet, 1971).

Tout d'abord, pour Simone de Beauvoir (1949), il est difficile de situer l'instauration des rapports de pouvoir des hommes sur les femmes dans les différentes sociétés. La subordination des femmes reposerait uniquement sur les différences biologiques présentes entre les hommes et les femmes, soit que ces dernières ont un système sexuel et un système reproducteur différents de ceux des hommes : « (...) il y a toujours eu des femmes; elles sont femmes par leur structure physiologique; aussi loin que l'histoire remonte, elles ont toujours été

subordonnées à l'homme : leur dépendance n'est pas la conséquence d'un événement ou d'un devenir (...)» (De Beauvoir, 1949, p.19).

Par la suite, Kate Millet (1971) tente de montrer ce qui a poussé les hommes à utiliser des rapports de pouvoir sur les femmes. Ainsi, selon elle, l'apparition des rapports de pouvoir entre les hommes et les femmes semble prendre racine lors de l'établissement de l'idéologie patriarcale. Cette féministe américaine postule d'abord que la source du patriarcat, la forme pré-patriarcale, se situerait à l'époque préhistorique. Elle mentionne que c'est à cette époque que les hommes auraient pris conscience de leur rôle dans la conception de la descendance. En effet, avant cette prise de conscience, les membres des sociétés préhistoriques apparaissent considérer la procréation comme un acte naturel, non-associé aux relations sexuelles et dont la femme était seule responsable. Ainsi, cette prise de conscience aurait diminué l'importance, voir annihilé le rôle des femmes dans la procréation. Les hommes auraient alors attribué à leur système reproducteur tout le pouvoir de donner la vie et de perpétuer ainsi l'espèce. Toutefois, Kate Millet mentionne qu'il faut attendre l'arrivée des premières civilisations organisées pour définir une forme patriarcale organisée et hiérarchique telle qu'elle est connue aujourd'hui.

En effet, avec l'arrivée des premières institutions associées aux Civilisations occidentales, le patriarcat n'est plus qu'une idéologie mais il tend à ressembler davantage à un système influençant les sphères publique et privée (Walby, 1990). Par patriarcat, il faut entendre plus qu'«une forme de famille fondée sur la parenté par les mâles et sur la puissance paternelle» (Petit Robert 1, 1991, p. 1378) mais bien un système politique dominé par les hommes et où ces derniers sont considérés comme la norme, la référence (Dhavernas, 1993; Guillaumin, 1992). En tant que système, le patriarcat est présent et dirige les activités humaines, collectives et individuelles et ce, en fonction du temps, de l'époque et de l'ethnie d'une population donnée (Delphy, 1998; 2000). Le système social patriarcal utilise donc une idéologie androcentrique, c'est-à-dire une manière de concevoir les choses en se basant sur la situation du groupe des hommes et ce, de façon universelle (Duru-Bella, 1994). Ce système politique semble présent depuis que les hommes se sont imposés à la tête de toutes les institutions publiques et privées (Millet, 1971).

À travers les différentes époques qui ont traversé le monde occidental, les femmes ont ainsi été victimes de ce que Colette Guillaumin (1992) qualifie de sexage, soit l'appropriation physique du groupe des femmes par le groupe des hommes. Se basant sur l'explication de la lutte des classes entre les prolétaires et les propriétaires de la théorie marxiste, cette auteure postule que le groupe dominant, figuré par les hommes, a choisi de s'approprier l'usage des corps du groupe des femmes, de l'objectiver, de le manipuler et de l'utiliser dans le dessein d'accroître ses propres biens. Par conséquent, l'appropriation permettrait au groupe dominant de rendre sa survie possible dans de meilleures conditions qu'il ne pourrait y arriver par lui-même. En coupant les femmes de la sphère publique et en les cantonnant à la sphère privée, le groupe dominant en vient à favoriser et à maintenir la croyance que le rôle unique des femmes est la procréation. De même, il s'assure le maintien de son espèce par une forte reproduction.

Aujourd'hui, le système social patriarcal demeure présent dans les sphères domestique, économique et culturelle, dans les domaines de la sexualité, de la violence ainsi que dans les institutions étatiques (Walby, 1990; 1996). Toutefois, lors de son questionnement à l'égard des transformations du patriarcat à la suite des revendications et des analyses féministes depuis le début du 20^e siècle en Grande-Bretagne, Sylvia Walby (1990; 1996) constate le changement de la forme de domination masculine qui s'est effectué dans la deuxième moitié de ce siècle. D'une forme privée et rigide, la domination masculine devient une forme publique du contrôle des femmes. En fait, Walby mentionne qu'à la suite des luttes des féministes de la première vague au début du siècle dernier, les femmes occidentales ont obtenu la possibilité d'effectuer des choix en regard de certaines pratiques privées, telles que le contrôle de la fécondité, l'accès au divorce ainsi que la décriminalisation de l'homosexualité. Cela lui permet de constater que les femmes ne sont pas des victimes passives du système patriarcal car, par leurs revendications, elles ont défait et modifié sa structure initiale. Walby montre cependant que les pratiques des rapports patriarcaux, telles que le jugement sexuellement différencié et la pornographie, sont toujours présentes mais résultent du contrôle social (forme publique) de la sexualité des femmes. À titre d'exemple, elle constate que la diminution de la censure dans la pornographie est préjudiciable aux femmes car elle incite à la violence sexuelle. L'analyse de Walby permet aussi de constater qu'en dépit du fait que la société permet aux femmes d'effectuer des choix personnels en matière de sexualité, celle-ci les pousse toutefois à un

respect des normes sociales comme la vie conjugale hétérosexuelle, favorisant ainsi le maintien des rapports sociaux de sexe. Par exemple, elle avance que le divorce et à la séparation sont socialement accessibles pour toutes les femmes mais qu'ils sont souvent synonymes de pauvreté.

2.1.3 Définition des rapports sociaux de sexe

Lorsque l'on traite du concept qui vise à décrire le système social de domination masculine, il appert que les théoriciennes n'utilisent pas un concept général et unique (Delphy, 2000). Des objections théoriques présentées par ces théoriciennes émerge l'utilisation de différents termes, soit le patriarcat, le genre et les rapports sociaux de sexe. Ne possédant pas de définition stricte, chacun de ces termes «visent toutefois à décrire un système total qui imprègne et commande l'ensemble des activités humaines, collectives et individuelles» (Delphy, 2000, p.146). Christine Delphy rapporte par la suite que ces objectifs se retrouvent à l'intérieur de ces termes car chacun a recours à la généralité et utilise une organisation hiérarchique savamment planifiée afin de rendre possible la domination masculine. Ces trois termes rendent également compte des attitudes et des relations interindividuelles. De plus, ils permettent d'effectuer plus qu'un constat explicatif en étant plus conceptuels et plus théoriques. Finalement, ces termes peuvent s'opposer, être utilisés comme synonymes ou termes complémentaires en permettant d'apporter un éclairage et une précision légèrement différente sur un phénomène.

Le concept choisi pour la présente étude afin de décrire le système social de domination masculine est celui des rapports sociaux de sexe. Le rapport social représente, selon Danièle Kergoat (2000, p.39), «une tension qui traverse le champ social». Confrontés à cette tension, des phénomènes sociaux se transforment en enjeux opposant deux groupes distincts selon des caractéristiques apparentes ou non (par ex., la religion, la «race» ou le sexe) et dont les intérêts divergent, dans le cas présent le groupe des hommes et le groupe des femmes. Différentes dimensions caractérisent les rapports sociaux de sexe, soit que la relation présente entre les groupes est antagoniste (par ex., le rôle de mère pour les femmes et celui de père pour les

hommes ont des visées opposées, telles la mère nourricière et le père pourvoyeur, se basant sur le sexe des parents) ; que les différences constatées entre les groupes proviennent de construits sociaux qui ne relèvent nullement d'une causalité biologique mais s'appuient sur un rapport hiérarchique entre les sexes (c.-à-d., un rapport de pouvoir et de domination) (Kergoat, 2000). Ainsi pour cette sociologue, le rapport social représente le paradigme des rapports de domination.

Ces conceptualisations du rapport social et des rapports sociaux de sexe sont également présentées par Anne-Marie Daune-Richard et Anne-Marie Devreux (1992). Pour ces auteures, le rapport social désigne l'ensemble du système qui regroupe les différentes formes que prennent les rapports entre les hommes et les femmes, tandis que les rapports sociaux de sexe indiquent les formes et les modalités qu'emprunte le rapport social dans l'espace social ainsi que ses spécifications. La présence de rapports sociaux de sexe dans le domaine de la sexualité, soit par l'existence du jugement sexuellement différencié, représente une des formes du rapport social. Daune-Richard et Devreux précisent de plus l'utilité des rapports entre les sexes afin de maintenir une domination masculine dans les différentes sphères de la vie :

«Pour notre part, nous nous inscrivons dans un courant de recherche qui pose que le rapport entre les sexes (et la domination masculine) constitue une logique d'organisation sociale qui forme un système à travers l'ensemble de l'espace social, sans qu'il y ait *a priori* prépondérance d'une sphère. Ce caractère de transversalité renvoie, pour nous, à la définition même d'un rapport social fondamental, c'est-à-dire d'un rapport autour duquel s'organise et se structure l'ensemble de la société» (Daune-Richard & Devreux, 1992, p. 10).

Les conceptualisations des auteures susmentionnées en ce qui a trait à leur définition des rapports sociaux de sexe permettent de constater qu'ils sont présents à l'intérieur de tous les domaines du social où s'opposent deux groupes antagonistes. Ce principe, nommé transversalité par Anne-Marie Daune-Richard et Anne-Marie Devreux (1992), rend possible cette présence universelle et ce, malgré que les modalités de fonctionnement qu'adopte le rapport social y soient différenciées.

2.1.4 Rapports sociaux de sexe et croyances et attitudes à l'égard de la contraception

La règle implicite du jugement sexuellement différencié en matière de sexualité semble perdurer en Occident. Ainsi, rappelons que les comportements sexuels des hommes hétérosexuels ne sont habituellement pas questionnés et sont tolérés, alors que la sexualité des femmes a souvent été niée et son expression découragée par la société et ce, surtout en dehors d'une relation conjugale reconnue (Hynie, Lyndon & Taradash, 1997). Cette règle androcentrique semble être à l'origine de l'établissement des normes sociosexuelles. Ces normes paraissent de plus différenciées selon le sexe des acteurs et actrices sociaux. Ce faisant, l'intégration et la répétition de ces règles via les relations sexuelles hétérosexuelles ont comme objectif de maintenir la règle du jugement sexuellement différencié et, par conséquent, le système patriarcal et les rapports sociaux de sexe qui y prédominent (Walby, 1990).

En ce qui concerne les croyances et les attitudes des adolescentes et des adolescents à l'égard de la contraception, il paraît que les normes sociosexuelles interviennent afin de moduler les comportements préventifs des jeunes (Hynie, Lyndon & Taradash, 1997). De fait, il importe de rappeler les trois normes sociosexuelles pour illustrer ce phénomène. Michaela Hynie, John Lyndon et Ali Taradash proposent une première norme, soit que les comportements sexuels se doivent d'être définis selon le type d'engagement (relation occasionnelle ou stable) entre les partenaires. Les relations sexuelles se voient ainsi acceptées uniquement lorsque la relation survient dans un contexte amoureux (stable) et non lors d'une rencontre occasionnelle. Ce sont alors les adolescentes qui sont responsables : 1) de déterminer quand la relation devient assez stable pour accepter d'avoir des relations sexuelles et 2) de choisir la stratégie à adopter afin d'éviter une grossesse non planifiée.

La deuxième norme sociosexuelle paraît venir abolir la responsabilité des adolescentes sans pour autant venir circonscrire celle des garçons : une adolescente qui parle de contraception avec son partenaire est représentée socialement comme une personne possédant systématiquement de l'expérience sexuelle, ce qui semble préjudiciable pour sa réputation (Hynie, Lyndon & Taradash, 1997). L'intégration de cette norme par les adolescentes peut

avoir comme conséquence l'absence de discussion avec leur partenaire au sujet de l'adoption de conduites préventives dans le but de protéger leur réputation (Lévy, Otis & Samson, 1999). Il importe de noter que ce jugement négatif ne s'appliquerait pas aux adolescents (Lévy, Otis & Samson, 1999).

Enfin, la troisième norme sociosexuelle vient préciser le rôle des garçons en matière de contraception. En effet, cette norme postule que le recours à l'usage du préservatif varie selon le sexe et le type d'engagement qui lie les deux partenaires. Ainsi, il paraît que pour les garçons, l'usage du condom est plus régulier quand ils sont moins engagés affectivement avec leur partenaire, tandis que, pour les filles, l'usage du préservatif est plus régulier et fréquent quand elles sont engagées affectivement (Lévy, Otis & Samson, 1999).

En fin de compte, il apparaît que les normes sociosexuelles sont asymétriques. De fait, ces normes visent à maintenir les rapports sociaux inégalitaires entre les adolescentes et les adolescents en matière de conduites préventives face à la grossesse non planifiée lors des relations sexuelles. Il importe alors de déterminer comment les jeunes intègrent et reproduisent ces normes sexuelles.

2.2 OBJET, PERTINENCE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Afin de cerner comment les croyances et les attitudes des adolescentes et des adolescents sont teintés par les normes sociosexuelles androcentriques et asymétriques, cette étude se propose d'abord de décrire les prises de position des jeunes à l'égard des méthodes de contraception. Cette démarche vise à fournir une explication alternative à celles recensées dans la littérature afin de vérifier de quelle manière les adolescentes et les adolescents se représentent leurs conduites préventives en matière de sexualité. L'approche employée servira à déterminer si les rapports sociaux de sexe viennent teinter les croyances et les attitudes des jeunes à l'égard de la contraception.

Les données qui font l'objet de l'étude émanent d'une recherche de plus grande envergure subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale et dirigée par Francine Dufort, Édith Guilbert et Louise St-Laurent (2000). Cette recherche avait pour objet les représentations sociales de la grossesse à l'adolescence des adolescentes et adolescents ainsi que des intervenantes et intervenants sociaux oeuvrant auprès de cette population. La présente étude consiste donc en une analyse secondaire d'une partie des données collectées auprès des adolescentes et des adolescents lors de la recherche de Dufort, Guilbert et St-Laurent, soit les données portant sur la contraception. Le thème organisateur des moyens de contraception est ici décomposé en cinq sous-thèmes, soit les caractéristiques de la relation entre les partenaires, les caractéristiques personnelles des jeunes, les perceptions de l'accessibilité des méthodes de contraception, les croyances des jeunes associées à l'utilisation du condom, les croyances des jeunes associées aux anovulants et les perceptions de la responsabilité contraceptive selon le sexe.

Les intérêts de procéder à la présente étude sont divers. Tout d'abord, il appert que cette démarche rendra possible la vérification de la présence des normes sociosexuelles asymétriques et androcentriques et de leurs influences auprès des populations les plus propices à avoir recours à des pratiques préventives afin d'éviter une grossesse non planifiée à l'adolescence. Cette possibilité s'avère digne d'intérêt en ce sens qu'elle apporte de nouvelles pistes de réflexion dans la question de la prévention. De fait, il deviendra possible de trouver des stratégies nouvelles afin de déconstruire les normes sociosexuelles et les rapports sociaux de sexe qui les véhiculent. De plus, cette étude se veut une observation directe de la population risquant d'adopter des conduites sexuelles à risque et pouvant être aux prises avec la grossesse à l'adolescence, soit les adolescentes et les adolescents eux-mêmes. Ce regard sur leurs propres croyances et attitudes à l'égard de leur recours à la contraception permet de saisir comment les jeunes conçoivent ces pratiques préventives et comment ils s'approprient l'information qu'ils reçoivent à ce propos et ce, tout en leur permettant d'échapper aux cadres de réflexion dictés par les préoccupations des adultes. D'autre part, l'étude des croyances et attitudes associées au thème organisateur des moyens de contraception se révèle efficace dans la mesure où elle peut être révélatrice des types de manifestations des rapports sociaux de sexe dans la mise en place des stratégies contraceptives des adolescentes et des adolescents. Cette

étude permettra par ailleurs de produire des connaissances additionnelles à celles, relativement peu nombreuses, portant sur le phénomène de la grossesse à l'adolescence au Québec. En fin de compte, cette recherche ne prenant pas uniquement les jeunes actifs sexuellement ou les jeunes filles mères comme population à l'étude, elle ne se restreint pas aux individus ayant déjà dû expérimenter les conduites sexuelles à risque.

S'appuyant sur un cadre d'analyse fondé sur la théorie des rapports sociaux de sexe, la présente étude vise plus précisément à répondre aux objectifs suivants, soit de cerner si les opinions des adolescentes et des adolescents à l'égard de la contraception sont influencées par les normes sociosexuelles asymétriques et androcentriques et de vérifier si leurs attitudes à l'égard des méthodes contraceptives dépendent de leur sexe et de leur expérience sexuelle (sexuellement actif ou non). Il s'agit spécifiquement :

- 1) d'explorer si, à travers leurs discours, les adolescentes et les adolescents se représentent la contraception comme étant sous la responsabilité des filles;
- 2) d'évaluer si leurs attitudes contraceptives varient selon le type de relation entre les partenaires (occasionnelle ou stable);
- 3) d'identifier les convergences et les divergences en ce qui a trait aux croyances et aux attitudes des adolescentes et des adolescents à l'égard de la contraception.

Comme il semble qu'aucune étude n'a encore spécifiquement porté sur l'interaction entre les rapports sociaux de sexe et l'adoption de comportements à risque à l'adolescence en matière de sexualité pouvant mener à une grossesse non planifiée, la présente recherche se veut exploratoire et ne comporte donc pas d'hypothèses spécifiques. Le chapitre qui suit documente la méthode employée pour répondre aux objectifs de la recherche.

CHAPITRE 3

MÉTHODES

Ce chapitre comporte une description des méthodes utilisées afin de répondre aux objectifs présentés ci-haut. Ainsi, l'étude porte sur un échantillon d'adolescentes et d'adolescents fréquentant l'école secondaire qui participent à des *focus groups*. Les données obtenues par ces rencontres sont analysées à l'aide de l'analyse qualitative de contenu et ce, afin de décrire certains éléments des croyances à l'égard des méthodes de contraception. Par la suite, les données recueillies par un questionnaire maison que les jeunes de cet échantillon se sont auto-administrés sont rapportées afin de montrer les attitudes des jeunes face à la contraception. En somme, l'échantillon à l'étude, la procédure des cueillettes de données, quelques considérations déontologiques ainsi que les méthodes utilisées pour examiner les données sont présentés ici.

3.1 PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS

3.1.1 Description de la population à l'étude

La population à l'étude se compose d'adolescentes et d'adolescents âgés entre 15 et 18 ans fréquentant l'école secondaire. Cette population est sélectionnée puisque cette tranche d'âge englobe l'âge moyen de la première relation sexuelle au Québec, soit 16,6 ans. De plus, le choix de cette tranche d'âge s'avère pertinent compte tenu qu'à ce moment, les comportements adoptés par les adolescents ne constituent généralement pas des habitudes et demeurent par conséquent modifiables. La population de cette recherche provient de la région de Québec et de territoires socio-sanitaires différents : Basse-Ville-Limoilou, Laurentien et Sainte-Foy-Sillery. Le choix de ces divers territoires s'explique principalement par le fait que les taux de grossesse et d'interruption volontaire de grossesse y diffèrent. Ainsi, cela rend possible la prise en compte de la diversité que peut prendre le phénomène de la grossesse à l'adolescence dans des milieux de vie hétérogènes.

3.1.2 Recrutement des participantes et participants

Le recrutement des participantes et des participants de tous les *focus groups* s'effectue par une étudiante et un étudiant en psychologie dans chacune des écoles secondaires préalablement ciblées pour l'étude en fonction des territoires socio-sanitaires mentionnés ci-haut. Les recruteurs rencontrent les jeunes lors d'une période de cours d'enseignement moral ou religieux. Ils leur présentent la recherche, ses objectifs et son importance pour mieux comprendre des phénomènes qui les concernent : la grossesse à l'adolescence et sa prévention. De plus, ils leur expliquent les implications découlant de leur participation future. Les adolescentes et les adolescents qui choisissent de participer volontairement à cette étude remplissent un formulaire d'inscription où ils inscrivent leurs coordonnées. Ce formulaire permet aux recruteurs de les contacter par téléphone la veille de la rencontre dont la date est déjà déterminée.

3.1.3 Description de l'échantillon

L'échantillon est composé de 85 jeunes, dont 53 filles et 32 garçons âgés entre 15 et 18 ans ($M = 16,4$). Ces jeunes sont répartis en 11 groupes homogènes selon leur école de provenance et leur sexe. Deux groupes de filles ainsi qu'un groupe de garçons proviennent de l'école «Les Compagnons de Cartier» (C de C) qui est située sur le territoire socio-sanitaire de Sainte-Foy-Sillery (SFS). Du territoire Basse-Ville-Limoilou (BVL), un groupe d'adolescentes et un groupe d'adolescents proviennent de l'école «Cardinal-Roy», tandis que trois groupes émanent de l'école «Jean-de-Brébeuf» (J de B), dont deux de garçons et un de filles. Enfin, la polyvalente «Ancienne-Lorette» (PAL), située sur le territoire Laurentien (LAU) est l'école d'appartenance de deux groupes d'adolescentes et d'un groupe d'adolescents. Le Tableau 1 décrit spécifiquement les caractéristiques des participantes et des participants de chacun de ces groupes.

Par la suite, il importe de préciser que plus de la moitié des jeunes participant à l'étude sont actifs sexuellement, soit 61,3% des filles et 76,4% des garçons. De fait, il devient pertinent de

décrire les caractéristiques de ces adolescentes et adolescents sexuellement actifs. Ainsi, l'âge moyen de la première relation sexuelle des filles est de 14,9 ans tandis que celui des garçons est de 14,6 ans. Depuis cette première relation, les filles ont connu en moyenne 2,1 partenaires et les garçons 3,2. Lors de ces relations sexuelles, 59,9% des adolescentes et 70,2% des adolescents rapportent avoir eu recours au condom tandis que 40,9% des adolescentes et 46% des adolescents mentionnent avoir qu'elles ou leurs partenaires ont eu recours aux anovulants. Le Tableau 2 présente les caractéristiques des participantes et des participants de chacun des groupes qui sont actifs sexuellement.

Tableau 1

Caractéristiques des focus groups et des participantes et participants de chacun d'eux

| Groupe | Territoire | École | <i>n</i> | Sexe | Âge moyen |
|--------|------------|--------------|----------|------|----------------|
| 1 | SFS | C de C | 6 | F | 15,8 |
| 2 | SFS | C de C | 9 | F | 16,5 |
| 3 | SFS | C de C | 6 | M | 15,7 |
| 4 | BVL | Cardinal-Roy | 7 | F | 16,7 |
| 5 | BVL | Cardinal-Roy | 4 | M | 16,3 |
| 6 | BVL | J de B | 12 | F | 16,6 |
| 7 | BVL | J de B | 7 | M | 16,8 |
| 8 | BVL | J de B | 8 | M | 16,6 |
| 9 | LAU | PAL | 9 | F | 16,4 |
| 10 | LAU | PAL | 10 | F | 16,3 |
| 11 | LAU | PAL | 7 | M | 16,4 |
| | | | Total=85 | | <i>M</i> =16,4 |

Note. SFS = Ste-Foy-Sillery ; BVL = Basse-Ville-Limoilou ; LAU = Laurentien ; C de C = Compagnons de Cartier ; J de B = Jean-de-Brébeuf ; PAL = polyvalente de l'Ancienne-Lorette ; F = féminin ; M = masculin.

Finalement, notons que la technique d'échantillonnage utilisée dans cette étude est de type non probabiliste (Angers, 1992). Ainsi, il est impossible de connaître le degré de représentativité de l'échantillon à l'étude à l'égard de toute la population des 15 à 18 ans. Il importe de préciser que la méthode qualitative préconise davantage la composition de ces échantillons en fonction du but de la recherche plutôt que du hasard. De plus, les processus sociaux possèdent une logique et une cohérence qui risque d'être anéantie si les chercheurs et chercheuses sélectionnent un échantillon de façon aléatoire (Huberman et Miles, 1991). D'autre part, l'échantillon à l'étude est accidentel, c'est-à-dire que les élèves sont sélectionnés selon leur

volonté de participer à l'étude. En effet, les seuls critères de base à respecter sont de provenir de l'un des milieux visés ainsi que de faire partie du groupe d'âge des 15 à 18 ans.

Tableau 2

Caractéristiques des participantes et des participants qui sont actifs sexuellement

| | Groupes | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---------|------|------|------|------|------|------|---------|------|------|------|------|------|
| | Filles | | | | | | | Garçons | | | | | |
| | 1 | 2 | 4 | 6 | 9 | 10 | M | 3 | 5 | 7 | 8 | 11 | M |
| Sex. actifs (%) | 33,3 | 66,7 | 100 | 83,3 | 44,4 | 40 | 61,3 | 50 | 75 | 85,7 | 100 | 71,4 | 76,4 |
| Âge moyen | 15,5 | 14,6 | 15,1 | 14,6 | 14,8 | 14,5 | 14,9 | 14,7 | 14,3 | 14,5 | 14,8 | 14,6 | 14,6 |
| Partenaire | 1 | 2,2 | 2,7 | 3,1 | 1 | 2,3 | 2,1 | 1,7 | 5,3 | 4 | 3,5 | 1,6 | 3,2 |
| Condom (%) | 33,3 | 66,7 | 100 | 75 | 44,4 | 40 | 59,9 | 33,3 | 75 | 83,7 | 87,5 | 71,4 | 70,2 |
| Anovulant (%) | 16,7 | 22,2 | 57,1 | 75 | 44,4 | 30 | 40,9 | 33,3 | 50 | 42,9 | 75 | 28,6 | 46 |

Note. Sex. actifs = pourcentage des élèves déclarant avoir déjà eu au moins une relation sexuelle ; Âge moyen = âge moyen de la première relation sexuelle ; Partenaire = nombre moyen de partenaires sexuel-les différent-e-s ; Condom = pourcentage des élèves déclarant qu'eux ou leur partenaire utilisent les condoms ; Anovulant = pourcentage des élèves déclarant qu'elles ou leur partenaire utilisent les anovulants.

3.2 MÉTHODES DE CUEILLETTE DES DONNÉES

Deux méthodes sont utilisées dans la présente étude afin de recueillir les données. En premier lieu, les données émanant du discours des adolescentes et des adolescents ont été collectées à l'aide de la méthode du *focus group*. Ensuite, le questionnaire auto-administré a rendu possible la cueillette des données sociodémographiques ainsi que celles visant à connaître les attitudes des jeunes à l'égard de la contraception.

A) LE FOCUS GROUP

3.2.1 Description de la méthode du *focus group*

Une des méthodes utilisées pour recueillir les données de la présente étude est celle du *focus group*. Ce procédé fut d'abord utilisé dans le cadre de recherche en marketing (Morgan &

Krueger, 1993). Par la suite, les chercheurs des sciences sociales l'ont adopté et adapté de même que ceux oeuvrant dans le domaine de la santé (Wilkinson, 1999). Cette technique de cueillette de données consiste à susciter une discussion ouverte autour de certains thèmes préalablement sélectionnés à l'intérieur d'un groupe sous la supervision d'une animatrice ou d'un animateur (Krueger, 1994 ; Morgan, 1997 ; Simard, 1989).

Cette méthode a comme particularité d'être constituée de groupes relativement homogènes, ce qui la distingue des groupes de discussion (Mayer & Ouellet, 1991). Dans cette étude, les critères assurant l'homogénéité des groupes sont le sexe et l'école de provenance. Le critère « sexe » est utilisé ici car il semble que les jeunes se confient davantage à l'intérieur d'un groupe non mixte et ce, malgré le fait que l'utilisation de groupes mixtes se rapprocherait plus de la réalité (Krueger, 1994). Par ailleurs, la taille des groupes utilisés dans la présente étude se situe entre 4 et 12 jeunes. En effet, cette étendue semble permettre à chacun des élèves de s'exprimer à l'intérieur du groupe et ce, en évitant la formation de sous-groupes. Le *focus group* paraît de plus favoriser la diversité des opinions énoncées lors de la discussion (Krueger, 1994).

Le choix de cette méthode s'explique entre autres par le fait qu'elle favorise l'émergence de thèmes de discussion à l'intérieur du groupe de participantes et de participants autres que ceux présentés de prime abord par l'animatrice. Elle s'apparente de plus à l'ethnographie, en ce sens qu'elle tente de recueillir des données qui se rapprochent le plus près de la réalité des élèves. L'utilisation de cette méthode s'avère donc pertinente dans le cadre d'une recherche qui étudie les rapports sociaux de sexe puisque que les autres méthodes traditionnelles utilisées dans le cadre de recherche en psychologie sont davantage expérimentales et paraissent ne pas prendre en compte le contexte de vie de chacun des participants et des participantes (Wilkinson, 1999).

3.2.2 Qualités du *focus group*

Le *focus group* présente plusieurs avantages en ce qui concerne l'étude des rapports sociaux

de sexe chez les adolescentes et les adolescents. En effet, cette méthode se distingue par sa faculté d'utiliser l'interaction du groupe pour laisser émerger des thèmes de discussion qui seraient difficilement disponibles par d'autres méthodes de cueillettes de données (Krueger, 1994 ; Morgan, 1997 ; Stewart & Shamdasani, 1990). Elle laisse aussi la liberté aux participants et aux participantes d'exprimer des points de vue à la fois convergents et divergents (Simard, 1989). Ainsi, l'utilisation du *focus group* va de pair avec l'échantillon d'élèves sélectionné dans le cas présent compte tenu que, chez la population adolescente, les interactions spontanées paraissent stimuler la discussion et l'émergence d'idées (Corcoran, Franklin & Bell, 1997).

Par ailleurs, cette méthode de cueillettes de données rend possible la mise en relief des cognitions sociales des participants comprises dans toutes discussions portant sur des thèmes d'intérêt commun pour eux (Morgan, 1997). Le *focus group* permet entre autres la compréhension du processus qui permet aux participants de se former une opinion (Morgan, 1994) ainsi que celle des facteurs liés à l'apprentissage, à la motivation et au comportement (Krueger, 1994). Selon Sue Wilkinson (1999), cette méthode est plus avantageuse que celle de l'entrevue individuelle, car en plus de connaître les réponses de chacun des participants et des participantes, l'interaction entre ces derniers favorise l'émergence de nouvelles informations non planifiées par la chercheuse ou le chercheur. Cette méthode aide ainsi à cerner les croyances et attitudes des participants en situation de communication où il devient possible d'observer l'interaction du personnel et du social (Albrecht, Johnson & Walther, 1993 ; Millward, 1995).

D'autre part, Sue Wilkinson (1999) rapporte que le *focus group* est une méthode qui se veut davantage naturelle en ce qui a trait aux modes de communication et aux processus sociaux quotidiens. Ainsi, la validité écologique de cette méthode paraît non seulement appuyée par sa nature semi-structurée, qui permet aux participants de converser de leurs préoccupations face au thème de l'étude, mais aussi par le fait de les laisser s'exprimer dans leur langage habituel (Morgan, 1997 ; Stewart & Shamdasani, 1990). Ce procédé rend alors possible la reproduction des rôles sociaux que les participants adoptent habituellement dans leur milieu (par ex., leaders d'opinion, médiateurs). Cette façon de faire permet de considérer le contexte social

entourant les conversations par la prise en compte de l'interaction de chaque groupe (Wilkinson, 1999). De plus, en réduisant au maximum l'intervention du chercheur, cette méthode atténue la relation de pouvoir qui pourrait émerger entre l'animatrice et les participants compte tenu que ce sont ces derniers qui influencent le cours de la discussion (Wilkinson, 1999). Bref, cette méthode souple favorise l'authenticité des données recueillies.

Nonobstant les qualités méthodologiques de la méthode des *focus groups* rapportées ci-haut, il importe de noter que cette méthode présente certaines limites. Ainsi, le nombre restreint de participants dans chacun des *focus groups* demande de faire preuve de prudence quant à la généralisation des résultats. Cette méthode de cueillette de données nécessite de plus que les règles présentent quelques nuances d'une séance à l'autre. Conséquemment, les données recueillies ne sont pas identiques mais elles sont adaptées aux caractéristiques des participantes et participants et elles sont fidèles à leur façon de s'approprier la discussion. Finalement, la procédure de cette méthode peut amener les participants et participantes à ajuster leurs propos à ceux des autres en raison de l'effet de «désirabilité sociale». De fait, des participants peuvent ne pas exprimer leurs opinions afin d'éviter la réprobation des autres.

Enfin, la méthode du *focus group* vise à susciter une discussion ouverte sur différents thèmes pertinents pour répondre aux objectifs de la recherche et ce, à l'aide d'un protocole d'animation regroupant différentes questions se rattachant aux thèmes sélectionnés. Ces différents thèmes ont préalablement été définis par Francine Dufort, Édith Guilbert ainsi qu'un expert en *focus group*. Ces thèmes dans l'étude originale traitent de la grossesse à l'adolescence, de la prévention de la grossesse à l'adolescence, des moyens de contraception ainsi que de la prévention concomitante de la grossesse ainsi que des MTS et du SIDA. Ils sont consignés dans un guide de discussion (Annexe A). Dans le cas présent, le thème choisi porte sur les moyens de contraception, soit plus spécifiquement sur les méthodes de contraception utilisées ; leurs avantages et inconvénients ; les méthodes utilisées selon le type de relation ; la contraception : est-ce une affaire de fille et les barrières à l'utilisation de la contraception. La nature du guide de discussion est semi-structurée, car il se compose de questions qui peuvent se modifier en cours d'entretien, mais qui doivent demeurer axées sur les thèmes centraux à l'étude. En ce qui concerne les qualités psychométriques de ce guide

d'entretien, elles ont préalablement été évaluées par Kathleen Boucher (1999), ce qui a permis de lui apporter des corrections et ainsi, augmenter l'assurance quant à la qualité et la quantité des données obtenues lors des *focus groups*.

3.2.3 Déroulement des *focus groups*

Les rencontres permettant de réaliser les *focus groups* retenus pour cette recherche ont eu lieu du 6 octobre 1997 au 26 janvier 1998. Les participantes et les participants se sont alors présentés à leur école de provenance dans une salle prévue à cet effet. Chacune de ces rencontres débute par la présentation de l'animatrice et de l'observateur¹. Le rôle de ce dernier est d'assurer l'enregistrement des discussions à l'aide de deux magnétophones et d'une caméra vidéo. Par la suite, ces derniers prennent le temps de remercier les jeunes de leur présence et leur rappellent les objectifs de la recherche. L'animatrice fait ensuite la lecture du formulaire de consentement des jeunes et les invite à signer (Annexe B). En guise d'introduction, l'animatrice énonce certaines consignes afin que les jeunes expriment librement leurs propres points de vue à l'égard des thèmes abordés. Elle insiste alors sur le fait qu'ils peuvent parler aussi bien de leur propre expérience que de leurs perceptions quant aux thèmes abordés et ce, pour éviter qu'ils se voient dans l'obligation de dire s'ils possèdent ou non de l'expérience sexuelle. Elle demande ensuite aux participants de se présenter à tour de rôle. À la suite de cette présentation, l'animatrice introduit les thèmes de discussion mentionnés précédemment. Elle accorde une période de temps limité pour chacun des thèmes. Néanmoins, chaque période est assez longue pour que jaillissent des opinions diverses. Les *focus groups* sont d'une durée moyenne de 90 minutes. Les adolescentes et les adolescents sont par la suite invités à répondre individuellement à un questionnaire à la fin de chacun des *focus groups*. Les participants sont finalement remerciés de leur collaboration et une collation leur est offerte.

¹ Il importe de noter que le choix d'individus des deux sexes pour mener à bon terme ces tâches a comme dessein de minimiser le biais lié au sexe des expérimentateurs.

B) LE QUESTIONNAIRE

3.2.4 Description de la méthode utilisée

Tel qu'il a été mentionné précédemment, un questionnaire maison est également retenu comme méthode de cueillette des données pour l'étude présente (Annexe C). Ce dernier a été élaboré au préalable par Francine Dufort et Édith Guilbert. Il est composé de questions fermées portant sur les différents thèmes à l'étude (par ex., le vécu sexuel des adolescents et les différents types de méthodes contraceptives utilisées) ainsi que sur les caractéristiques sociodémographiques des participantes et participants (par ex., date de naissance, sexe, niveau de scolarité). Le questionnaire comporte également des échelles d'attitudes. La première échelle vise à connaître les attitudes des jeunes à l'égard de l'utilisation du condom alors que la deuxième s'intéresse à leurs attitudes en lien avec l'utilisation des anovulants. Certaines des données provenant des questions fermées sont retenues pour décrire l'échantillon de l'étude présente, alors que celles émanant des échelles d'attitudes sont utilisées afin de circonscrire les attitudes des participantes et des participants en regard du condom et de la pilule. Ces échelles ont été validées lors d'une étude antérieure (Guilbert, Godin, Marcoux & Blanchette, 1999).

3.3 RESPECT DE LA DÉONTOLOGIE

Le protocole de recherche présenté ici a reçu l'approbation du comité de déontologie de la recherche de l'Université Laval ainsi que du comité de déontologie médicale et pharmaceutique du Centre Hospitalier Universitaire de Québec. Il utilise un formulaire de consentement éclairé mentionnant les objectifs ainsi que l'importance de la recherche, la procédure, les avantages et les inconvénients liés à la participation ainsi que d'autres considérations éthiques. Il est également mentionné dans cette formule la procédure envisagée pour garantir aux participants le respect à la confidentialité. Ainsi, l'utilisation de codes lors de la transcription *verbatim* assure l'anonymat. D'autre part, tout le matériel recueilli lors des *focus groups* (audiovisuels ou écrits) est examiné de façon confidentielle et est gardé sous clé.

De plus, il sera détruit à la suite de la transcription des discussions. Enfin, aucun résultat individuel à propos d'un participant ou d'une participante n'est divulgué.

3.4 MÉTHODES DE TRAITEMENT DES DONNÉES

Deux méthodes sont utilisées dans la présente étude afin de traiter les données. En premier lieu, les données émanant du discours des adolescentes et des adolescents sont analysés à l'aide d'une méthode d'analyse qualitative de contenu. Ensuite, certaines données brutes recensées dans le questionnaire pour toutes les participantes et participants font l'objet de différentes analyses quantitatives.

A) ANALYSE QUALITATIVE DE CONTENU

3.4.1 Analyse qualitative

L'analyse qualitative s'avère la démarche utilisée pour répondre au premier objectif de cette recherche, soit de cerner si les croyances des adolescentes et des adolescents à l'égard de la contraception sont influencées par les normes sociosexuelles androcentriques et asymétriques. Le choix de cette méthode s'avère pertinent car elle s'intéresse à la lecture que font les gens de leur réalité (Giroux, 1998). Ce type d'analyse « [...] consiste à décrire les particularités spécifiques des différents éléments regroupés sous chacune des catégories et qui se dégagent *en sus* des seules significations quantitatives » (L'Écuyer, 1990). L'analyse qualitative favorise le repérage de thèmes principaux ainsi que leur spécificité. De plus, elle rend possible une description minutieuse des différentes particularités ressorties à la suite du traitement des données (L'Écuyer, 1990). D'autre part, elle s'intéresse particulièrement aux données textuelles (Tesh, 1991). Ainsi, cette démarche va de pair avec l'objectif de recherche mentionné ci-haut, car il requiert une catégorisation de l'information recueillie en ce qui a trait aux points de vue verbalisés par les élèves à l'intérieur des *focus groups*. Il importe de préciser que dans la présente recherche, l'unité d'analyse n'est pas l'individu mais le groupe.

3.4.2 Analyse de contenu

L'analyse de contenu représente la méthode de traitement de données retenue ici. Cette méthode de classification permet de mieux connaître les caractéristiques et la signification des divers éléments du matériel analysé (L'Écuyer, 1990). De même, elle s'utilise adéquatement sur un matériel non chiffré provenant entre autres des discours énoncés par des groupes d'individus et portant sur eux (Angers, 1992). L'analyse de contenu s'avère une méthode objectivée², méthodique, exhaustive, systématique, centrée sur la recherche de la signification du matériel analysé ainsi que générative de sens (L'Écuyer, 1990). Pour ce faire, l'application d'un système de codage/décodage est préconisé et ce, dans le dessein d'élaborer un ensemble de thèmes dans lesquels les divers éléments analysés sont d'abord classifiés, décrits puis interprétés à la suite d'une série d'étapes que la codificatrice ou le codificateur se doit de suivre rigoureusement (L'Écuyer, 1990). Il est à noter que l'analyse de contenu ne révèle qu'une partie de la réalité, soit dans la présente étude les prises de position des participants à l'égard de la contraception (Angers, 1992). Par contre, il semble que la fidélité de la technique à la suite d'une procédure de test-retest, la stabilité des codificateurs ainsi que la cohérence entre les résultats de ce type d'analyse lui apportent des qualités métrologiques suffisantes (L'Écuyer, 1988).

Dans la présente étude, l'analyse du contenu manifeste à l'aide d'une méthode qualitative est donc préconisée. Cela implique que seul ce qui est dit tel quel, explicitement lors des *focus groups* est analysé et non la valeur symbolique de ce contenu (L'Écuyer, 1990). L'exploration du contenu manifeste abordé dans les groupes rend alors possible la description des croyances qu'ont les jeunes à l'égard des méthodes de contraception.

² L'Écuyer utilise le terme objectivée plutôt qu'objective étant donné que l'analyse de contenu représente une démarche essentiellement orientée vers une grande objectivation sans pour autant aspirer à l'objectivité pure.

3.4.3 Déroulement de l'analyse de contenu qualitative

L'un des problèmes fréquemment soulevés à l'égard de l'utilisation de l'analyse de contenu qualitative est l'absence d'explications clairement décrites en ce qui a trait à la méthode d'analyse utilisée (Huberman & Miles, 1991). De fait, il importe de décrire précisément les différentes étapes traversées au cours de l'analyse de données. Pour ce faire, L'Écuyer (1990) conseille d'adopter une démarche comportant six étapes qui rendent possible la construction d'une analyse de contenu rigoureuse, soit : 1) lectures préliminaires et établissement d'une liste d'énoncés ; 2) choix et définition des unités de classification ; 3) processus de catégorisation et de classification ; 4) quantification et traitement statistique ; 5) description scientifique et ; 6) interprétation des résultats. Cette démarche, adaptée pour la présente recherche, est décrite dans les lignes qui suivent.

Lectures préliminaires et établissement d'une liste d'énoncés

Premièrement, il importe d'effectuer à quelques reprises la lecture globale des transcriptions *verbatim* des 11 *focus groups* sélectionnés. Cette première étape permet de se donner une vue d'ensemble du matériel obtenu afin d'en envisager le sens général ; d'évaluer la façon de le sectionner en unités textuelles en vue de sa classification ultérieure en catégories d'analyse et de repérer ses principales particularités afin d'observer les idées principales du discours. Les thèmes significatifs émergeant du discours deviendront ultérieurement les principales subdivisions qui permettront d'orienter l'ensemble de la catégorisation subséquente.

Choix et définition des unités de classification

La deuxième étape consiste à découper le matériel en énoncés plus restreints possédant en eux-mêmes un sens global unitaire, soit en unité de sens. Ce type d'unité est formé d'un groupe de mots et même de plusieurs phrases permettant un découpage sémantique du contenu puisque l'objectif premier de la présente étude se veut descriptif. Ces unités composent le matériel à catégoriser lors des étapes postérieures. Dans cette recherche, une unité de sens est composée d'une intervention faite par un des participants.

Processus de catégorisation et de classification

Lors de cette étape il importe de regrouper les diverses unités de sens ayant une signification apparentée en catégories ou en thèmes plus larges. Il s'agit alors du moment le plus crucial de l'analyse de contenu car il permet la réorganisation du matériel analysé à partir de ces regroupements. Cela rend alors possible la mise en évidence de ses caractéristiques et de son sens. Pour effectuer cette catégorisation, les chercheuses ou les chercheurs utilisent couramment l'un de ces trois modèles : 1) le modèle fermé qui implique que les catégories soient prédéterminées par la chercheuse ou le chercheur avant l'analyse ; 2) le modèle ouvert qui n'utilise pas de thèmes déterminés à l'avance, mais ceux qui émergent du matériel en cours d'analyse à partir des regroupements successifs des énoncés en se basant sur leur similitude de sens et ; 3) le modèle mixte qui use de thèmes préexistants, ce qui permet la vérification de la présence de catégories immuables lors de l'analyse.

Dans la présente étude, les méthodes utilisées par la chercheuse s'apparentent à la fois au modèle ouvert et au modèle fermé de catégorisation. Ainsi, les diverses croyances énoncées par les jeunes lors des *focus groups* à l'égard des méthodes de contraception rendent possibles l'émergence de catégories en cours d'analyse. D'autres catégories, pour leur part, sont prédéterminées par la chercheuse en vue de répondre aux objectifs de la recherche, soit de vérifier si la contraception est une affaire de fille ainsi que d'effectuer le croisement des attitudes des jeunes résultant des analyses statistiques de certaines données du questionnaire et les croyances avancées dans les *focus groups*. Pour ces raisons, le modèle mixte n'était approprié pour cette étude.

Pour rendre possible la classification du matériel à l'étude selon les thèmes significatifs provenant du discours des adolescentes et adolescents, un arbre conceptuel est ensuite utilisé afin d'ordonner hiérarchiquement les catégories d'analyse (Annexe D). Les facteurs favorisant l'utilisation ou non d'une méthode de contraception représentent le thème général de l'arbre conceptuel. Ensuite, les caractéristiques de la relation entre les partenaires, les caractéristiques personnelles, l'accessibilité des méthodes de contraception lors de la relation sexuelle, les croyances des jeunes associées au condom, les croyances des jeunes associées à la pilule ainsi que les perceptions des jeunes en regard de la responsabilité contraceptive selon le sexe

représentent les six catégories principales découlant du thème général. Il est à noter que les trois premières catégories principales sont induites tandis que les trois dernières sont prédéterminées. Afin de faciliter la classification des énoncés, des codes numériques sont attribués à ces six catégories. À la suite de cette première classification, les énoncés sont classés de nouveau en sous-catégories. Pour ce faire, les sous-catégories des trois premières catégories principales suivent le modèle ouvert de catégorisation. De ce fait, les énoncés sont d'abord regroupés en catégories préliminaires. Par la suite, ces dernières sont examinées pour éliminer les catégories redondantes ou superflues et, enfin, les catégories définitives sont nommées et définies. Par ailleurs, le modèle fermé est utilisé en ce qui concerne les sous-catégories des trois dernières catégories principales. Ainsi, les énoncés sont préliminairement regroupés à l'intérieur des catégories prédéterminées où ils sont directement classés à l'intérieur des catégories qui deviennent définitives. Les catégories définitives obtenues ici (Annexe E) se doivent, selon René L'Écuyer (1990), de répondre aux conditions suivantes : exhaustives et en nombre limitées, cohérentes, homogènes, pertinentes, clairement définies, objectivées et productives. D'autre part, il importe de noter que L'Écuyer mentionne qu'il n'est pas nécessaire que les catégories soient mutuellement exclusives. En effet, si à l'intérieur d'un énoncé plus d'un sens est spécifiquement exprimé par le participant, cette condition n'est plus pertinente. À la suite de l'établissement des sous-catégories, celles-ci peuvent être sous-divisées à nouveau. Ces dernières deviennent alors les catégories définitives servant à l'analyse qualitative de contenu.

Enfin, tout le matériel d'analyse est catégorisé par la chercheuse à l'intérieur des catégories de l'arbre conceptuel élaboré. Pour réaliser le traitement des énoncés, le contenu intégral des enregistrements audio-visuels des *focus groups* est d'abord transcrit *verbatim* sur traitement de texte et sectionné en unité de sens (intervention de chaque élève). Par la suite, le matériel est importé dans le logiciel NUD*IST (*Non-numerical Unstructured Datas Indexing Searching and Theorizing*) en vue de l'analyse. Cet instrument informatique rend possible la classification ainsi que la codification des données textuelles et non structurées. Il permet alors une gestion efficace du texte, simplifie l'étape de classification du matériel et favorise la formulation de théories explicatives des données obtenues (Richard, 1998). Finalement, il importe de mentionner que les données provenant de trois *focus groups* sont aussi catégorisés.

par une personne autre (juge) et ce, afin d'obtenir une mesure de la fiabilité de la catégorisation.

Quantification et traitement statistique

Cette étape permet d'effectuer des analyses quantitatives à partir des résultats obtenus lors de la catégorisation du matériel de recherche. Ici, cette étape n'est pas effectuée étant donné que le matériel émergent des *focus groups* est traité uniquement de façon qualitative. Ainsi, selon René L'Écuyer (1990), l'analyse de contenu qualitative peut se passer de statistiques, mais étant donné qu'elle est une recherche de sens, elle ne peut pas être privée de sens. Une seule facette de cette étape devient utile à cette recherche, c'est-à-dire le nombre d'unités de catégorisation classifiées dans chaque catégorie définitive. En effet, ce compte permet l'établissement d'un indice relatant de l'importance des thèmes énoncés par les participants.

Dans un autre ordre d'idées, il importe de préciser que c'est lors de cette étape qu'est pratiquée une mesure d'entente inter-juges afin d'identifier le pourcentage d'accord entre les catégorisations des énoncés faites par les deux juges. Pour ce faire, le kappa de Cohen (1960) est utilisé puisqu'il rend possible l'établissement de la proportion d'accord véritable entre les codificatrices et ce, en soustrayant la proportion globale d'accords due au hasard à la proportion globale observée. La formule suivante permet d'effectuer le calcul de l'indice de Cohen (kappa) :

$$k = \frac{p_o - p_c}{1 - p_c}$$

où p_o représente la proportion des énoncés classés de manière similaire par les deux codificatrices et où p_c est la proportion des jugements où l'accord est tributaire du hasard. La valeur de cet indice se situe entre -1 et $+1$. Un indice entre -1 et 0 représente un accord très mauvais, tandis que plus cette mesure se situe près de $+1$, plus l'accord est jugé excellent (Bernard & Lapointe, 1987). Finalement, cet indice est transformé en pourcentage.

La catégorisation des énoncés qui font l'objet de la mesure d'entente inter-juges proviennent des *focus groups* 01, 05, 09 formés par des adolescentes et adolescents émanant de chacun des

territoires à l'étude. Le pourcentage d'entente inter-juges se situe à 74 %. Ce niveau d'entente s'avère satisfaisant et rend compte de la validité des définitions des grilles de codification.

Description scientifique

Tel qu'il a été mentionné précédemment, le traitement des données provenant des *focus groups* se veut qualitatif. De fait, il importe de décrire minutieusement les diverses particularités qui ressortent lors de la catégorisation effectuée et ce, à l'aide des indices d'importance estimés à l'étape précédente. Cette description permet de comparer les éléments saillants du discours des jeunes face à leurs attitudes et comportements à l'égard de la contraception selon leur sexe.

Interprétation des résultats

Le type d'interprétation utilisé ici est basé sur un modèle théorique, soit celui des rapports sociaux de sexe. Il consiste à utiliser le contenu décrit lors de l'étape précédente et de le revoir en fonction du modèle théorique afin d'en faire ressortir les significations particulières.

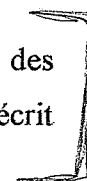
B) ANALYSE QUANTITATIVE

L'analyse quantitative est la démarche utilisée afin de répondre au second objectif de cette recherche, soit d'évaluer si les attitudes des participantes et des participants à l'égard des méthodes de contraception les plus utilisées par les jeunes (condoms et anovulants) varient selon qu'elles et ils sont sexuellement actifs ou non. En prenant en compte la nature différente des données, il importe d'effectuer différents types d'analyse quantitative. Ces différentes analyses statistiques sont alors effectuées pour les filles et pour les garçons en fonction de leur expérience sexuelle (sexuellement actif ou non actif sexuellement) et de leurs scores aux différentes échelles. Toutes ces analyses sont effectuées à l'aide du logiciel SPSS.

De fait, deux séries de tests sont envisagés, soit celles de Mann-Whitney et des analyses de variance univariée (ANOVA). Le choix de sélectionner un type d'analyse non-paramétrique comme le Mann-Whitney est nécessaire car une inspection visuelle des distributions des

énoncés des deux échelles d'attitudes suggèrent que ceux-ci ne sont pas distribués normalement. De plus, des analyses préliminaires permettent d'affirmer que la majorité des énoncés présentent une homogénéité des variances (Tabachnick & Fidel, 1996). En ce qui a trait aux ANOVAs, leur choix est rendu possible à la suite de l'établissement d'un score d'attitude générale à l'égard du condom et à l'égard des anovulants. Une inspection visuelle des scores d'attitude générale suggère qu'il n'y a pas de violation majeure en ce qui concerne leur normalité (Howell, 1992). Une analyse psychométrique des énoncés sélectionnés a de plus été effectuée à l'aide du logiciel TestGraf98 pour chacun des scores d'attitude générale (Ramsay, 1998).

L'ensemble de ces procédures permettent de rendre compte des croyances et des attitudes des adolescentes et des adolescents face aux méthodes de contraception. Le chapitre suivant décrit les résultats associés aux objectifs poursuivis par l'étude.



CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Les objectifs de la présente étude sont de cerner si les croyances des adolescentes et des adolescents à l'égard de la contraception sont influencées par les normes sociosexuelles androcentriques et asymétriques ainsi que de vérifier si leurs attitudes à l'égard des méthodes contraceptives dépendent de leur sexe et de leur expérience sexuelle (sexuellement actif ou non). Plus spécifiquement, il s'agit de se questionner à propos des croyances des jeunes concernant leur responsabilité contraceptive, le type de relation sexuelle (occasionnel ou stable) entre les partenaires ainsi que d'identifier les convergences et les divergences en ce qui a trait aux attitudes des adolescentes et des adolescents à l'égard de la contraception. Pour répondre à ces objectifs, une analyse qualitative du discours des groupes de jeunes est effectuée ainsi qu'une analyse quantitative de contenu de certaines données des questionnaires (échelles d'attitudes et données sociodémographiques) remplis individuellement par les participantes et les participants. Les résultats des différentes analyses dont les démarches sont décrites préalablement sont présentés ici. Tout d'abord, les caractéristiques des discours des participantes et des participants sont présentées afin d'en constater les particularités. Ensuite, les discours des jeunes sont décrits en fonction des catégories d'analyse les plus citées selon le sexe des participants et ce, en vue d'en connaître le contenu ainsi que d'en extraire les convergences et divergences. Finalement, les résultats des analyses statistiques concernant les attitudes des jeunes, filles et garçons, en regard du condom et des anovulants sont rapportés dans le dessein de vérifier si leurs attitudes diffèrent selon leur expérience sexuelle (sexuellement actif ou non) et leur sexe.

4.1 CARACTÉRISTIQUES DU DISCOURS DES PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS

Il semble tout d'abord pertinent de rappeler que la méthode du *focus group* se qualifie entre autres par sa souplesse et sa capacité à laisser émerger les thèmes qui préoccupent les participantes et les participants des groupes à l'étude. Ce faisant, le contenu du discours ainsi que la façon de procéder à une discussion peut différer d'un groupe à l'autre. Il importe alors

de préciser les particularités du discours des groupes et ce, afin de décrire les résultats sans omettre les rapports sociaux de classe et de sexe.

Tableau 3

Caractéristiques des unités de classification recueillies auprès des divers *focus groups* selon le sexe et par territoire.

| | Ste-Foy-Sillery | | | Basse-Ville-Limoilou | | | Laurentien | | | | |
|--------------|-----------------|------|------|----------------------|------|-------|------------|------|------|------|------|
| | F | F | G | F | G | F | G | G | F | F | G |
| Total | 68,0 | 76,0 | 65 | 140,0 | 75,0 | 202 | 83,0 | 98,0 | 64,0 | 73,0 | 52,0 |
| Rejetées (%) | 20,6 | 21,1 | 10,8 | 44,3 | 18,7 | 26,2 | 8,4 | 25,5 | 18,8 | 13,7 | 23,1 |
| Classifiées | 54,0 | 60,0 | 58 | 78, | 62,0 | 149,0 | 76,0 | 73,0 | 52,0 | 63 | 40,0 |
| Moyennes | 9,0 | 6,67 | 9,67 | 11,14 | 15,5 | 12,42 | 10,86 | 9,13 | 5,78 | 6,3 | 5,71 |
| Catégories | 1,3 | 1,1 | 1,6 | 2,0 | 1,0 | 1,3 | 1,2 | 1,3 | 1,6 | 2,0 | 1,3 |

Note. F = Filles; G = Garçons; Total = Nombre total d'unités de classification fournies par le groupe ; Rejetées = Pourcentage d'unités de classification rejetées ; Classifiées = Nombre d'unités de classification classifiées ; Moyennes : Nombre d'unités classifiées, en moyenne, pour chaque participante ou chaque participant; Catégories = Nombre de catégories utilisées, en moyenne, par unité de classification.

Le Tableau 3 présente les particularités du discours de chacun des groupes à l'étude, soit le nombre total d'unités de classification fournies, le pourcentage d'unités de classification rejetées, le nombre d'unités de classification classifiées, le nombre d'unités classifiées, en moyenne, pour chaque participante ou participant et, enfin, le nombre moyen de catégories utilisées, en moyenne, par unités de classification. Ainsi, en tenant compte du nombre total d'unités de classification recueillies dans chaque groupe, il devient possible de noter que quelques groupes sont très volubiles et livrent jusqu'à 202 unités de classification (un groupe de filles de Basse-Ville-Limoilou), tandis que certains autres en fournissent aussi peu que 52 (un groupe de garçons du territoire Laurentien). Il est à noter que se sont les élèves du territoire de Basse-Ville-Limoilou, filles et garçons, qui donnent au total plus d'unités de classification, résultat qui démarque ce territoire des autres par sa plus grande volubilité. Cette observation incite à la prudence lors de l'interprétation des résultats.

Néanmoins, certaines interventions sont rejetées car leur contenu paraît dénudé de sens (« Mais c'est, c'est. » (G05-P03¹)) ou ne présente aucun lien avec les thèmes étudiés (« Vas-y, elle a pas encore parlé. » (F06-P06²)) et ce, indépendamment du contexte de discussion qui l'entoure. Cette proportion s'échelonne de 8,4 % à 44,3 % selon les groupes. Cette première sélection rend alors possible l'analyse de 40 à 149 unités de classification. Afin de rendre possible la comparaison entre les groupes qui ne comportent pas le même nombre de participantes et de participants, il importe ensuite d'estimer le nombre moyen d'interventions effectuées par chaque membre de chaque groupe. Ainsi, les jeunes prennent la parole en moyenne de 5,71 à 15,5 fois par rencontre. Finalement, la démarche d'analyse préconisée dans cette étude rend possible la classification d'une unité dans plus d'une catégorie. Par exemple, l'intervention de F01-P02 concernant l'utilisation des condoms « c'est pas cher puis c'est pas compliqué à mettre » traite à la fois de sa perception de l'accessibilité économique du condom ainsi que de ses croyances quant à la simplicité de cette méthode contraceptive. Les groupes étudiés présentent un nombre de catégories utilisées par unité de classification variant de 1 jusqu'à 2.

Le Tableau 4 montre ensuite le nombre moyen d'unités de classification fournies selon le territoire et en fonction du sexe. Le nombre moyen d'unités de classification rapportées pour l'ensemble des groupes est de 91. Ce tableau illustre également que les élèves provenant du territoire Basse-Ville-Limoilou ainsi que les filles se distinguent des élèves provenant des autres territoires et des garçons en étant plus volubiles. Ensuite, il apparaît que le pourcentage de rejet est en moyenne de 21,02 %. Les jeunes provenant du territoire Basse-Ville-Limoilou ainsi que les filles présentent la proportion d'énoncés rejetés la plus grande. Cela rend alors possible la classification moyenne de 69,5 unités par groupe. Ainsi, les filles et les élèves provenant du territoire Basse-Ville-Limoilou fournissent un plus grand nombre d'unités catégorisables. Pour leur part, les garçons et les élèves originaires du territoire Laurentien en génèrent moins. Les participantes et participants prennent la parole, en moyenne, 9,00 fois par

¹ (G05-P03) : G = garçons, 05 = groupe 05, P03 = participant 03.

² (F06-P06) : F = filles, 06 = groupe 06, P06 = participante 06.

rencontre. On constate alors que les adolescents font référence à plus d'unités de catégorisation que les adolescentes alors que les jeunes provenant du territoire Basse-Ville-Limoilou émettent toujours plus d'interventions que ceux des autres territoires. Enfin, les unités sont individuellement classifiées en moyenne dans 1,4 catégories d'analyse. Les filles et les élèves provenant du territoire Laurentien, comparativement aux autres jeunes, présentent le nombre moyen de catégories utilisées le plus élevé par unité de classification.

Tableau 4

Caractéristiques des unités de classification recueillies auprès de l'ensemble des participants selon le territoire et le sexe.

| | Ensemble des <i>focus groups</i> | Territoire | | | Sexe | |
|--------------|----------------------------------|------------|-------|------|--------|---------|
| | | SFS | BVL | LAU | Filles | Garçons |
| Total | 91,0 | 70,0 | 120,0 | 63,0 | 104,0 | 75,0 |
| Rejetées (%) | 21,0 | 17,5 | 24,6 | 18,5 | 24,1 | 17,3 |
| Classifiées | 69,5 | 57,3 | 87,6 | 51,7 | 76,0 | 61,8 |
| Moyennes | 9,0 | 8,4 | 11,8 | 5,9 | 8,6 | 9,7 |
| Catégories | 1,4 | 1,3 | 1,4 | 1,6 | 1,6 | 1,3 |

Note. Total = Nombre moyen d'unités de classification fournies, au total, par les groupes mentionnés ; Rejetées = Pourcentage d'unités de classification rejetées, en moyenne, pour les groupes mentionnés ; Classifiées = Nombre d'unités de classification classifiées, en moyenne, pour les groupes spécifiés ; Moyennes = Nombre moyen d'unités classifiées, en moyenne, pour chacun des participantes et participants ; Catégories = Nombre moyen de catégories utilisées, en moyenne, par unité de classification, pour les groupes spécifiés ; SFS = Ste-Foy-Sillery ; BVL = Basse-Ville-Limoilou ; LAU = Laurentien.

Ces différentes analyses descriptives permettent donc d'être sensible aux caractéristiques du discours des jeunes selon leur sexe et leur territoire d'origine. Ainsi, ces analyses rendent possible la mise en contexte des résultats de l'analyse qualitative de contenu. Toutefois, notons que lors de la description du discours des participantes et des participants le territoire de provenance de ceux-ci n'a pas été retenu comme variable comparative. En effet, il a été démontré lors d'analyses préliminaires que peu importe leur territoire de provenance, les adolescentes et les adolescents abordent majoritairement tous les thèmes généraux de discussion. Ainsi, l'analyse du discours est présentée uniquement selon le sexe des jeunes.

Tel que mentionné préalablement, la section suivante présente les données recueillies lors des *focus groups*, soit les croyances avancées par les adolescentes et les adolescents concernant les moyens de contraception. Cette description permet de cerner les discours des jeunes au sujet de leurs croyances à l'égard des méthodes de contraception selon leur sexe.

4.2 CONTENU DU DISCOURS DES PARTICIPANTES ET DES PARTICIPANTS

Afin de cerner si les croyances des adolescentes et des adolescents à l'égard de la contraception sont influencées par les normes sociosexuelles androcentriques et asymétriques, il importe d'effectuer l'analyse qualitative du contenu de leur discours concernant les méthodes de contraception. Pour ce faire, il s'agit de rendre compte des réponses des jeunes en regard des questions suivantes : 1) quelles sont les méthodes contraceptives les plus utilisées par les jeunes de leur entourage? ; 2) quels sont les avantages et inconvénients des différents moyens de contraception (principalement condom, pilule)? ; 3) le choix de méthodes de contraception varie-t-il selon le type de la relation (relation amoureuse stable versus partenaire sexuel occasionnel)? ; 4) la contraception est-elle une affaire de fille? et ; 5) quelles sont les barrières à la contraception qui se présentent lorsque les jeunes sont actifs sexuellement? (question qui n'est pas abordée dans tous les *focus groups*). Les réponses des jeunes à ces questions permettra de circonscrire les thèmes qu'ils ont abordés au sujet de l'utilisation ou non d'une méthode de contraception lors des relations sexuelles à l'adolescence.

Les thèmes abordés par les adolescentes et les adolescents à l'égard des moyens de contraception se regroupent en six catégories principales, soit les caractéristiques de la relation entre les partenaires, les caractéristiques personnelles des participantes et des participants, leurs perceptions de l'accessibilité des moyens contraceptifs, leurs croyances à l'égard des condoms et celles à propos des anovulants ainsi que leurs perceptions en regard de la responsabilité contraceptive selon le sexe des partenaires. De fait, précisons que les trois premières catégories principales sont induites à partir du contenu des réponses des jeunes à toutes les questions. Les trois dernières catégories quant à elles sont prédéterminées en ce sens que les croyances des jeunes qui y sont recensées proviennent principalement de leurs

réponses à des questions spécifiques posées par les animatrices lors des rencontres. Ainsi, les croyances des jeunes associées aux condoms ou aux anovulants proviennent majoritairement de leurs réponses aux questions trois et cinq. De même, leurs perceptions en regard de la responsabilité contraceptive émanent avant tout de leurs réponses à la quatrième question.

4.2.1 Les caractéristiques de la relation entre les partenaires

Les caractéristiques de la relation entre les partenaires réfèrent : a) au sentiment de confiance que peut avoir le jeune à l'égard de son ou sa partenaire en ce qui a trait aux MTS et au Sida, à sa fidélité, à l'utilisation de la contraception ainsi qu'à sa réputation ; b) à la présence ou non de communication au sujet de la contraception à utiliser et ; c) à l'influence du type de relation sexuelle (stable ou éphémère) privilégié par les partenaires quant au choix contraceptif. Les interventions des participantes et des participants à cet égard sont rassemblées au Tableau 5. Les définitions de ces catégories sont présentées à l'Annexe E.

Tableau 5

Nombre d'unités d'analyse classifiées selon les catégories se rapportant aux caractéristiques de la relation entre les partenaires

| Catégorie | Sexe des participant-e-s | | Total |
|---------------------------|--------------------------|---------|-------|
| | Filles | Garçons | |
| Sentiment de confiance | | | |
| MTS | 9 | 14 | 23 |
| Fidélité | 26 | 2 | 28 |
| Utilisation contraception | | 5 | 5 |
| Réputation du partenaire | 4 | | 4 |
| Communication | | | |
| Présente | 8 | 7 | 15 |
| Absente | 6 | 1 | 7 |
| Type de relation sexuelle | | | |
| Relation occasionnelle | 13 | 8 | 21 |
| Relation stable | 18 | 5 | 23 |
| Sans préciser lequel | 9 | 8 | 17 |

Confiance et réputation du partenaire

Les participantes et les participants de l'étude ont mentionné à plusieurs reprises qu'une des caractéristiques de la relation qu'ils entretiennent avec un partenaire venant influencer leur choix contraceptif est la confiance qu'ils éprouvent envers celui-ci. Pour les jeunes, cette confiance est présente ou non.

Tout d'abord, la confiance en ce qui concerne l'absence de MTS chez leur partenaire est un thème mentionné par plusieurs adolescents et par quelques adolescentes. Ainsi la majorité des jeunes semblent accorder leur confiance à leur partenaire à ce sujet lorsque la relation amoureuse entre eux devient stable : « Bien, ça dépend si euh tu es rendu à un âge plus haut, c'est sûr que ta vie est faite puis que là ça te dérange pas si tu veux avoir un enfant. C'est pas grave, tu as fini l'école. Mais à notre âge, moi je dis que ça serait plutôt euh la confiance puis si genre les deux vont faire les tests puis que c'est négatif. Les capotes tu n'as pas vraiment de besoin. Puis si la fille est prête à prendre la responsabilité de la pilule, bien la capote... » (G03-P03). Par ailleurs, d'autres adolescentes et adolescents se questionnent quant à la confiance qu'ils doivent accorder à leur partenaire au sujet des MTS et ce, tant lors d'une nouvelle relation : « Oui, je pense que oui. Mais le monde pense, mais ils ne pensent pas aux bébittes qui peuvent avoir si supposons c'est une chose d'un soir (...) » (G05-P04), qu'à l'occasion d'une relation stable : « La fille mettons à l'a des condylomes, mais toi tu y fais confiance à ton chum, tu le portes plus, toi, tu prends la pilule mais lui, il le porte plus le condom » (F04-P01).

En ce qui concerne la confiance que les jeunes allouent à la fidélité de leur partenaire, les filles traitent davantage de ce sujet que les garçons. Ainsi, deux prises de position ont émergé dans plusieurs groupes d'adolescentes. D'un côté certaines filles se disent prêtes à attribuer leur confiance à leur partenaire quant à sa fidélité lorsqu'ils se fréquentent depuis un certain temps. Par contre, d'autres filles ont de la difficulté à croire à la fidélité de leur partenaire. De ce fait, un débat a émergé dans un groupe de filles. Ainsi, pour une adolescente (F07-P01), la confiance s'acquiert avec le temps : « Moi je pense que je l'enlèverais, le condom, juste quand,

je sais pas, là, tu sais t'es en appartement avec, ça fait longtemps que t'es avec, tu lui fais confiance, toute, parce que tu sais pas si il va aller ailleurs, là», tandis qu'une autre (F07-P05) ne semble pas prête à accorder sa confiance, car «ça peut arriver n'importe quand qu'il te trompe, là». D'autre part, une adolescente mentionne que la confiance peut être présente sans pour autant être garante de la fidélité de son partenaire : «J'ai pas mal confiance mais comme je disais à mon amie l'autre jour, tantôt, ben t'es pas sûr. Si ton chum y décide là qui s'en va dans un party pis que il commence à prendre de la boisson pis qu'il y a une tache à marde ou une chatte en chaleur ou ben lui est en chaleur pis y décide de te tricher, ben il sait pas si la fille a des bébittes ou pas. Fait que c'est un risque d'attraper de quoi». (F04-P01). Seuls quelques garçons émettent quelques observations concernant la confiance qu'ils allouent à leur partenaire en ce qui a trait à son utilisation de la contraception. De fait, ces derniers ne semblent pas toujours confiants de la prise régulière des anovulants par leur partenaire : « Elle l'avait la pilule, mais je ne sais pas si elle la prenait. J'étais pas tout le temps avec elle» (G08-P06). Fait à noter, un adolescent a mentionné miser quand même sur la confiance: «Bien là, il faut avoir la confiance dans le couple aussi» (G07-P04).

En fin de compte, la réputation du partenaire est la caractéristique qui est la moins fréquemment mentionnée lors de l'émergence du thème de la confiance à l'égard du partenaire. Seules les filles d'un groupe l'ont abordé. Elles supposent alors qu'elles peuvent reconnaître les garçons susceptibles d'avoir une MTS par leur réputation : «Tu sais normalement, tu le sais là, tu le sais par les réputations là» (F02-P03).

Communication entre les partenaires

La communication entre les partenaires au sujet du choix contraceptif lors des relations sexuelles est un thème mentionné également par les filles et par les garçons. Les discussions contraceptives entre les partenaires s'orientent en fonction de deux critères. Tout d'abord, les jeunes s'accordent pour dire que la décision quant au choix de la méthode de contraception se prend à deux : «Bien ça dépend, d'habitude quand c'est un couple qui dit "OK là on est prêt, on va le faire là, on va faire l'amour ensemble" pis là, ils vont parler de contraception là

d'habitude» (F01-P06) ; «C'est certain que pour les gars, la pilule. Tu peux en parler. C'est une responsabilité d'en parler à deux» (G03-P01). Ensuite, d'autres expliquent qu'une discussion à propos des méthodes de contraception inclut aussi le sujet des MTS : «Ben c'est ça, quand ça fait longtemps, c'est ça, tu peux aller passer des tests ensemble. Tu sais aller voir si vous êtes corrects, si vous avez des maladies. Bon vous pouvez vous dire bon on va aller passer des petits tests. Ouais, ça va être le fun, on aura plus besoin d'acheter de condoms. Pis là c'est ça, si les tests sont négatifs, il y a pas de maladies rien, bon "lets go" plus de condom. Tu sais c'est le fun. Mais tu sais c'est toujours là de faire attention» (F10-P07). D'autre jeunes, majoritairement les filles, mentionnent que ce n'est pas toujours facile d'aborder les thèmes des MTS ou de la contraception avec leur partenaire. Ainsi, pour une participante, il est difficile d'aborder ce thème hors du contexte de la relation sexuelle : «Bien je sais pas, mais c'est rare, moi que j'arrive avec mon chum "Bon bien ce soir, nous allons faire l'amour. Prépare ta capote". Je sais pas, habituellement, habituellement, là, c'est que tu commences à t'embrasser, là, pis là ça vient, pis là un moment donné tu dis "Va chercher". Mais c'est sûr que là, tu commences dans le beat, là tu l'as, mais c'est quand même pas une continuité continue» (F0-P09). Tandis que pour cette jeune fille, une conversation traitant des MTS ne semble pas être de mise avec son partenaire : «Tu sais, mon chum quand je sors avec, quand même que ça ferait dix ans que je sors avec, quand je commence à sortir avec, j'y demande pas son curriculum vitae avec toutes les filles qui a couché» (F4-P01). Par contre, cette adolescente exprime plus tard l'importance de la communication dans le couple pour être à l'aise face à la contraception et ce, malgré qu'elle dise ne pas encore avoir mis cette pratique à l'œuvre.

Type de relation sexuelle

A maintes reprises, les adolescents et surtout les adolescentes mentionnent que le type de relation sexuelle qu'ils entretiennent avec un partenaire influence leur choix contraceptif. Ainsi, les jeunes qui connaissent des relations sexuelles éphémères ("one night"), disent privilégier une méthode à la fois contraceptive et prophylactique. Toutefois à l'occasion d'une relation stable, ils préfèrent choisir une méthode uniquement contraceptive. «Non, mais, tu sais, si tu es a... Si tu as un "one night", là, tu prends quelque chose pour te protéger des maladies, là, puis pour être sûr qu'elle sera pas enceinte, là. Mais tu sais, si tu es stable avec

ta... avec ta blonde, là, puis euh... vous savez que vous avez pas de bibites, là, tu sais, tu peux prendre quelque chose juste pour, euh... la contraception» (G08-P04). Par contre, une participante explique que pour elle, peu importe le type de relation sexuelle qu'elle entretient avec son partenaire, elle utilise une méthode qui la protège à la fois des grossesses non planifiées et des MTS et du SIDA : «Tu sais je sais comment qu'il est mon chum, je viens juste d'aller passer des tests, pis on y va souvent pis tout, je le porte pareil le condom, je m'en fous carrément, je le porte pareil. Même si ça fait 30 secondes que j'y ai été, je le porte pareil, parce que c'est jamais sûr. Moi je trouve que c'est jamais sûr. Si tu vas voir un "fuck friend" [partenaire occasionnel] là, tu le sais-tu si y'a été baiser avec "full" d'autres filles avant pis tout, c'est encore pire, me semble c'est plein» (F04-P05). D'autres jeunes, pour leur part, avancent spontanément que le type de relation sexuelle influence leur choix contraceptif et ce, sans préciser lesquels. De ce fait, ces jeunes utilisent des expressions telles que : «Ça change parce que c'est de même» (G03-P02) ou bien «C'est important» (F04-P07).

4.2.2 Les caractéristiques personnelles des jeunes

Le fait d'être une personne responsable, impulsive ou influençable sont des caractéristiques dites personnelles qui peuvent, de l'avis des jeunes participants à la recherche, influencer le choix contraceptif des adolescentes et des adolescents. Le Tableau 6 rend compte des interventions émises par les participantes et participants à ce propos. Il importe de préciser que le thème des caractéristiques personnelles est celui qui est le moins présent lors des discussions et ce, tant chez les participantes que chez les participants.

Tableau 6

Nombre d'unités d'analyse classifiées selon les catégories se rapportant aux caractéristiques des jeunes

| Catégorie | Sexe des participant-e-s | | Total |
|-----------------------|--------------------------|---------|-------|
| | Filles | Garçons | |
| Personne responsable | 3 | 4 | 7 |
| Personne impulsive | 4 | 3 | 7 |
| Personne influençable | 8 | 2 | 10 |

Personne responsable

Lors des rencontres de groupes, certains jeunes discutent de l'importance de se sentir responsable de ses actes afin d'effectuer ses propres choix en matière de contraception. La prise de conscience de cette responsabilité permet, entre autres, d'agir afin d'éviter des conséquences associées à la non utilisation d'une méthode de contraception. Ainsi, un garçon rapporte les conséquences pouvant survenir à la suite d'un manque de préoccupation personnelle à l'égard de la contraception : «Il y en a qui ne se soucient pas des problèmes que cela peut occasionner, des maladies, n'importe quoi, ou bien de la grossesse. Il y en a qui s'en sacre, tu sais. C'est pas tout le monde qui est pareil. Moi je ne suis pas de même, mais je suis pas mal sûr qu'il y en a qui s'en sacre pas mal.» (G11-P03).

À travers leurs prises de position, les adolescentes qui abordent ce thème le font dans le même sens que les adolescents. Cependant, elles ajoutent à leur discours une nouvelle perspective, soit qu'en devenant responsable de leur contraception, elles sont protégées et de ce fait, indépendantes des choix contraceptifs de leur partenaire : «Moi, j'aime mieux compter sur moi que sur les autres. Tu sais, je me dis que je le sais que je la prends la pilule» (F10-P09). Conséquemment, le fait d'être responsable de sa contraception tend à diminuer les craintes d'avoir une relation non protégée :

«Moi, je suis très d'accord avec (P-09) qui dit que euh qu'on doit se fier sur nous autres pour prendre nos responsabilités là. Euh, comme la pilule, euh c'est moi là. C'est ma responsabilité là. Euh, pis moi le condom, là tout le monde à l'air ben sûr de ça, mais moi, je suis vraiment pas "safe" avec ça là. Je me dis que ça déchire de rien ces affaires là. Tu sais, t'as des ongles un petit peu trop longs pis oups, il s'en est pas rendu compte pis mon Dieu, mais ça jute euh. Tu sais tu le sais pas là, mais il m'est arrivé plein d'accidents avec ça là» (F10-P08)

Personne impulsive

L'impulsion est une caractéristique personnelle rarement mentionnée par les jeunes lors de leurs discussions entourant les facteurs favorisant l'utilisation ou non d'une méthode de contraception. Pour un participant (G07-P07), une personne impulsive est incapable de

contrôler le désir qu'elle ressent pour une autre personne, ce qui peut l'amener à avoir une relation sexuelle non protégée. Un adolescent explique alors que les comportements impulsifs surviennent dans un contexte particulier où l'alcool est présent, ce qui ne favorise pas la prise de conscience de l'importance de la contraception : «Ouin des fois tu dis genre tu sais comme tu dis genre il sort d'un "party" le gars, il est faite³. Il pense pas trop à ça [la contraception] lui là. Il fait ce qui lui tente pendant que ça tombe, pendant que ça passe» (G07-P01). Une des interventions d'une adolescente (F04-P01) coïncide avec la position des adolescents, tandis que l'intervention d'une autre adolescente ne tient pas compte de l'influence de l'alcool et avance que seul le désir peut mener à avoir une relation sexuelle non protégée, car les partenaires se trouvent sous l'emprise de la passion : «Mais tu sais, s'il y en a pas de disponible [méthode de contraception], c'est que dans le fond, tu te laisses emporter puis y en a pas de disponible des fois. Tu vas l'oublier, tu vas pas y penser» (F01-P06).

Personne influençable

Enfin, un participant fait allusion au fait qu'une personne influençable serait plus à risque de ne pas utiliser de méthode de contraception si cela était le choix de sa partenaire. Ainsi, pour cet adolescent, si sa partenaire lui demandait de ne pas utiliser un condom, il s'en passerait : «Oui. Si euh si on est intelligent oui. Me semble, on est supposé cliquer là, on est supposé y penser, tout de suite. Si elle veut pas le condom bien c'est euh bien c'est pantoute elle s'en passe» (G05-P02). Cependant, un autre participant du même groupe explique qu'il lui serait difficile de refuser l'offre de sa partenaire mais qu'une crainte le ferait quand même hésiter : «C'est difficile de refuser quand même mais en même temps ça te fait peur quand même. Fait que je sais pas qu'est-ce que je choiserais moi» (G05-P04).

Deux filles mentionnent qu'elles pourraient se laisser influencer à ne pas utiliser de méthodes de contraception : «T'arrêtera-tu, toi, après quinze minutes parce qu'il te dit qu'il n'en a pas

³ Dans le jargon des adolescentes et adolescents «être faite» signifie être sous l'effet de l'alcool ou des drogues.

[des condoms]? Tu sais, t'es bien partie là-dedans, là, puis là après quinze minutes tu dis "Tu n'as tu un?" "Euh, non, toi?" "Non" Tu sais!» (F06-P06); «Bien c'est ça que je te dis. C'est ça que je te dis» (F06-P01). Toutefois, lors d'une discussion portant sur ce sujet, des adolescentes mentionnent ne pas se laisser influencer par le choix de leur partenaire de ne pas utiliser le condom. Ainsi, la réaction d'une adolescente serait de mentionner à son partenaire que «si tu veux pas mettre de capote, c'est parce que tu as pas le goût. Tu sais, si tu la mets pas, tu t'en vas avec une autre fille» (F04-P05). Une autre adolescente ajoute que : «je ferais pas l'amour forcé moi là» (F04-P07) alors qu'une autre précise utiliser une autre stratégie; «(...) si t'arrives avec un gars un moment donné, si ça lui tente pis il dit ah c'est pas grave j'ai pas de condom, ben tu le sais que tu vas l'avoir pris ta pilule pis tu pourras pas tomber enceinte (...)» (F10-P09).

Tableau 7

Nombre d'unités d'analyse classifiées selon les catégories se rapportant au thème de l'accessibilité des méthodes de contraception

| Catégorie | Sexe des participant-e-s | | Total |
|------------------------------------|--------------------------|---------|-------|
| | Filles | Garçons | |
| Accessibilité générale | | | |
| Condom | 11 | 15 | 26 |
| Pilule | 9 | 12 | 21 |
| Accessibilité et relation sexuelle | | | |
| Condom | 15 | 2 | 17 |
| Pilule | 11 | | 11 |
| Autres méthodes | 20 | 19 | 39 |
| Aucune méthode | 1 | | 1 |
| Accessibilité économique | | | |
| Condom | 13 | 17 | 30 |
| Pilule | 23 | 4 | 27 |
| Autres méthodes | 3 | | 3 |
| Générale | | 4 | 4 |
| Accessibilité socioculturelle | | | |
| Condom | 24 | 17 | 41 |
| Pilule | 27 | 9 | 36 |
| Autres méthodes | 24 | 5 | 29 |

4.2.3 L'accessibilité des méthodes de contraception

Plusieurs jeunes abordent le thème de l'accessibilité des méthodes de contraception lors de la relation sexuelle. En effet, lorsqu'on leur demande en général quelles sont les méthodes contraceptives les plus utilisées par les jeunes de leur entourage, les adolescentes et les adolescents répondent spontanément le condom ($n=26$) ou la pilule ($n=21$). D'autres jeunes cependant ne se contentent pas d'énumérer uniquement les méthodes de contraception utilisées. Ils émettent alors des positions qui tentent d'expliquer pourquoi ils privilégient ou non ces méthodes contraceptives, soit l'accessibilité lors de la relation sexuelle, l'accessibilité économique ainsi que l'accessibilité socioculturelle. Ces positions sont présentées au Tableau 7 en fonction du type de méthode de contraception associée à chaque thème.

Accessibilité et relation sexuelle (accessibilité physique)

L'accessibilité des méthodes de contraception lors de la relation sexuelle influence leur utilisation. Ce sont les filles qui abordent plus volontiers ce sujet. Leurs positions concernent alors le condom et la pilule. On remarque ensuite que le discours des garçons à ce propos est moins considérable et qu'il n'aborde pas du tout la pilule et les autres méthodes. Pour les filles, le condom représente la méthode de contraception la plus facilement accessible : «(...)Le condom, sur le coup, t'es plus portée à prendre ça» (F09-P03) ; «C'est pratique, tu peux mettre ça partout un condom(...)» (F04-P01). Cette constatation est reprise par les garçons: «(...)je vais mettre une capote» (G03-P02).

En ce qui concerne la prise d'anovulants, les filles la considèrent davantage comme une méthode complémentaire «Moi, c'est clair que pour moi que le condom pis la pilule, ça va pas un sans l'autre» (F10-P10) ou palliative à l'absence du condom : «Moi j'ai pour mon dire si ça te dérange pas de payer 15 piastres, payes-les, tu sais au pire...» (F06-P01). Il est à noter que plusieurs filles mentionnent que la prise d'anovulants n'est pas systématique pour toutes les adolescentes : «Oui c'est ça de l'entendre parler pas de la prendre, ça c'est la décision à n'importe qui, c'est personnel. Regarde, je la prends pas encore la pilule, pis je le sais pas quand est-ce que je vais la prendre la pilule» (F04-P05).

L'utilisation de méthodes de contraception autres que les condoms et les anovulants a été mentionnée à plusieurs reprises par les adolescentes et les adolescents. Des adolescents mentionnent qu'il est possible d'utiliser la méthode du calendrier : «(...) tu t'organises pour que ça soit des fois qu'elle soit "safe" avec son calendrier» (G07-P03). Alors que d'autres la jugent inadéquate et risquée : «(...) moi je trouve ça un peu stupide comme méthode parce que si mettons tu tombes le jour où tu as le goût de t'accoupler et que ça tombe pas "flush" avec l'affaire, tu as l'air d'un cave si tu t'es fier là-dessus un moment donné» (G07-P01). Un autre adolescent déconseille aussi la « méthode » du coït interrompu, car «ça, c'est à déconseiller complètement» (G07-P07).

Les adolescentes précisent quant à elles préférer ne pas utiliser d'autres types de méthodes de contraception lors des relations sexuelles car leur mode d'emploi serait trop complexe : «Comme un diaphragme, c'est de la merde, tu sais jamais quand il est bien placé. Tu iras pas mettre ça» (F06-P01). De plus, elles constatent que l'emploi de ces méthodes mettrait un frein à leur relation sexuelle car elles les perçoivent comme moins agréables et moins rapides: «Pis c'est moins plaisant. Tu sais pis c'est vrai, un diaphragme, un stérilet pis ces gugusses là pis qu'il faut que tu te rentres ça, c'est pas mal moins plaisant. Pis là t'es dans le "beat" pis tu veux baiser, pis là c'est ah oui, tout de suite, tout de suite, tout de suite, tu prendras pas le temps d'aller dans la salle de bain, mettre ton diaphragme pis na, na, na, grosse histoire. Une capote c'est pas long» (F04-P05) De fait, ces adolescentes admettent qu'elles sont moins portées à utiliser ces méthodes : «[le condom féminin] Moi, ça m'intéresse pas» (F10-P09 ; P08). Deux adolescents appuient ces positions : «parce que les autres méthodes de contraception c'est plus difficile à installer ou à utiliser» (G05-P02) ; «(...) me semble que moi être une fille, j'aimerais pas full me rentrer un espèce de disque dans le ...» (G07-P03).

Par ailleurs, le recours à la pilule du lendemain est envisagée par les filles lorsqu'il y a eu des complications avec le condom «(...) tu prends le condom, le condom pète, tu vas chercher la pilule du lendemain» (F04-P02) ou par les garçons lorsqu'il n'est pas disponible «Le condom, puis quand tu peux pas l'utiliser le condom, tu prends la pilule, la pilule du lendemain» (G05-P04). Enfin, une seule fille explique qu'elle utilise le dépo provéra comme méthode contraceptive : «Tu sais, tu l'as dans le bras, t'es correcte pour trois mois» (F09-P07).

Certaines adolescentes proposent finalement l'abstinence en tout temps : «L'abstinence. Ben oui, c'est le seul moyen que tu es sûre de jamais te tromper (...) c'est le seul moyen sûr, qu'est-ce que tu veux» (F01-P02).

Accessibilité économique

L'accessibilité économique des méthodes de contraception est un autre thème qui a suscité l'intérêt de plusieurs participantes et participants. À titre d'exemple, lorsqu'on demandait aux participantes et aux participants ce qui les empêche d'utiliser adéquatement les méthodes de contraception, les garçons répondent spontanément et de manière générale «l'argent» (G07-P06 ; G07-P07 ; G08-P4 ;G08-P05). Plus spécifiquement, il apparaît ensuite que le coût associé à l'utilisation du condom comme méthode de contraception est une préoccupation présente à la fois dans le discours des garçons et dans celui des filles. Par contre, les filles paraissent se soucier davantage du coût associé à la prise d'anovulants.

Plusieurs croyances émergent des discussions entourant l'accessibilité économique du condom. Ainsi, pour la majorité des participants et quelques adolescentes, le coût relié au condom est accessible pour leur budget car «(...) ça coûte pas cher» (G05-P04), «pas trop cher» (G08-P01). Des garçons expliquent ensuite leurs stratégies afin de s'en procurer gratuitement : «(...) tu as tout le temps le moyen d'en avoir tu sais. Si c'est pas à la pharmacie avec de l'argent, tu vas au CLSC, ils t'en donnent. Va voir l'infirmière, tu sais, elle va t'en donner» (G08-P05) ; «(...) maisons des jeunes, ils t'en donnent itou » (G07-P07). Pour un garçon, le faible coût associé au condom le transforme en «solution de rechange» (G03-P03) quand sa partenaire n'a pas d'argent pour se procurer la pilule. En effet, pour les garçons, «(...) la pilule, ça revient cher de payer ça à tous les mois» (G08-P04) car «il faut que tu la paies» (G08-P04). Deux garçons expriment des positions différentes, soit que l'utilisation de condoms «ça coûte cher» (G07-P ?⁴) et que la pilule «ça coûte pas cher» (G03-P04).

⁴ P? = Il a été impossible de déterminer quel jeune du groupe émet cette intervention.

Quelques adolescentes reprennent la position majoritaire des garçons, soit que les condoms «c'est pas cher» (F01-P02 ; F06-P06). La position ralliant majoritairement les filles est cependant contraire à celle des garçons. Ainsi, pour ces adolescentes se procurer des condoms «ça coûte cher» (F06-P07 ; F10-P08 ; F10-P09). Elles en viennent alors à comparer le coût de la pilule à celui du condom et concluent que l'achat de ce dernier représente une dépense plus considérable (F06-P08 ; F10-P08 ; F04-P08). Par contre, lorsque les adolescentes font abstraction de cette comparaison, les opinions des adolescentes au sujet du coût de la pilule prennent deux tangentes opposées. Pour les unes «la pilule ça peut coûter quand même assez cher» (F01-P06 ; F04-P05 ; F06-P01 ; F06-P03), tandis que pour les autres «ça coûte pas cher» (F06-P01 ; F06-P04). De plus, des adolescentes notent qu'elles peuvent se procurer la pilule gratuitement, soit par l'entremise du système d'assurance médicament ou par le biais d'autres ressources : «(...) Tu sais, la fille qui veut vraiment prendre la pilule, c'est ben important pour elle, mais tu sais chez-eux tu sais ils ont pas d'argent pis ils ont pas l'assurance maladie, l'assurance médicaments là, je sais pas trop là. Mais moi ma pilule est gratuite là, mais il y en a qu'elle ne l'est pas là, ben... Il y a des infirmières pis tout ça là qui peuvent t'en donner pour trois ou six mois là» (F04-P08). En ce qui concerne l'accessibilité économique des autres méthodes de contraception, telles que les bâtonnets contraceptifs et le condom féminin, ce sujet est peu abordé. Seulement quelques adolescentes mentionnent que « ça coûte cher» (F02-P03 ; F06-P ? ; F10-P09).

Accessibilité socioculturelle

Le discours des adolescents et des adolescentes au sujet de l'accessibilité des méthodes de contraception s'orientent ensuite vers les facteurs socioculturels qui en facilitent ou non l'utilisation. Les adolescents et les adolescentes discutent de ce sujet. On constate cependant que les adolescentes abordent plus fréquemment que les garçons l'accessibilité socioculturelle des condoms et des anovulants.

Ainsi, pour les participantes, la popularité des condoms s'explique entre autres «parce que c'est eux genre qu'on entend le plus parlé» (F01-P04). Elles mentionnent alors en entendre

parler dans les médias ainsi que par les différentes personnes ressources présentes dans leur quotidien : «Avec toutes les petites annonces publicitaires que tu vois des fois là. C'est des petites annonces que j'arrête pas de voir qui me font rire, qui sont très bonnes d'ailleurs. Pis à part ça, c'est sûr que tu t'en vas voir la psychologue ou ben si tu vas voir l'infirmière, n'importe quoi, c'est tout le temps ça qu'a va... (...) elle va te parler de condom, condom, condom.» (F10-P03). Ce thème a émergé dans un seul groupe d'adolescents ou un participant fait part du rôle joué par l'école dans la diffusion des connaissances concernant les condoms (G08-P05).

Ensuite, pour les garçons cette popularité s'explique par la facilité qu'ont les jeunes de s'en procurer dans les endroits publics, car « ben t'en trouves partout des condoms» (G07-P07). Ainsi, les condoms se retrouvent dans les toilettes publiques, dans les pharmacies, dans les dépanneurs où ils sont facilement accessibles : «Oui, la facilité dans trouver aussi. C'est quand même facile de trouver des condoms tu sais. Tu vas dans n'importe quelle pharmacie, un dépanneur» (G05-P04) ; «(...) partout où que tu vas dans les endroits publics, dans les toilettes des hommes, il y a tout le temps deux-trois boîtes de condom» (G05-P01). Il importe également de rappeler que les adolescents connaissent les ressources où ils peuvent se procurer les préservatifs (CLSC, maisons des jeunes, infirmerie scolaire). Un groupe d'adolescentes appuie la position de leurs collègues masculins. Ainsi, pour elles «(...) c'est comme ce qui est le moins compliqué à acheter, à aller chercher» (F10-P09) ; «(...) le condom c'est accessible au bout. Tu vas à la pharmacie, ni vu, ni connu, tu prends une boîte, tu paies à la caisse et tu t'en vas» (F04-P03). Cependant, il est à noter qu'une discussion émerge au sein d'un groupe d'adolescentes concernant le manque d'accessibilité des condoms à leur école et ce, à la suite de l'enlèvement de la distributrice de condoms qui était présente dans les toilettes des filles (F04).

En ce qui concerne l'accessibilité socioculturelle associée aux anovulants, les adolescentes considèrent qu'à l'instar des condoms, la popularité des anovulants s'explique par le fait «qu'on en entend plus parler [condom et pilule] que les autres méthodes» (F09-P02) ; «À 20 ans, c'est rare ceux qui ne connaissent pas la pilule, qui n'ont jamais entendu parler de ça, c'est très rare. Je m'excuse mais quasiment tout le monde a entendu parler de ça» (F04-P05). Les participantes nomment alors les personnes ressources de leur entourage comme étant les

principales informatrices : «Ah, la pilule, ça serait plus euh les intervenants tu sais comme les infirmières à l'école, des affaires de même. Tu sais, c'est plus eux autres qui en parlent. Tu sais genre, ils vont moins te parler tu sais des autres affaires que la pilule» (F10-P06) ; «(...)la pilule (...) quand tu vas voir le médecin, même à l'école, on en parle beaucoup» (F10-P08). Un seul adolescent émet cette opinion, soit que l'école renseigne les étudiantes et étudiants en ce qui a trait aux anovulants (G08-P05). Alors qu'un autre avoue son manque de connaissances au sujet des anovulants : «Je le sais pas comment ça marche la pilule» (G03-P03).

Par ailleurs, quelques adolescentes disent connaître les informations concernant la démarche à entreprendre pour obtenir ce contraceptif : «(...) tu vas au CLSC, tu vas voir l'infirmière : 'je peux-tu avoir la pilule?', elle te pose une dizaine de questions pis tu l'as» (F04-P03). Néanmoins, d'autres affirment ne pas connaître ces informations. Ainsi, lorsque une adolescente avance « (...) il faut que tu ailles chez le gynécologue (...) il faut que tu ailles une prescription » (F01-P06) une autre s'exclame «Je ne savais pas ça» (F01-P02). Rappelons que les adolescentes se disent au courant du programme gouvernemental leur facilitant l'accès à ce contraceptif, soit l'assurance médicaments ainsi que de la possibilité que certains médecins ou infirmières leur remettent plusieurs boîtiers de pilules gratuitement. Finalement, un seul adolescent constate qu'une fille peut facilement se procurer des anovulants et ce, sans devoir en discuter au préalable avec ses parents : «Oui, mais après quatorze ans, t'es pas obligé de demander à tes parents» (G08-P02).

En dernier lieu, plusieurs participantes et quelques participants font des interventions traitant de l'accessibilité socioculturelle des autres méthodes de contraception. Il importe de préciser que les croyances des adolescentes à ce propos sont souvent contradictoires. Certaines mentionnent qu'elles possèdent peu d'informations sur des méthodes contraceptives comme le diaphragme, le stérilet, le dépo provéra, les implants ou les éponges et par conséquent, que leur utilisation n'est pas fréquente : «Tout le monde connaît plus ça [condoms et anovulants] que le stérilet» (F06-P04) ; «Il y a pas grand monde encore qui ont ça [implants contraceptifs] parce que c'est pas assez connu» (F02-P06) ; «C'est comme la petite éponge, moi je n'ai jamais vu» (F06-P01). De plus, des adolescentes mentionnent qu'il est difficile de se procurer

ces méthodes : «(...) un condom, c'est ben plus évident que d'aller t'acheter un stérilet» (F01-P06) ; «Tu sais comme le stérilet, c'est une grosse opération, une grosse affaire» (F01-P06 ; F01-P04) ; «Il y en a qui aime pas ça les piqûres [dépo provéra]» (F06-P04). D'autres adolescentes affirment par contre qu'elles possèdent de l'information concernant les implants contraceptifs et le dépo provéra et expliquent que plusieurs personnes de leur entourage les utilisent : «Ben oui, qu'on est renseigné [sur les implants]» (F02-P04) ; «Ben moi, je connais pas mal de monde qui l'ont fait [dépo provéra]» (F02-P03). Les adolescentes spécifient par ailleurs que ces méthodes ne sont pas adéquates à leur situation, car «D'habitude ces affaires-là, c'est plus quand tu es stable. Quand tu es mariée» (F09-P03) ; « Ou bien c'est quand tu ne peux plus avoir d'enfant pis que tu as un mari» (F09-P05). Il importe aussi de rapporter les propos d'une adolescente concernant ces différentes méthodes : « Il y a trop de moyens de contraception pour rien. Il y a des affaires inutiles» (F02-P04).

Les adolescents pour leur part expliquent qu'ils ont entendu parler des méthodes comme la méthode du calendrier, le stérilet, le diaphragme ou la gelée contraceptive lors de leurs cours de biologie ou lors de reportages à la télévision : «Moi la seule autre méthode que j'ai entendu parlée, c'est la patente avec le calendrier» (G07-P01) ; «Il y a le diaphragme puis une petite affaire qu'on avait vu en biologie, c'est comme un 'Y' avec des affaires» (G05-P01) ; «J'ai juste vu un petit reportage là-dessus [gelée contraceptive] à la T.V.» (G05-P4). Un seul adolescent rend compte du manque de popularité d'une méthode comme le stérilet : «Je ne connais pas "full" de filles qui ont un stérilet» (G07-P07).

4.2.4 Les croyances des jeunes associées à l'utilisation du condom

Les différents thèmes abordés lors des *focus groups* ont permis aux participantes et aux participants de discuter de leurs différentes croyances à l'égard de l'utilisation du condom. Les catégories qui ont émergé de ce discours concernent l'utilisation du condom comme méthode de contraception selon le type de relation entre les partenaires, le type de protection souhaitée ainsi que les effets secondaires qui y sont associés. Les interventions des adolescentes et des adolescents sont rapportées au Tableau 8.

Type de relation entre les partenaires

Lorsqu'on demande aux participantes et participants s'ils croient devoir changer de méthodes de contraception selon le type de relation (occasionnel versus stable) qu'ils entretiennent avec leur partenaire sexuel, ils discutent d'abord de l'utilisation du condom. Tant les adolescentes que les adolescents se prononcent à ce propos. Spécifiquement, les interventions des jeunes qui traitent de l'influence du type de relation dans le choix du condom comme méthode de contraception se regroupent à l'intérieur de trois catégories : l'utilisation en tout temps, l'utilisation lors des relations sexuelles avec un partenaire occasionnel, l'utilisation avec un partenaire amoureux au début de leur relation. Il est à noter que la deuxième catégorie suscite moins d'interventions que les deux autres..

Tableau 8

Nombre d'unités d'analyse classifiées selon les croyances des jeunes associées à l'utilisation du condom

| Catégorie | Sexe des participant-e-s | | Total |
|-------------------------------------|--------------------------|---------|-------|
| | Filles | Garçons | |
| Type de relation avec le partenaire | | | |
| En tout temps | 13 | 5 | 18 |
| Relation occasionnelle | 6 | 3 | 9 |
| Début de relation stable | 10 | 8 | 18 |
| Type de protection souhaitée | | | |
| Prophylactique | 16 | 6 | 22 |
| Prophylactique et contraceptive | 5 | 9 | 14 |
| Effets secondaires du condom | | | |
| Diminution des sensations | 12 | 9 | 21 |
| Nuit au déroulement de la relation | 14 | 18 | 32 |
| Risqué pour la santé | 4 | | 4 |
| Complications avec cette méthode | 11 | 16 | 27 |
| Insécurité avec la méthode | 5 | 2 | 7 |
| Efficacité de la méthode | 16 | 9 | 25 |
| Méthode sécuritaire | 4 | 4 | 8 |
| Simplicité de la méthode | 7 | 9 | 16 |
| Méthode propre | | 2 | 2 |

La première catégorie rend compte des interventions qui stipulent que l'utilisation du condom est obligatoire et ce, peu importe que la relation sexuelle implique un partenaire occasionnel ou amoureux : «Si c'est un trip d'un soir, c'est le condom puis les relations stables, c'est pilule-condom» (F06-P8) ; «un ou l'autre, tu mets le condom» (G11-P07). Une adolescente (F04-P05) spécifie ensuite que les conséquences d'avoir une relation sexuelle non-protégée motive son choix d'utiliser systématiquement le condom et ce, malgré qu'elle mentionne que son amoureux et elle passent régulièrement des tests de dépistage de MTS/SIDA.

Une deuxième catégorie regroupe les propos des jeunes qui croient que l'utilisation du condom est pertinente uniquement lorsque la relation sexuelle implique un partenaire occasionnel. L'intervention de cet adolescent résume la position des autres interventions des garçons à ce propos : «Si tu connais pas la fille, je trouve que c'est ce qui a de mieux [le condom]. Pour l'instant, c'est ce qui a de mieux qui a été faite» (G07-P01). En ce qui concerne les interventions des filles, elles vont dans le même sens que celles des garçons. Ainsi, les filles expriment spontanément qu'elles utiliseraient «un condom» (F06-G⁵ ; F09-P08) lors d'une relation sexuelle avec un partenaire occasionnel. Il importe de mentionner qu'une fille explique qu'elle ne juge pas pertinent l'utilisation du condom lorsqu'il est clair que son partenaire et elle n'ont pas de MTS : «Tu es pas obligée de mettre le condom si tu sais que le gars est "safe" puis tu sais que tu es "safe"» (F02-P06).

Finalement, les observations des participantes et participants qui stipulent que l'utilisation du condom est prioritaire lors d'une nouvelle relation stable avec un partenaire amoureux sont regroupées dans la dernière catégorie. On constate que les filles interviennent davantage que les garçons à ce sujet mais que leurs croyances sont similaires : «Ça dépend combien de temps que ça fait que tu sors avec ton chum. Si tu commences à sortir avec, tu penses moins à la prendre [pilule]. Tu te dis plus que tu vas prendre le condom» (F02-P06) ; «Au début, tu

⁵ F06-G = Opinion mentionné en même temps par toutes les adolescentes du groupe 06.

prends la capote puis la fille prend la pilule. Mais après un certain temps, quand tu sais que les deux ont rien, tu peux laisser la capote puis elle continue avec la pilule» (G08-P05).

En fin de compte, il importe de mentionner que les filles et les garçons ne désignent pas les mêmes indicateurs de temps qui les mènent à abandonner l'utilisation du condom. Pour les garçons cette mesure de temps est imprécise «Bien c'est sûr qu'une fois de temps en temps si on est pas sûr, dans les premiers temps, ça peut toujours aider [le condom] mais un coup que la pilule est embarquée, c'est moins pire» (G05-P02) ou s'échelonne sur quelques mois : «(...) C'est sûr par exemple que les première fois que tu la connais (sic), de mettre un condom. Mais tu sais, admettons que ça fait cinq mois que tu la connais, c'est comme... puis tu es sûr qu'elle ne te trompe pas puis tu ne la trompes pas non plus» (G08-P03). Du côté des filles, cette mesure s'échelonne sur une période pouvant aller jusqu'à un an « (...) si ça fait un an que tu es avec le même gars, ok la capote, tu peux l'enlever si tu prends la pilule» (F09-P08) ; à plusieurs années «Moi je pense que je l'enlèverais le condom jusqu'en t'es en appartement, ça fait longtemps que tu es avec (...)» (F09-P01). Il importe de noter que la majorité des filles indiquent attendre une année avant de ne plus utiliser le condom et qu'une seule adolescente (F02-P05) demeure imprécise.

Type de protection souhaitée

Lorsque le sous-thème «avantages et inconvénients de l'utilisation du condom» est présenté, les participantes et participants discutent spontanément du type de protection qui lui est associé, soit prophylactique ou à la fois prophylactique et contraceptive. A l'inverse des adolescentes qui disent utiliser le condom davantage comme une protection prophylactique, les adolescents émettent plus d'interventions en ce qui a trait à son utilisation pour ses visées prophylactique et contraceptive.

Certains participantes et participants s'entendent pour dire que le condom procure une protection prophylactique non négligeable: «il y a rien d'autre contre les MTS à part le condom» (F06-P06); «contre le SIDA» (G03-P03). Lorsque ce sujet émerge dans un groupe

d'adolescentes, une adolescente postule que la visée prophylactique du condom explique sa popularité chez les personnes actives sexuellement: «Moi, je dirais que pour le condom, pour les MTS, c'est la seule chose qui existe pour être sûr, a le plus de pourcentage possible. Je dirais que c'est pour ça que tout le monde en met pis qu'ils se protègent avec ça» (F10-P08).

D'autres adolescentes et adolescents rendent compte de la protection à la fois prophylactique et contraceptive du condom. Pour ces jeunes, cette protection conjointe s'exprime ainsi : «le condom (...) ça t'empêche d'avoir et des MTS et la grossesse» (F06-P06) ; «le condom, c'est dans le fond, c'est un deux pour un : tu mets pas la fille enceinte et tu peux te sauver la vie» (G07-P01).

Effets secondaires du condom

Les effets secondaires associés à l'utilisation du condom sont ensuite mentionnés par les participantes et les participants. Certaines interventions des jeunes associent au condom des inconvénients, soit qu'il diminue les sensations, qu'il nuit au déroulement de la relation sexuelle, qu'il est risqué pour la santé, qu'il amène des complications ou qu'il entraîne un sentiment d'insécurité. D'autres lui accolent plutôt des avantages, soit qu'il est efficace, qu'il entraîne un sentiment de sécurité, qu'il est simple ou qu'il est propre.

En ce qui concerne les inconvénients, plusieurs adolescentes et adolescents prennent position. Tout d'abord, les garçons et les filles mentionnent que l'utilisation du condom diminue les sensations de plaisir pour le garçon : «On sent rien avec ça !» (G08-P05) ; «L'inconvénient c'est peut-être que le gars, il aime moins ça» (F09-P05). Ensuite, plusieurs autres expliquent qu'il nuit au déroulement de la relation sexuelle et ce, tant pour les garçons que pour les filles en ce sens que «(...) prendre la capote, ça vient toute briser l'harmonie» (G03-P02) ; «(...) le gars va chercher la capote, met la capote. Dans ce temps-là, tu sais, ton fun est plus là quasiment !» (F06-03). Un autre effet négatif du condom émane des discours des filles, soit que le condom est risqué pour la santé des utilisateurs et des utilisatrices : «Il y a des filles et des gars qui sont allergiques au latex» (F09-P09). Différentes complications associées à

l'utilisation du condom sont également énumérées par les adolescentes et les adolescents. La complication mentionnée par plusieurs jeunes est que le condom «t'as toujours peur qui pète» (G03-P04) et «si ça pète tu es dans la marde» (F02-P04). Un adolescent ajoute que «si le condom est pas lubrifié, il peut faire mal à la fille» (G07-P01), tandis qu'un autre ajoute «même au gars» (G07-P07). L'intervention d'une adolescente va dans le même sens car «moi personnellement, des condoms, y'en a qui ne me font pas, pis y'en a qui me font» (F04-P01). Pour un autre adolescent, le condom peut être difficile à installer par les jeunes car «(...) ils ne savent pas trop comment faire ça» (G11-P3). Comme dernière complication, plusieurs garçons mentionnent que l'utilisation du condom «c'est juste chiant» (G03-P02), «c'est tannant» (G05-P02 ; G05-P04). Finalement, certaines adolescentes et adolescents mentionnent que le condom n'est «pas une méthode sûre à 100%» (G03-P03). Cela entraîne alors un sentiment d'insécurité lié à l'utilisation de cette méthode : «(...) je ne suis vraiment pas "safe" avec ça [le condom]» (F10-P08) ; «L'inconvénient, c'est de même pour tous les contraceptifs, c'est l'insécurité» (G03-P03).

Par ailleurs, d'autres participantes et participants de l'étude énumèrent des avantages liés à l'utilisation du condom. Tout d'abord, l'efficacité du condom comme méthode de contraception suscite beaucoup d'interventions de la part des adolescentes et des adolescents : «C'est la meilleure protection je pense en pourcentage» (F01-P05) ; «je trouve ça ben fiable» (G05-P04). Les filles précisent que le condom est une méthode efficace pour prévenir à la fois les MTS/SIDA et les grossesses non planifiées : «Comme le condom, c'est sûr c'est pas à cent pour cent, mais ça t'empêche d'avoir des MTS, et la grossesse. Tu sais c'est déjà une assurance de plus que les autres» (F06-P06). L'efficacité du condom entraîne donc un sentiment de sécurité pour certaines filles ainsi que pour quelques garçons : «L'avantage c'est que ça te procure de la sécurité» (G03-P04). Les jeunes s'attardent sur un autre avantage, soit la simplicité de cette méthode. Pour les jeunes, cet effet est majoritairement associé à l'utilisation du condom : «c'est pas compliqué à mettre» (G11-P03 ; F01-P02). Cependant, un adolescent mentionne un autre aspect, soit que le condom «c'est facile à transporter» (G07-P07). En fin de compte, il importe de mentionner qu'un adolescent intervient à deux reprises dans la discussion de son groupe pour dire que le condom est une méthode de contraception propre pour les filles : «Les filles trouvent ça propre, là, tu sais» (G08-P04).

4.2.5 Les croyances des jeunes associées aux anovulants

À l'instar du condom, les participantes et participants de cette étude discutent de leurs croyances à l'égard des anovulants. Ces croyances émergent à la suite de la présentation de divers thèmes de discussion à l'intérieur des *focus groups*. Lors de leurs interventions, les jeunes présentent ces croyances selon le type de relation (occasionnel versus stable) qu'ils entretiennent avec leur partenaire, le type d'utilisation qu'ils préconisent ainsi que les différents effets secondaires qu'ils associent aux anovulants. Le Tableau 9 présente ces interventions. Il est à noter qu'en général les filles discutent davantage que les garçons de leurs croyances envers les anovulants.

Tableau 9

Nombre d'unités d'analyse classifiées selon les croyances des jeunes associées aux anovulants

| Catégorie | Sexe des participant-e-s | | Total |
|--|--------------------------|---------|-------|
| | Filles | Garçons | |
| Type de relation entre les partenaires | | | |
| Relation occasionnelle | 6 | 1 | 7 |
| Relation stable avec tests MTS/Sida | 8 | 8 | 16 |
| Relation stable sans test MTS/Sida | 15 | 9 | 24 |
| Type d'utilisation souhaitée | | | |
| Contraceptive | 15 | 6 | 21 |
| Pas prophylactique | 17 | 3 | 20 |
| Utilisation autres | 14 | 2 | 16 |
| Effets secondaires de la pilule | | | |
| Risque pour la santé | 20 | 15 | 35 |
| Oubli de comprimés | 16 | 6 | 22 |
| Complications avec cette méthode | 11 | 3 | 14 |
| Insécurité avec cette méthode | 6 | 10 | 16 |
| Efficacité de la méthode | 16 | 10 | 26 |
| Simplicité de la méthode | 11 | 7 | 18 |

Type de relation entre les partenaires

Les adolescents et les adolescentes discutent d'abord du choix des anovulants comme contraceptifs en fonction du type de relation (occasionnel versus stable) qu'ils entretiennent

avec leur partenaire. Ces discussions émergent entre autres à la suite d'une question qui leur est posée par l'animatrice : «Est-ce que vous croyez qu'on doit changer de méthodes de contraception selon le type de relation ?». Les débats des jeunes se circonscrivent autour de deux types de relation, soit une relation impliquant un partenaire occasionnel ou une relation stable avec un partenaire amoureux. Les discussions des jeunes concernant le dernier type de relation se divisent alors selon qu'ils mentionnent ou non la présence de tests de dépistage des MTS/SIDA.

En ce qui concerne les relations sexuelles avec un partenaire occasionnel, un adolescent et des adolescentes croient que l'utilisation seule des anovulants suffit comme protection : «C'est la première fois, tu la connais pas genre tu la rencontres dans un "party" pis elle te dit "je prends la pilule", y a pas de danger» (G07-P03) ; «Moi pour les avantages, tu vas savoir si tu vas l'avoir pris. Je sais pas tu sais, si t'arrives avec un gars un moment donné, si ça lui tente pis il dit ah c'est pas grave j'ai pas de condom, ben tu le sais que tu vas l'avoir pris ta pilule pis tu pourras pas tomber enceinte. Tu sais, comme si ça te tente vraiment là. C'est sûr que s'il n'a pas de condom, tu l'as ta pilule pis tu peux pas tomber enceinte» (F10-P09). Cependant, une adolescente s'oppose à l'utilisation unique des anovulants dans ce contexte car ceux-ci préviennent uniquement les grossesses : «Tu prends juste la pilule, pis mettons un gars arrive un soir "on fais-tu l'amour ?". Tu le connais pas, ah oui, je prends la pilule, mais tu sais, si tu pognes le SIDA, ta pilule a pas valu grand chose à part que t'as pas d'enfant» (F-P03). Finalement, des adolescentes précisent qu'il importe d'utiliser des anovulants conjointement avec le condom lors de ce type de relation : «Tu peux tu sais prendre un condom avec la pilule (...)» (F10-P04 ; F06-G).

Les jeunes discutent aussi du choix de plusieurs couples d'adolescents d'utiliser uniquement les anovulants comme contraceptifs. Pour certains participantes et participants, ce choix implique que les deux partenaires obtiennent des résultats négatifs aux tests de dépistages des MTS/SIDA : «(...) si genre les deux vont faire les tests puis que c'est négatif, les capotes tu n'as pas vraiment de besoin. Puis si la fille est prête à prendre la responsabilité de la pilule, bien la capote...» (G03-P03) ; «(...) si mettons t'as passé les tests avec ton chum, tu prends la pilule pareil. T'es correct, t'as pas besoin de condom, c'est plus plaisant des fois» (F04-P05).

Fait à noter, quelques filles et garçons mentionnent que seulement eux ou leur partenaire doit avoir passé les tests : «Oui, si ça fait un an pis que tu as fait le test pis tu sais, peut-être que là, le condom, tu peux l'enlever» (F09-P03) ; «De toute façon, tu passes les tests avant» (G07-P07) ; «Passer des tests pour savoir si lui il n'a rien. S'il n'a rien, ben plus de condom, mais il y a toujours la pilule pour pas être enceinte» (F10-P03).

D'autres jeunes, pour leur part, admettent qu'ils utiliseraient uniquement la pilule lorsque leur relation amoureuse devient stable. Cependant, ils ne mentionnent pas que ce choix implique qu'ils aient préalablement passé des tests de dépistages des MTS/SIDA : «Bien si ça fait longtemps que tu sors avec un gars, tu peux juste prendre la pilule» (F06-P11); «(...) si la fille elle la [pilule] prend comme il faut puis que genre ça marche, ben là tu t'en fous du condom» (G03-P03); Enfin, une seule fille allègue qu'il faut utiliser les anovulants conjointement avec le condom dans ce type de relation: «(...) les relations stables, c'est pilule-condom» (F06-P08) tandis qu'une autre (F04-P01) mentionne utiliser habituellement la formule condom-pilule mais que si son partenaire et elle n'ont pas de condom, ils le laissent tomber au profit de l'utilisation unique des anovulants.

Il importe finalement de mentionner que les adolescentes et adolescents n'utilisent pas un indicateur de temps uniforme pour déterminer le moment où ils utilisent uniquement les anovulants comme méthode de contraception. Pour certains, cet indicateur est imprécis : «C'est clair. Quand ça fait un boutte que tu es avec genre (...)» (G07-P03) ; «(...) quand ça fait assez longtemps que tu es avec un chum pis tu dis "bon bien je vais arrêter de prendre les condoms, là, ça fait assez longtemps que je prends la pilule", mais ça dépend des filles» (F09-P05). Pour les autres, l'intervalle de temps varie de quelques semaines à quelques années. Ainsi, un garçon mentionne que quelques semaines suffisent pour qu'il demande à sa partenaire d'utiliser comme moyen de contraception les anovulants : «C'est sûr que moi après une couple de semaine, quand je suis avec, c'est sûr que si elle la [pilule] prend pas, je vas vouloir qu'elle la prenne (...)» (G08-P05). Un autre adolescent (G05-P02) mentionne quant à lui qu'un délai de quelques mois est de mise. Une adolescente (F09-P08) postule finalement qu'une période de un an est nécessaire.

Type d'utilisation souhaitée

Les discussions des participantes et participants portent ensuite sur les avantages et inconvénients de l'utilisation des anovulants comme méthode de contraception. Les jeunes discutent d'abord du type d'utilisation qu'ils associent aux anovulants, soit qu'ils empêchent la grossesse, qu'ils n'assurent pas une protection à l'égard des MTS et du SIDA et qu'ils peuvent être employés à d'autres fins. On remarque que les adolescentes abordent davantage ce sujet que les adolescents.

De prime abord, plusieurs adolescentes et quelques adolescents rapportent la visée contraceptive de l'utilisation des anovulants. Les anovulants ont comme particularité d'empêcher une grossesse non planifiée : «(...) Bon moi, la pilule, ça m'empêche d'avoir des enfants (...)» (F10-P08) ; «(...) La pilule, c'est plus pour le bébé là (...)» (G05-P04). Les adolescentes et quelques adolescents précisent ensuite qu'un des inconvénients de l'utilisation d'anovulants est la non protection à l'égard des MTS/SIDA: «Pis ça protège pas des maladies, des MTS» (F09-P02) ; «Ben je veux dire ... la pilule, c'est plus pour la fille. Oui, elle a peur pour les maladies, ben c'est juste pour le bébé» (G03-P03). Il est à noter qu'un seul garçon souligne que l'absence de protection contre les MTS et le SIDA concerne les filles autant que les garçons : «Pour la fille, mais pour le gars, l'avantage, bien c'est sûr que c'est pas mal ce qu'il y a de plus sûr à part les chirurgies puis comme inconvénient, ça te protège pas du SIDA» (G03-P03).

En dernier lieu, des adolescentes et deux adolescents mentionnent que «il y en a qui utilise pas la pilule juste pour la contraception là» (F01-P04). Ainsi, une participante spécifie que la prise d'anovulants par les adolescentes ne signifie pas qu'elles mènent une vie sexuelle active : «Tu sais, même si tu es un an sans le faire, tu la prends pareil» (F06-P04). Tandis qu'une autre ne partage pas ce point de vue : «Tu sais quand t'as pas de relation stable, à moins que t'aïles un gros problème de menstruation....» (F06-P ?). Les adolescentes et adolescents expliquent alors que certaines adolescentes utilisent la pilule afin de régulariser leur cycle menstruel : «Bien genre supposons que tu es pas régulière dans tes menstruations, il y en a qui vont voir le

docteur puis il leur prescrit des pilules» (F01-P04); «Je pense que ça régularise les menstruations» (G11-P04). Une adolescente se questionne alors sur la pertinence d'utiliser les anovulants si le cycle menstruel est régulier : «Oui mais si une fille est régulière sans prendre la pilule, pourquoi elle prendrait la pilule?» (F06-P08). D'autres adolescentes ajoutent que la prise d'anovulants amène la diminution des douleurs menstruelles : «Ok, moi ça fait plus que cinq ans que je prends la pilule, mon médecin me l'a prescrit parce que j'avais des gros maux de ventre là (...)» (F10-P08).

Effets secondaires des anovulants

Les participantes et participants énumèrent ensuite différents effets secondaires associés à la prise d'anovulants afin d'en circonscrire les différents avantages et inconvénients. Les inconvénients mentionnés représentent les risques pour la santé, la possibilité d'oubli de comprimés, les complications générales et le sentiment d'insécurité. Les avantages incluent l'efficacité de la méthode et le sentiment de sécurité qu'elle procure. Il est à noter que les participantes discutent plus abondamment à ce sujet que les participants.

En ce qui concerne les inconvénients associés à la prise d'anovulants, plusieurs adolescentes et adolescents mentionnent d'abord que la pilule représente un risque pour la santé des filles. Certaines jeunes spécifient que la prise d'anovulants entraîne des changements pondéraux : «Bien c'est ça. Quand tu commences à prendre la pilule là, ça déforme tout le corps là» (F02-P04) ; «Ça peut aussi causer ça peut aussi causer l'engraissement, la pilule là» (G05-P01). Une seule adolescente se dit en désaccord avec cette conséquence négative (F02-P06). Tandis qu'un adolescent précise que la pilule entraîne soit une prise ou une perte de poids : «(...) pis là la fille elle souffre au boutte, elle grossit, elle maigrit, elle est malade, toute» (G07-P07). D'autres jeunes rapportent différents malaises physiques associés aux anovulants : «Toutes, toutes les petites affaires, il y a plein d'inconvénients que ça cause, les caillots pis toutes ces affaires-là» (F09-P03) ; «(...) les maux (sic) de tête, les vomissements» (F09-P04) ; «Bien après, plus les inconvénients comme les maux de tête, puis ... les mal de cœur (...)» (G03-P03) ; «mal de ventre» (G03-P04) ; «Ou bien des allergies (...)» (F09-P03). Il importe de

mentionner que les inconvénients majeurs pour les filles sont d'ordre physique tandis que pour les garçons, ils sont liés aux variations pondérales. Enfin, un adolescent spécifie qu'un autre inconvénient qu'entraîne l'utilisation de cette méthode est «la mauvaise humeur» (G08-P05).

Pour expliquer ces différents inconvénients, des jeunes avancent plusieurs croyances. Il paraît alors que «c'est mauvais pour le système, prendre la pilule» (F06-P07) car c'est une méthode chimique : «C'est chimique là tu sais fait que tu sais jamais la chimie ce que ça va faire» (G05-P01). De plus, la difficulté qu'éprouvent certaines utilisatrices à se procurer la bonne pilule contenant la quantité d'hormones adaptée à leur système expliquerait les différents malaises : «Il y a aussi au début quand une fille prend la pilule tu sais est malade, ça lui prend plusieurs pilules avant de se trouver (...)» (G07-P07) ; «Ça prend, bien tu sais, il y a des pilules que tu prends puis qui font pas, bien, pour toi, tu sais, ils te donnent mal au cœur ou bien des maux de tête. T'en essayes un autre, là ça marche pas, t'en essaye un autre. Puis tu sais, à la fin, là, t'es là, là...» (F06-P02). Enfin, on remarque qu'une adolescente précise que ces inconvénients peuvent aussi être passagers : «Ok, moi ça fait plus que cinq ans que je prends la pilule, mon médecin me l'a prescrit parce que j'avais des gros maux de ventre là. Pis euh, j'ai eu au début, mal de tête, mal de cœur, il a fallu que je m'ajuste avec ça là. Moi en tous cas, je vis avec ça là, c'est comme manger un bonbon dans l'après-midi. C'est vraiment rien, je me lève, je la prends, je ferme mon cadran pis je m'en va me brosser les dents. Non, mais là tu sais c'est tout naturel. (...)» (F10-P08).

La possibilité d'oublier un comprimé est un autre inconvénient associé à la pilule mentionné par plusieurs filles et quelques garçons : «Ben, pour la pilule, je trouve que ça fait des inconvénients parce qu'il faut toujours que t'a prennes à tous les jours. Veut, veut pas, tu sais des fois, tu peux l'oublier là (...)» (F10-P02) ; «Mais la pilule c'est comme le condom, tu peux l'oublier aussi là» (G05-P04). Outre l'oubli de prendre un comprimé, une adolescente explique qu'il est possible également de ne pas obtenir les effets contraceptifs des anovulants lorsque les utilisatrices éprouvent des malaises : «La pilule, là, savais-tu ça tu peux la renvoyer puis qu'elle fasse pas effet. Tu prends ta pilule, mettons, puis là t'es malade, là, après quinze minutes, là, bien poses-toi des petites questions» (F06-P01). Les possibilités de devenir enceinte à la suite d'un oubli de comprimés paraissent une conséquence probable pour

certaines adolescentes et adolescents et improbable pour d'autres filles et garçons. Alors que la crainte de ne plus savoir où en être dans son cycle est l'autre conséquence mentionnée par les adolescentes : «Bien c'est parce que la pilule tu sais tu l'oublies un soir puis tu es toute mêlée (...)» (F02-P03). Enfin, un seul adolescent mentionne que le risque d'oubli d'un comprimé diminue avec le temps : «Oui, mais la pilule c'est disons que c'est un rythme, la fille elle s'habitue rendue à un boutte» (G05-P02).

Plusieurs participantes et quelques participants discutent de plus des différentes complications associées aux anovulants. Tout d'abord, les filles et un garçon mentionnent qu'il devient complexe de trouver la sorte d'anovulants qui leur convient : «Moi, c'est le fait qui faut "pogner" la bonne. Tu sais, moi, bien comme elle disait, ça faisait trois sortes» (F06-P02) ; «Il y a aussi au début quand une fille prend la pilule tu sais est malade, ça lui prend plusieurs pilules avant de se trouver (...)» (G07-P07). Cependant, une adolescente explique que cette attente ne s'avère pas vaine car «Bien ça se peut là mais d'habitude bien tu sais il y en a tellement de sorte de pilules là que d'habitude ils réussissent à trouver quand tu tombes sur la mauvaise, ils t'en trouvent une autre là d'habitude. Le monde réussisse à trouver» (F01-P06). Le dérèglement du cycle menstruel est une autre complication associée à l'usage des anovulants rapportée par un adolescent et une adolescente : «Oui le problème de la pilule c'est que chez la femme ça finit par décycler le cycle menstruel» (G05-P03) ; «Non, c'est soit que ça rend régulier ou ça rend irrégulier les cycles menstruels. Ça peut être pas mal désavantageux plus pour la fille que le gars» (F04-P05). Un adolescent (G08-P03) précise finalement qu'il peut devenir problématique pour la fille de demander l'autorisation de ses parents pour pouvoir se procurer cette méthode de contraception.

À la suite de l'énumération de ces divers inconvénients, certains jeunes mentionnent que l'utilisation des anovulants comme méthode de contraception peut entraîner un sentiment d'insécurité et ce, pour les deux partenaires. A titre d'exemple, une adolescente explique que ce sentiment est associé à la crainte de devenir enceinte «(...) la pilule, c'est presque à 100%, là, mais je pense que c'est 99%, fait que t'as encore des chances de tomber enceinte malgré ça (...)» (F09-P01). Les garçons pour leur part parlent du sentiment d'insécurité qu'ils lient au fait de ne pas savoir si leur partenaire utilise adéquatement ses anovulants : «Elle l'avait la

pilule, mais je sais pas si elle la prenait, j'étais pas tout le temps avec non plus» (G08-P06). D'autres mentionnent plus spécifiquement que la crainte des garçons s'explique par le fait qu'ils croient que leur partenaire utilise à bon escient ses anovulants alors que ça peut ne pas être le cas : «Bien d'abord, admettons que la fille elle lui a dit "Je prends la pilule", puis tu sais elle arrive et lui dit "J'ai un flot de toi" tu sais, dans ce sens là» (G08-P04) ; «Tu as peur que ça arrive pour de vrai» (G08-P05). On remarque donc que le sentiment d'insécurité des filles et des garçons concernent les conséquences qui leur sont propres. De plus, il est à noter que les garçons discourent davantage de leur sentiment d'insécurité à l'égard de l'utilisation des anovulants que les filles.

Tel que préalablement mentionné, des participantes et des participants discourent également des avantages de l'utilisation des anovulants. Tout d'abord, plusieurs adolescentes et quelques adolescents statuent que les anovulants représentent une méthode de contraception efficace : «Bien la pilule c'est parce que si la fille les prend vraiment, vraiment, vraiment là comme il le faut bien il y a moins de risques là, c'est quand même bon à 97% ça, fait qu'il y a beaucoup moins de risques (...) » (G05-P02) ; «Bien tu es régulière puis après ça tu es supposée de pas tomber enceinte là. C'est sûr à 100% parce qu'il y en a qu'il faut vraiment que tu prennes toujours à la même heure là mais il y en a que c'est moins pire» (F01-P06). Certaines adolescentes constatent toutefois que les anovulants ne deviennent pas efficaces à leur première prise. Cependant, ces filles ne s'entendent pas sur l'intervalle de temps optimum de cette période de latence. Elle varie alors de quelques jours à quelques mois : «J'ai appelé à Info-Santé puis la fille m'a dit qu'on dit toujours un mois mais c'est sept jours» (F06-P01) ; «(...)Tu sais, tu peux pas arrêter la pilule. Quand t'as commencé à prendre la pilule, c'est tout le temps, tu sais c'est à partir de trois mois qu'elle est efficace. Fait que tu sais là si t'arrêtes, il faut que t'attendes trois mois. Wow, là » (F10-P03). Finalement, il s'avère pertinent de noter que les adolescentes discourent davantage de l'efficacité des anovulants que les garçons.

En fin de compte, les jeunes mentionnent la simplicité d'utilisation de cette méthode comme avantage. Pour les adolescentes cette simplicité se traduit comme suit : «Oui, mais tu sais, ça prend trente secondes de ton temps. Tu sais tu le prends, tu cliques la petite affaire, tu prends ta pilule, tu prends un verre d'eau puis tu t'en vas. C'est quoi?» (F06-P06). Cette adolescente

met alors son point de vue en perspective car «(...) c'est quoi trente secondes de ton temps pour prendre une pilule tandis que prendre neuf mois de ta vie plus dix-huit ans après à t'occuper de ton flot?» (F06-P06). Une autre fille mentionne que la simplicité de cette méthode se traduit par sa réversibilité : «Ok, aussi, en prenant la pilule pis le condom, tu peux arrêter des prendre, pis tu peux avoir des enfants plus tard. Pis genre si tu te fais boucher les trompes de Fallope ou je sais pas trop» (F04-P06). Les garçons pour leur part s'accordent pour dire que les anovulants sont simples à utiliser : «Bien, c'est parce c'est bien moins de trouble» (G08-P02).

4.2.6 Responsabilité contraceptive selon le sexe des partenaires

La responsabilité contraceptive des partenaires selon le sexe représente le dernier thème abordé par les participantes et participants. Dans le dessein de susciter une discussion à ce propos, les animatrices posent la question suivante : «Selon vous, est-ce que la contraception est d'abord une affaire de fille ?». Les réponses des jeunes à cette question sont variées. Certains jeunes mentionnent spontanément qu'elle est partagée entre les deux conjoints, tandis que d'autres spécifient qu'elle revient uniquement aux garçons ou aux filles. Ensuite, plusieurs jeunes précisent que cette responsabilité varie aussi en fonction du type de méthode de contraception utilisée, soit les condoms ou les anovulants alors que quelques jeunes disent qu'il y a absence de responsabilité. Le Tableau 10 présente ces propos. Mentionnons que les adolescentes discourent plus abondamment que les garçons à ce sujet. Toutefois, deux exceptions sont à noter, soit que les participantes et les participants discourent en grand nombre de la responsabilité conjointe de la contraception et de la responsabilité des filles concernant les anovulants. Par ailleurs, la responsabilité conjointe de la contraception est la caractéristique la plus mentionnée par les adolescents tandis qu'on dénombre plus d'interventions en ce qui a trait à la responsabilité des garçons à l'égard des condoms chez les adolescentes. Il est à noter le grand écart entre le nombre d'interventions des filles et des garçons concernant cette dernière catégorie (filles : $n = 30$; garçons : $n = 4$) ainsi que l'absence d'interventions de la part des garçons en ce qui concerne la responsabilité féminine générale de la contraception.

Tableau 10

Nombre d'unités d'analyse classifiées selon le thème de la responsabilité contraceptive en fonction du sexe des partenaires

| Catégorie | Sexe des participant-e-s | | Total |
|---------------------------|--------------------------|---------|-------|
| | Filles | Garçons | |
| Responsabilité conjointe | 27 | 16 | 43 |
| Responsabilité pilule | 11 | 4 | 15 |
| Responsabilité condom | 12 | 5 | 17 |
| Responsabilité féminine | 10 | | 10 |
| Responsabilité pilule | 13 | 13 | 26 |
| Responsabilité condom | 6 | 1 | 7 |
| Responsabilité masculine | 4 | 9 | 13 |
| Responsabilité condom | 30 | 4 | 34 |
| Absence de responsabilité | 18 | 9 | 27 |

La contraception, une responsabilité conjointe

D'abord, plusieurs participantes et participants mentionnent spontanément que la contraception est sous la responsabilité des deux partenaires : «Pas pentoute, c'est une affaire de couple» (G07-P07) ; «Ça concerne autant les filles que les gars» (F02-P05). Une adolescente précise que cette responsabilité conjointe s'inscrit uniquement dans le cadre d'une relation de couple stable : «Bien moi, je pense que, tu sais, dans les relations, tu sais quand c'est ton chum, là, le gars il va y penser, mais peut-être dans les "one night", là, tu sais plus dans ces affaires-là, c'est peut-être plus les filles qui y pensent. Quand t'es avec ton chum, je pense que le gars il peut peut-être autant y penser que toi, là» (F09-P03). Quelques jeunes expliquent la pertinence de cette responsabilité conjointe : «moi je trouve que tu fais l'amour à deux, ben tu prends tes responsabilités à deux. Si le gars est pas capable de dire 'bon, ça me tente pas d'aller à la pharmacie, je suis gêné', ben regarde, si toi ça te tente pas, ça me tentera pas moi non plus» (F04-P03) ; «Parce que c'est les deux qui vont avoir les conséquences» (G03-P05).

Par la suite, quelques jeunes précisent que la responsabilité à l'égard des anovulants peut se prendre conjointement. On remarque alors que les filles abordent plus ce thème que les garçons. Les jeunes s'entendent pour dire que les filles ont la responsabilité de se procurer des anovulants ainsi que de les prendre quotidiennement. Cependant, leurs positions divergent concernant la part de responsabilité des garçons. Ainsi, les filles mentionnent d'abord que le rôle des garçons se traduit par leur participation économique : «Oh! pas nécessairement. Il y en a qui paie la moitié de ta pilule...» (F01-P06) ou par leur responsabilité de rappeler à leur partenaire de prendre ses anovulants :

«Bien ça dépend si t'as un bon chum, tu sais, s'il pense juste à ça, tu sais, il le sait, lui, qu'est-ce qu'il a à faire, tu sais, il est responsable, là; il sait qu'il va falloir qu'il mette un condom quand il faut, là, tu sais, il sait ce qu'il faut faire pis il va s'occuper de voir si, je sais pas, il va savoir, si mettons j'oublie de prendre ma pilule, bien là, il va dire, bien je sais pas, c'est pas drôle, prends-la, là, tu sais, il va s'occuper de moi, là. C'est ça, c'est ça que c'est supposé faire. C'est entre nous, là, faut qu'il soit aussi responsable» (F09-P05).

Les garçons pour leur part sont d'accord avec cette dernière position: «Un gars, peut-être. Bien, tu devrais être au courant... vérifier avec elles» (G08-P06). Les garçons ne mentionnent pas d'autres manières de partager conjointement cette responsabilité.

Ensuite, d'autres participantes et participants spécifient que la responsabilité à l'égard des condoms doit être conjointe «(...) le condom c'est plus l'affaire des deux (...)» (G03-P06). Ainsi, pour quelques filles et garçons, le partage des responsabilités concerne l'aspect économique : «C'est comme, je sais pas moi, le condom c'est l'affaire, tu sais, pour le gars, là, pis la pilule, c'est pour la fille; mais si la fille va chercher ses pilules à la pharmacie, bon bien tiens, je vais prendre un condom, une boîte de condoms en passant, tu sais; ou bien ton chum peut aller chercher tes pilules en passant à la pharmacie, c'est la responsabilité des deux» (F09-P08). Pour d'autres jeunes, les filles et les garçons se doivent d'avoir des condoms chacun en leur possession : «Oui, oui c'est ça, t'es avec ton chum, tu sais, t'es avec ton chum, je sais pas me semble que, c'est lui mettons, c'est pas juste moi à aller faire les premiers pas, bon je veux porter le condom pis tout, y'est capable de le faire, c'est son affaire à lui aussi» (F04-P05). En fin de compte, une adolescente et un adolescent précisent que les caractéristiques de cette responsabilité conjointe diffèrent selon le sexe. Ainsi pour cette adolescente (F06-P03), les

filles et les garçons peuvent se partager les dépenses associées à l'achat des condoms tandis que la fille a la responsabilité de l'installer à son partenaire. Alors que pour l'adolescent (G11-P04) les filles ont la responsabilité de demander à leur partenaire d'utiliser un condom et conséquemment ces derniers se doivent de le mettre.

La contraception, une responsabilité féminine

Lorsque l'animatrice demande «est-ce que la contraception est une affaire de fille ?», quelques participantes y répondent par l'affirmative tandis qu'aucun adolescent ne se prononce dans ce contexte. Une adolescente énonce cette idée tout en exprimant son désaccord : «Ben tu sais moi je trouve que c'est plus les filles qui y pensent, de se protéger pis tout. Ça devrait pas être comme ça. Ça devrait être les gars aussi qui devraient penser quand même là (...)» (F10-P09) Une autre fille explique toutefois qu'elle ne voit pas d'inconvénient à assumer cette responsabilité qui lui assure la protection : «Moi, ça ne me dérange pas personnellement que ça soit plus les filles qui y pensent que les gars. Moi, je me dis que si moi si j'y pense c'est ben correct pour moi là. Il faut que je sois capable d'y penser là. Mais tu sais lui, si ils pensent pas, ben je vais y faire penser moi. Ça ne me dérange absolument pas là (...)» (F10-P08). Par ailleurs, une participante suggère que c'est le type de relation entre les partenaires qui déterminent celui qui doit être responsable de la contraception : «Bien moi, je pense que, tu sais, dans les relations, tu sais quand c'est ton chum, là, le gars il va y penser, mais peut-être dans les "one night", là, tu sais plus dans ces affaires-là, c'est peut-être plus les filles qui y pensent (...)» (F09-P03).

Au cours des discussions que suscite cette question, il apparaît par la suite que des participantes et participants interviennent pour statuer que les anovulants se retrouvent sous la responsabilité exclusive des filles : «Bien tu sais je sais pas, mais la pilule c'est plus l'affaire de la fille» (G03-P05) ; «(...) la pilule, c'est plus la responsabilité, moi je pense que c'est plus une responsabilité qui est faite pour elle, là. C'est elle qui la prend la pilule (...)» (F10-P08). Pour les participantes, cette responsabilité implique de se procurer les anovulants, de les payer ainsi que de les utiliser : «Bien là pilule c'est sûr que c'est la fille qui faut qui s'en occupe» (F01-

P01) ; «Non, mais, payer toute la pilule, là, après, tu sais, c'est correct» (F06-P08) ; «(...) tu sais, je me dis euh euh on a chacun notre rôle, on a chacun notre responsabilité dans la relation pis euh je pense que lui, c'est important qu'il pense euh à apporter son condom. Pis c'est important que la fille prenne sa pilule (...)» (F10-P08). De plus, lors de cette dernière intervention, l'adolescente suppose alors que la responsabilité des filles à l'égard des anovulants s'explique par la division normative des rôles selon le sexe des partenaires. Cette idée est reprise par d'autres participantes : «Il y en a qui vont s'occuper des condoms puis la fille va s'occuper de la pilule» (F02-P06) ; «Avec toutes les affaires qui, OK, tu regardes la tralée de contraceptifs qui a, là, la seule affaire que le gars a à mettre, c'est le condom. C'est la seule affaire. Tout le reste, c'est pour les filles» (F06-P07). À ce propos, une adolescente apparaît en désaccord avec l'application de cette division normative car, selon elle, les garçons devraient prendre leur responsabilité en utilisant des condoms et ce, dans le dessein de partager la responsabilité de la contraception avec les filles : «Ah, je voulais juste dire que je trouve ça bizarre de voir les réactions des filles. Pourquoi ça serait juste les filles qui prendraient la pilule (...) Moi, je pense que c'est pas juste à la fille de prendre la responsabilité. De dire, euh, par rapport aux bébés, tu sais je parle pas des MTS là, parce qu'il y a quand même le condom, c'est quand même assez sûr» (F10-P01). En fin de compte, une participante explique que les filles qui choisissent d'avoir des relations sexuelles se doivent de devenir responsables de leur contraception, soit d'utiliser des anovulants : «Bien moi, personnellement, je trouve que, me semble, si je fais l'amour, parce que j'ai ma responsabilité, fait que pourquoi j'y dirais de payer ma pilule?» (F06-P01).

Du côté des participants, la responsabilité des filles se traduit également par le fait de penser à utiliser quotidiennement leurs anovulants : «Je dirais plutôt. Bien la pilule c'est sûr que bon c'est plus des affaires de fille comme il dit, c'est pas le gars qui va dire à sa blonde: t'as-tu pris ta pilule à matin? (...)» (G03-P03). Cette responsabilité féminine se circonscrit lorsque le couple choisit de ne plus avoir recours aux condoms : «Si la fille est pas assez responsable moi je dis que ça vient son problème tu sais genre si les deux ils savent qu'ils sont clean pis qu'ils ont entendu qui prenait la pilule pis que le fille elle la prend s'est rendu de sa faute va falloir qu'elle en prenne conscience question responsabilités à un moment donné» (G07-P01). Les adolescents expliquent également que la responsabilité à l'égard de la contraception origine de

la division normative des rôles selon le sexe. Cependant pour les participants, cette division apparaît moins dichotomique que les participantes l'ont supposée. Selon eux, les filles doivent s'occuper seules des anovulants et partager la responsabilité des condoms avec leur partenaire : «C'est pas au gars à dire: "as-tu pris ta pilule". La pilule c'est plus l'affaire de la fille, puis le condom c'est plus l'affaire des deux, tu sais je veux dire. La fille elle peut. Tu sais, j'irai pas acheter les pilules à sa place» (G03-P02). Toutefois, un adolescent nuance ces propos en mentionnant que les garçons peuvent avoir «(...) certains rôles sur la pilule quoique minimales par rapport à tu sais la fille» (G03-P06). Cette responsabilité masculine se traduit d'abord par le fait de communiquer avec sa partenaire pour lui faire part de son désir qu'elle utilise les anovulants comme méthode de contraception exclusive (G08-P05). Finalement, elle consiste à demander des justifications à sa partenaire à la suite d'un oubli de comprimés d'anovulants : «Bien tu sais de montrer qu'on a des responsabilités à parler. Des fois, tu peux lui rappeler pourquoi tu sais t'as pas penser à ça. Bien c'est elle qui va prendre la pilule là, tu vas pas ouvrir le petit coffre, puis tiens ta pilule là chérie» (G03-P02).

La contraception, une responsabilité masculine

Quelques participantes constatent toutefois que de façon générale la contraception est davantage sous la responsabilité des garçons : «Oui, le condom ou la pilule c'est mon chum (...)» (F04-P05). Cependant, une autre affirme que cette responsabilité ne revient pas uniquement aux garçons mais que de plus en plus ceux-ci se sentent concernés et participent davantage : «(...) je trouve que les gars de moins en moins, ben de plus en plus je veux dire ils se préoccupent de ça pis ils vont se mêler à ça (...)» (F10-P08). On remarque ensuite que les adolescents ne s'expriment pas aussi clairement que les adolescentes à ce sujet et ce, malgré qu'ils en discutent davantage. Tout d'abord, mentionnons l'intervention d'un adolescent qui ajoute des bémols lors de son positionnement à ce sujet: «Non, je trouve que ça revient pas mal plus aux gars. Bien, ça revient aux deux.» (G11-P04). Ensuite, pour d'autres adolescents du même groupe, la responsabilité masculine semble se traduire par l'utilisation du condom ainsi que la possibilité pour les garçons d'utiliser éventuellement une «pilule masculine» (G07-P01, P04, P06, P07). Par contre, pour ces adolescents, les conséquences associées à cette méthode de contraception, telle la stérilité, pourraient les empêcher de l'utiliser.

Nonobstant le peu d'interventions des adolescentes concernant la responsabilisation globale des garçons en matière de contraception, plusieurs interviennent pour statuer que les garçons se doivent d'être responsables des condoms. Ainsi, cette responsabilité devrait concerner l'achat de condoms, le fait d'en avoir en leur possession ainsi que de les utiliser adéquatement lors de la relation sexuelle : «J'ai rarement payé des capotes» (F06-P?) ; «Tous les gars ont des condoms cachés quelque part» (F02-P?) ; «Bien ça dépend si t'as un bon chum, tu sais, s'il pense juste à ça, tu sais, il le sait, lui, qu'est-ce qu'il a à faire, tu sais, il est responsable, là; il sait qu'il va falloir qu'il mette un condom quand il faut, là, tu sais, il sait ce qu'il faut faire (...)» (F09-P05). À ce propos, des adolescentes avancent que la seule responsabilité des garçons en matière de contraception est d'utiliser un condom (F04-P03 ; F06-P07). Finalement, une adolescente partage son point de vue concernant la cause de la responsabilisation des garçons à l'égard des condoms : «Ben ils font plus attention aux MTS, mais par rapport à ce que la fille elle tombe enceinte là, ils y pensent moins» (F10-P01).

En ce qui concerne les adolescents, on remarque que peu d'entre eux avancent que cette responsabilité incombe aux garçons : «Nous, à part le condom tu peux pas faire grand chose» (G07-P03). Les interventions des participants à ce sujet convergent avec celles des filles, soit que les garçons sont responsables de se procurer la bonne sorte de condoms, de penser à les utiliser ainsi que de les utiliser adéquatement : «Les filles, ça les dérangent pas trop si tu les prends nervurés, là» (G08-P03) ; «Oui. Si euh si on est intelligent oui. Me semble, on est supposé cliquer là, on est supposé y penser, tout de suite (...)» (G05-P02) ; «C'est surtout qu'il faut que tu la mettes mais il faut que tu te protèges» (G03-P04). En définitive, il importe de noter que les filles interviennent davantage que les garçons à ce propos.

D'autre part, les adolescentes interviennent à plusieurs reprises pour affirmer que les garçons ne prennent par leur responsabilité concernant le condom. À titre d'exemple, lorsqu'une animatrice demande à une participante : «dans tes autres relations c'est arrivé que le gars s'impliquait pas ?», celle-ci répond : «La plupart du temps oui» (F04-P01). D'autres participantes expriment ce propos en avançant différentes raisons qui expliquent cette absence de responsabilité. Ainsi, certaines filles croient que les garçons n'utilisent pas le condom car ça ne les intéresse pas : «Les gars ils s'en foutent pas mal en tout cas» (F02-P09). Les

participantes émettent des interventions qui associent la non utilisation du condom aux inconvénients qui lui sont attribués : «Le condom il peut péter n'importe quand. C'est peut-être inconfortable. Les gars c'est rare, c'est rare que le monde, tu sais les gars, y'a beaucoup qui veulent pas mettre ça» (F04-P05). Ensuite, d'autres adolescentes affirment que l'absence de responsabilité des garçons s'explique par leur manque d'attention à voir que le condom ne s'abîme pas : «Oui mais j'avoue que les gars maltraitent leurs condoms, sérieux. Tu sais celui qui va mettre ça dans son portefeuille tout écrasé puis envoye tu sais» (F02-P04). Une autre adolescente (F10-P01) affirme que l'absence de responsabilité des garçons à l'égard des condoms s'explique par le manque d'intérêt que ces derniers accordent au risque de grossesse. Enfin, la position d'une participante à ce sujet laisse croire que les garçons retirent une satisfaction personnelle au fait de ne pas utiliser de condom : «Des fois, ils sont ben contents de rien prendre» (F10-P10).

En ce qui concerne les croyances des quelques participants au sujet de l'absence de responsabilité des garçons à l'égard de l'utilisation du condom, on constate que certaines vont de pair avec celles des filles, tandis que d'autres n'ont pas été mentionnées par ces dernières. En ce qui concerne les croyances convergentes, des adolescents expliquent que certains garçons n'utilisent pas de condoms par manque d'intérêt en ce qui a trait à la question de la contraception : «(...) Peut-être que ça les intéresse même pas. Je ne sais pas. Ils ne veulent pas de moyens de contraceptions, fait qu'ils n'en prennent pas» (G11-P04). Ce participant ajoute que ce manque d'intérêt s'explique par la perte de sensibilité causée par l'utilisation du condom : «Bien si le gars ne veut pas le mettre, peut être que ça ne lui tente pas ou bien peut être qu'il chiale qu'il perd de la sensibilité. Moi je le mettrais en tout cas» (G11-P04). Alors qu'un adolescent révèle que des garçons qui ne se sentent pas concernés par les MTS/SIDA ou la grossesse peuvent ne pas s'intéresser à l'utilisation de condoms : «Il y en a qui ne se soucie pas des problèmes que ça peut occasionner, des maladies, n'importe quoi, ou bien de la grossesse. Il y en a qui s'en sacre, tu sais. C'est pas tout le monde qui est pareil. Moi je ne suis pas de même, mais je suis pas mal sûr qu'il y en a qui s'en sacre pas mal» (G11-P03).

Finalement, parmi les nouveaux propos avancés par les adolescents, on remarque que certains admettent que le fait d'avoir une relation amoureuse stable avec une partenaire diminue la part

de responsabilité du garçon à l'égard de la contraception et en conséquence, les partenaires cessent d'utiliser le condom au profit des anovulants : «C'est clair. Quand ça fait un "boute" que t'es avec genre je sais pas me semble que tu te casses pas la tête avec ça [la pilule]. Pour un gars là » (G07-P03) ; «T'a moins de responsabilités» (G07-P07) ; «C'est justement, si t'as plus le goût de prendre des condoms là pis que t'es tout le temps avec» (G07-P01). Dans le même ordre d'idées, un autre participant croit que la responsabilité envers l'utilisation du condom diminue avec l'âge, car «Moi je dis que plus que de même tu vieillis plus que tu te protèges plus (...)» (G03-P04). Il est à noter que certains garçons parlent en leur nom, tandis que d'autres parlent des garçons en général et précisent qu'eux n'agiraient pas de cette manière.

En fin de compte, les adolescentes et les adolescents présentent généralement des croyances similaires lorsqu'ils discutent des méthodes de contraception. Toutefois, les filles et les garçons présentent des croyances divergentes lorsqu'ils abordent certains thèmes. Afin de vérifier si les croyances des jeunes présentent des similitudes ou des différences avec leurs attitudes à l'égard des condoms et des anovulants, il importe d'effectuer différentes analyses statistiques. La section suivante présente ces analyses effectuées à partir de certaines données recueillies à l'aide du questionnaire rempli par les participantes et les participants. Ces analyses permettent de plus de cerner si leurs attitudes diffèrent selon l'expérience sexuelle et le sexe.

4.3 ATTITUDES DES JEUNES À PROPOS DES CONDOMS ET DES ANOVULANTS

Afin d'atteindre le deuxième objectif de la présente recherche, il importe maintenant de vérifier si les attitudes des adolescentes et des adolescents concernant les méthodes contraceptives les plus utilisées par les jeunes (condom et anovulants) varient selon leur expérience sexuelle ou leur sexe. Les scores obtenus aux différents énoncés de chacune des échelles d'attitudes concernant les condoms et les anovulants par les 53 participantes et les 32 participants sont utilisés afin de vérifier cet objectif. Ces échelles se retrouvent à la fin du questionnaire en Annexe C. Différentes analyses statistiques sont alors effectuées pour les filles et pour les garçons en fonction de leur expérience sexuelle (sexuellement actif ou non

actif sexuellement), de leur sexe et de leurs scores aux différentes échelles. Toutes ces analyses sont effectuées à l'aide du logiciel SPSS.

4.3.1 Attitudes des jeunes à l'égard du condom

En vue de circonscrire quelles sont les attitudes des participantes et des participants à l'égard de l'utilisation du condom, une échelle d'attitudes a été utilisée. Cette échelle permet aux adolescentes et adolescents sélectionnés pour cette étude de noter leur niveau d'accord envers neuf avantages et inconvénients qui sont habituellement associés à l'utilisation de cette méthode de contraception. Le Tableau 11 présente neuf énoncés de cette échelle.

Tableau 11

Les attitudes mesurées par l'échelle d'attitudes à l'égard de l'utilisation du condom

Attitudes à l'égard de l'utilisation du condom

Si j'utilisais des condoms durant les quatre prochains mois, cela:

- a) me permettrait d'éviter une grossesse ou d'éviter une grossesse à ma partenaire
- b) me protégerait contre les MTS
- c) me procurerait un sentiment de sécurité
- d) diminuerait mes sensations durant les relations sexuelles
- e) constituerait une méthode contraceptive simple et rapide
- f) nuirait au déroulement naturel de la relation
- g) protégerait mon/ma partenaire contre les MTS
- h) procurerait un sentiment de sécurité à mon/ma partenaire durant les relations sexuelles
- i) diminuerait les sensations de mon/ma partenaire durant les relations sexuelles

Note. Pour chacune des attitudes, les jeunes doivent noter leur niveau d'accord à l'égard des attitudes selon qu'ils sont tout à fait en désaccord (1), plutôt en désaccord (2), ni en accord, ni en désaccord (3), plutôt en accord (4) ou tout à fait en accord (5) avec chacune d'elles.

Afin de déterminer si les attitudes des participantes et des participants à l'égard du condom diffèrent selon leur expérience sexuelle ou leur sexe, des tests de comparaison de moyennes de type Mann-Whitney sont effectués pour chacun des scores moyens obtenus par les filles et les garçons à chacune des attitudes mentionnées ci-haut. Le choix de ce type d'analyse non-paramétrique est nécessaire car une inspection visuelle des distributions des variables suggère que celles-ci ne sont pas distribuées normalement. De plus, des analyses préliminaires permettent d'affirmer que la majorité des variables présentent une homogénéité des variances.

Le Tableau 12 présente les résultats des tests effectués sur chacun des scores moyens d'attitudes des filles et des garçons. D'abord, aucune différence significative n'est trouvée en regard de la variable présence ou absence d'expérience sexuelle et ce, tant pour les filles que pour les garçons. De fait, il semble que les scores moyens obtenus pour chacune des mesures d'attitude ne diffèrent pas selon l'expérience sexuelle des filles ou des garçons. Toutefois, il apparaît que les résultats de trois énoncés se distinguent selon le sexe des participants. Un niveau alpha de .05 a été utilisé pour les tests statistiques. Ainsi, l'attitude des participants stipulant que l'utilisation des condoms «me procurerait un sentiment de sécurité» diffèrent significativement selon leur sexe, Mann-Whitney = 517.0, $p = .001$. De même, l'attitude des participants à l'égard du fait que l'utilisation du condom «diminuerait mes sensations durant les relations sexuelles» diffère significativement selon leur sexe, Mann-Whitney = 543.0, $p = .005$. De plus, l'attitude des participants mentionnant que l'utilisation des condoms «procurerait un sentiment de sécurité à mon/ma partenaire durant les relations sexuelles» diffère significativement selon leur sexe, Mann-Whitney = 518.5, $p = .001$. Enfin, les résultats des analyses concernant les autres attitudes ne sont pas significatifs.

Tableau 12

Résultats des tests de comparaison de moyenne effectuées sur chacun des scores moyens des attitudes à l'égard du condom des participants selon leur expérience sexuelle et leur sexe

| Attitudes | Expérience sexuelle | | | | Sexe | |
|--|---------------------|------|--------------|------|--------------|-------------|
| | Filles | | Garçons | | Mann-Whitney | p |
| | Mann-Whitney | p | Mann-Whitney | p | | |
| Éviter grossesse | 258.00 | .130 | 76.50 | .553 | 802.50 | .632 |
| Me protéger contre MTS | 290.50 | .355 | 82.00 | .824 | 772.00 | .358 |
| Sentiment de sécurité personnel | 284.50 | .277 | 69.50 | .457 | 517.00 | .001 |
| Diminuer mes sensations | 292.00 | .475 | 83.50 | .859 | 543.00 | .005 |
| Méthode simple et rapide | 300.00 | .528 | 53.50 | .101 | 658.00 | .057 |
| Nuire déroulement de la relation | 259.50 | .166 | 47.50 | .062 | 650.00 | .061 |
| Protéger le partenaire contre MTS | 319.00 | .782 | 81.50 | .687 | 819.50 | .716 |
| Sentiment sécurité pour mon partenaire | 282.00 | .241 | 77.00 | .609 | 518.50 | .001 |
| Diminuer sensations de mon partenaire | 288.00 | .619 | 53.00 | .105 | 819.50 | .906 |

Le Tableau 13 pour sa part rapporte les rangs moyens et les sommes de rang associées des variables qui diffèrent significativement selon le sexe des participants. Ce tableau montre que les filles se disent davantage en accord (Rang moyen = 48.25, Somme de rang = 2557) que les garçons (Rang moyen = 32.68, Somme de rang = 1013) avec l'énoncé qui stipule que l'utilisation des condoms «me procurerait un sentiment de sécurité». Par ailleurs, les garçons se positionnent davantage en accord (Rang moyen = 52.53, Somme de rang = 1681) que les filles (Rang moyen = 37.25, Somme de rang = 1974) avec l'assertion énonçant que l'utilisation du condom «diminuerait mes sensations durant les relations sexuelles». Enfin, en ce qui a trait l'énoncé mentionnant que l'utilisation des condoms «procurerait un sentiment de sécurité à mon/ma partenaire durant les relations sexuelles», les filles se disent davantage en accord (Rang moyen = 49.22, Somme de rang = 2608.5) que les garçons (Rang moyen = 32.7, Somme de rang = 1046.5).

Tableau 13

Rangs moyens et sommes des rangs des participants selon leur sexe à l'égard de trois attitudes envers l'utilisation du condom comme méthode de contraception

| Attitudes | Rangs moyens | Sommes des rangs |
|---|--------------|------------------|
| Me procurer un sentiment de sécurité | | |
| Garçons | 32.68 | 1013.00 |
| Filles | 48.25 | 2557.00 |
| Diminuer mes sensations lors des relations sexuelles | | |
| Garçons | 52.53 | 1681.00 |
| Filles | 37.25 | 1974.00 |
| Procurer un sentiment de sécurité à mon/ma partenaire | | |
| Garçons | 32.70 | 1046.50 |
| Filles | 49.22 | 2608.50 |

En ce qui concerne les analyses concernant les avantages et les inconvénients associés à l'utilisation du condom, deux analyses de variance univariée (ANOVA) ont de plus été effectuées pour déterminer si les variables indépendantes sexe et expérience sexuelle ont un effet sur ces attitudes. Pour ce faire, un score d'attitude générale (variable dépendante) à l'égard du condom a été calculé pour chaque sujet à partir de leurs réponses aux neuf avantages et inconvénients en vue d'effectuer ces analyses. Il est à noter que les scores

obtenus aux observations (d), (f) et (i) ont été inversés afin d'observer une cohérence dans l'établissement de ce score moyen. Une analyse psychométrique des neuf énoncés a été effectuée à l'aide du logiciel TestGraf98 (Ramsay, 1998). L'ensemble des résultats obtenus à l'aide de cette analyse d'énoncés non paramétriques permet de conclure que la variable attitude générale à l'égard du condom se comporte bien et ainsi, justifie la poursuite d'analyse pour approfondir les connaissances sur ses qualités psychométriques. Un coefficient de cohérence interne permet alors de constater que les neuf attitudes à l'égard du condom sont bien des mesures fidèles du score moyen d'attitude générale ($\alpha = .78$).

Le Tableau 14 présente les résultats des ANOVAs. Un effet significatif a été trouvé pour une des variables indépendantes. Un niveau alpha de .05 a été utilisé pour les deux tests statistiques. De fait, la variable indépendante sexe a un effet significatif sur la variable dépendante score moyen d'attitude à l'égard du condom, $F(1, 82) = 6,82, p = .011$. En ce qui concerne la variable expérience sexuelle, les résultats ne sont pas significatifs.

Tableau 14

Résultats des analyses de variance univariée entre les variables sexe et expérience sexuelle ainsi que l'attitude générale des jeunes à l'égard du condom

| Variables | <i>df</i> | <i>SC</i> | <i>MC</i> | <i>F</i> | <i>p</i> |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|----------|-------------|
| Sexe | 1 | 2.16 | 2.16 | 6.82 | .011 |
| Expérience sexuelle | 1 | .25 | .25 | .79 | .377 |

Le Tableau 15 montre ensuite les scores moyens des participantes et des participants selon leur expérience sexuelle en regard de leur attitude générale envers le condom. Les filles obtiennent une moyenne d'accord à l'égard des attitudes envers l'utilisation du condom de 4.18 ($ET = .54$) qui est plus élevé que le score moyen des garçons de 3.83 ($ET = .60$). Ainsi, les filles présentent, en moyenne, une attitude plus favorable à l'utilisation du condom alors que les garçons mentionnent, en moyenne, une attitude plutôt neutre.

Tableau 15

Moyennes et écarts-types des participantes et des participants selon leur expérience sexuelle à l'égard de leur attitude générale envers le condom

| Variables | <i>n</i> | Attitudes générales envers le condom | |
|-------------------------|----------|--------------------------------------|------------|
| | | <i>M</i> | <i>ET</i> |
| Garçons | | | |
| Actif sexuellement | 25 | 3.78 | .62 |
| Non actif sexuellement | 7 | 4.02 | .49 |
| Total | 32 | 3.83 | .60 |
| Filles | | | |
| Active sexuellement | 33 | 4.16 | .57 |
| Non active sexuellement | 20 | 4.22 | .49 |
| Total | 53 | 4.18 | .54 |
| Expérience sexuelle | | | |
| Actif sexuellement | 58 | 3.99 | .62 |
| Non actif sexuellement | 27 | 4.17 | .49 |
| Total | 85 | 4.05 | .59 |

4.3.2 Attitudes des jeunes à l'égard des anovulants

Afin de déterminer les attitudes des participantes et des participants à l'égard des anovulants deux échelles d'attitudes sont utilisées. La première échelle s'adresse uniquement aux filles et leur demande d'indiquer leur niveau d'accord en regard de huit avantages et inconvénients associés à l'utilisation de cette méthode de contraception. Le libellé des énoncés explique l'utilisation de ces deux échelles. Les énoncés apparaissent au Tableau 16.

Des tests de comparaison de moyennes de type Mann-Whitney sont également utilisés en vue de déterminer si les attitudes des participantes à l'égard des anovulants diffèrent selon leur expérience sexuelle. Les résultats de ces tests effectués pour chacun des scores moyens obtenus par les filles pour chacune des attitudes concernant les anovulants sont rapportés au Tableau 17. Aucun des scores moyens des adolescentes actives sexuellement ne diffère significativement de ceux des adolescentes n'étant pas actives sexuellement. En somme, il semble que les scores moyens obtenus pour chacune des mesures d'attitude ne diffèrent pas selon l'expérience sexuelle des participantes.

Tableau 16

Les attitudes mesurées par l'échelle d'attitudes s'adressant aux filles à l'égard de l'utilisation des anovulants

| Attitudes des filles à l'égard de l'utilisation des anovulants | |
|--|--|
| Si, au cours des quatre prochains mois, j'utilisais «la pilule», cela: | |
| a) | me permettrait d'éviter une grossesse |
| b) | m'occasionnerait des effets secondaires désagréables |
| c) | me procurerait un sentiment de sécurité |
| d) | serait une méthode contraceptive simple et discrète |
| e) | pourrait entraîner des risques pour ma santé |
| f) | me permettrait d'avoir l'esprit tranquille, d'être moins stressée |
| g) | procurerait un sentiment de sécurité à mon partenaire |
| h) | permettrait à mon partenaire d'avoir l'esprit tranquille, d'être moins stressé |

Tableau 17

Résultats des tests de comparaison de moyenne effectuées sur chacun des scores moyens des attitudes à l'égard des anovulants des filles selon leur expérience sexuelle

| Attitudes | Mann-Whitney | <i>p</i> |
|--|--------------|----------|
| Éviter une grossesse | 292.0 | .475 |
| M'occasionner des effets-secondaires | 271.0 | .337 |
| Sentiment de sécurité personnel | 245.0 | .074 |
| Méthode simple et discrète | 271.5 | .285 |
| Risqués pour ma santé | 304.5 | .765 |
| Me permettre d'avoir l'esprit tranquille | 284.5 | .443 |
| Sentiment de sécurité à mon partenaire | 255.5 | .156 |
| Permettre à mon partenaire d'avoir l'esprit tranquille | 252.5 | .147 |

En ce qui concerne la deuxième échelle d'attitudes utilisée, elle s'adresse uniquement aux garçons et a comme objectif de connaître leurs attitudes à l'égard de l'utilisation d'anovulants par leur partenaire comme méthode de contraception. Tout comme pour les filles, les garçons doivent indiquer leur niveau d'accord au sujet de neuf assertions concernant huit avantages et inconvénients qui sont associés à l'utilisation de cette méthode de contraception. Le Tableau 18 présente les huit énoncés.

Tout comme pour les deux groupes de filles, des tests de comparaison de moyennes de type Mann-Whitney sont utilisés en vue de déterminer si les attitudes des participants à l'égard des

anovulants diffèrent selon leur expérience sexuelle. Le Tableau 19 montre les résultats de ces tests. Un niveau alpha de .05 a été utilisé pour les tests statistiques. Il apparaît que l'attitude des garçons mentionnant que l'utilisation des anovulants «occasionnerait des effets secondaires à ma partenaire» diffère significativement selon leur expérience sexuelle, Mann-Whitney = 42.0, $p = .028$. Finalement, les résultats des analyses concernant les autres attitudes ne sont pas significatifs.

Tableau 18

Les attitudes mesurées par l'échelle d'attitudes s'adressant aux garçons à l'égard de l'utilisation des anovulants

| Attitudes des garçons à l'égard de l'utilisation des anovulants | |
|--|--|
| Si, au cours des quatre prochains mois, j'utilisais «la pilule», cela: | |
| a) | nous permettrait d'éviter une grossesse |
| b) | occasionnerait des effets secondaires à ma partenaire |
| c) | me procurerait un sentiment de sécurité |
| d) | serait une méthode contraceptive simple et discrète |
| e) | Pourrait entraîner des risques pour la santé de ma partenaire |
| f) | me permettrait d'avoir l'esprit tranquille, d'être moins stressé |
| g) | procurerait un sentiment de sécurité à ma partenaire |
| h) | permettrait à ma partenaire d'avoir l'esprit tranquille, d'être moins stressée |

Tableau 19

Résultats des tests de comparaison de moyenne effectuées sur chacun des scores moyens des attitudes à l'égard des anovulants des garçons selon leur expérience sexuelle

| Attitudes | Mann-Whitney | p |
|---|--------------|-------------|
| Éviter une grossesse | 76.0 | .517 |
| Occasionner des effets secondaires à ma partenaire | 42.0 | .028 |
| Me procurer un sentiment de sécurité | 69.0 | .355 |
| Méthode simple et discrète | 78.0 | .629 |
| Risqués pour la santé de ma partenaire | 75.0 | .547 |
| Me permettre d'avoir l'esprit tranquille | 68.0 | .329 |
| Sentiment de sécurité à ma partenaire | 80.0 | .699 |
| Permettre à ma partenaire d'avoir l'esprit tranquille | 75.5 | .539 |

Le Tableau 20 présente pour sa part les rangs moyens et les sommes de rang associées à la variable qui diffère significativement selon l'expérience sexuelle des participants. De fait, les

garçons n'étant pas actifs sexuellement se disent davantage en accord (Rang moyen = 23, Somme de rang = 161) que les garçons actifs sexuellement (Rang moyen = 14.68, Somme de rang = 367) en ce qui a trait avec l'assertion qui énonce que l'utilisation des anovulants «occasionnerait des effets secondaires à ma partenaire».

Tableau 20

Rangs moyens et sommes des rangs des garçons selon leur expérience sexuelle à l'égard d'une attitude envers l'utilisation d'anovulants par leur partenaire comme méthode de contraception

| Attitude | Rangs moyens | Sommes des rangs |
|---|--------------|------------------|
| Occasionner des effets secondaire à ma partenaire | | |
| Actif sexuellement | 14.68 | 367.00 |
| Non actif sexuellement | 23.00 | 161.00 |

De plus, des tests de comparaison de moyennes de type Mann-Whitney sont utilisés en vue de déterminer si les attitudes des participants à l'égard des anovulants diffèrent selon leur sexe. Le Tableau 21 illustre les résultats de ces tests. Un niveau alpha de .05 a été utilisé. Il apparaît que l'attitude des participants stipulant que l'utilisation des anovulants «me procurerait un sentiment de sécurité» diffère significativement selon leur sexe, Mann-Whitney = 616.0, $p = .020$. Finalement, les résultats concernant les autres attitudes ne sont pas significatifs.

Tableau 21

Résultats des tests de comparaison de moyenne effectuées sur chacun des scores moyens des attitudes à l'égard des anovulants des participants selon leur sexe

| Attitudes | Mann-Whitney | p |
|--|--------------|-------------|
| Éviter une grossesse | 780.50 | .537 |
| M'occasionner des effets secondaires | 763.50 | .512 |
| Sentiment de sécurité personnel | 616.00 | .020 |
| Méthode simple et discrète | 759.00 | .440 |
| Risqués pour ma santé | 813.50 | .860 |
| Me permettre d'avoir l'esprit tranquille | 721.50 | .253 |
| Sentiment de sécurité à mon partenaire | 777.50 | .565 |
| Permettre à mon partenaire d'avoir l'esprit tranquille | 739.50 | .341 |

Le Tableau 22 montre quant à lui les rangs moyens et les sommes de rang associées à l'énoncé

qui stipule que l'utilisation des anovulants «me procurerait un sentiment de sécurité» et ce, selon le sexe des participants. De fait, les filles se disent davantage en accord avec cette assertion (Rang moyen = 46.65, Somme de rang = 2426) que les garçons (Rang moyen = 35.75, Somme de rang = 1144).

Tableau 22

Rangs moyens et sommes des rangs des participants selon leur sexe à l'égard d'une attitude envers l'utilisation d'anovulants comme méthode de contraception

| Attitude | Rangs moyens | Sommes des rangs |
|--------------------------------------|--------------|------------------|
| Me procurer un sentiment de sécurité | | |
| Garçons | 35.75 | 1144.00 |
| Filles | 46.65 | 2426.00 |

En ce qui concerne les analyses concernant les avantages et les inconvénients associés à l'utilisation des anovulants, deux analyses de variance univariée (ANOVA) ont de plus été effectuées pour déterminer si les variables indépendantes sexe et expérience sexuelle ont un effet sur ces attitudes. Pour ce faire, un score d'attitude générale (variable dépendante) à l'égard des anovulants a été calculé pour chaque sujet à partir de leurs réponses aux huit avantages et inconvénients en vue d'effectuer ces analyses. Il est à noter que les scores obtenus aux observations (d), (f) et (i) ont été inversés afin d'observer une cohérence dans l'établissement de ce score moyen. Une analyse psychométrique des huit énoncés a été effectuée à l'aide du logiciel TestGraf98 (Ramsay, 1998). L'ensemble des résultats obtenus à l'aide de cette analyse d'énoncés non paramétriques permet de conclure que la variable attitude générale à l'égard des anovulants se comporte bien et, ainsi, justifie la poursuite d'analyse pour approfondir les connaissances sur ses qualités psychométriques. Un coefficient de cohérence interne permet alors de constater que les huit attitudes à l'égard des anovulants sont bien des mesures fidèles du score moyen d'attitude générale ($\alpha = .78$).

Le Tableau 23 présente les résultats des ANOVAs. Aucune différence significative n'est trouvée et ce, pour chacune des variables indépendantes (sexe et expérience sexuelle).

Tableau 23

Résultats des analyses de variance univariée entre les variables sexe et expérience sexuelle ainsi que l'attitude générale des jeunes à l'égard des anovulants

| Variables | <i>df</i> | <i>SC</i> | <i>MC</i> | <i>F</i> | <i>p</i> |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|
| Sexe | 1 | .541 | .541 | 1.827 | .180 |
| Expérience sexuelle | 1 | .463 | .463 | 1.566 | .214 |

Pour conclure ce chapitre, il importe de rappeler les résultats les plus probants ainsi que certaines des constances et des différences qui existent entre les résultats des volets qualitatif et quantitatif. Rappelons d'abord que les adolescentes et les adolescents présentent généralement des croyances similaires lorsqu'on les interroge au sujet des méthodes de contraception. Il importe par la suite de noter que les filles et les garçons présentent des croyances divergentes lorsqu'ils abordent les thèmes des caractéristiques de la relation entre les partenaires, des caractéristiques personnelles et le thème de la responsabilité contraceptive en fonction du sexe du partenaire.

En ce qui concerne le volet quantitatif, rappelons en premier lieu que les jeunes qui possèdent ou non de l'expérience sexuelle présentent généralement les mêmes attitudes à l'égard de l'utilisation des anovulants ou des condoms. Certains résultats de ce volet viennent par la suite appuyer ceux du volet qualitatif alors que d'autres présentent des différences. De fait, il appert qu'à l'instar des résultats rapportés lors de l'analyse qualitative, les attitudes des jeunes à l'égard des anovulants ne diffèrent généralement pas selon le sexe. Notons ensuite que, contrairement aux résultats de l'analyse qualitative, les analyses statistiques à propos des attitudes des jeunes à l'égard de l'utilisation des condoms montrent que certaines de ces attitudes diffèrent significativement selon le sexe, soit que l'utilisation du condom «me procurerait un sentiment de sécurité», «diminuerait mes sensations durant les relations sexuelles» et «procurerait un sentiment de sécurité à mon/ma partenaire durant les relations sexuelles». Ces analyses montrent de plus que l'attitude générale des filles à l'égard des condoms diffère de celle des garçons, ce qui ne paraissait pas lors du volet qualitatif.

Le chapitre suivant expose finalement les principales interprétations des résultats des analyses qualitatives et quantitatives présentés dans cette section.

CHAPITRE 5

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

La grossesse à l'adolescence demeure un enjeu social considérable au Québec (Secrétariat à la condition féminine, 1997; 2000). Afin de prévenir les grossesses non planifiées à l'adolescence, chercheuses et chercheurs orientent leurs études vers les pratiques contraceptives des jeunes. Certains pointent l'influence de certains déterminants psychosociaux sur les pratiques préventives des jeunes, alors que d'autres proposent des modèles de prédiction du comportement, plus ou moins complexes, présentant un cadre de référence préconçu à partir duquel les adolescentes et adolescents doivent se prononcer. La présente étude utilise un cadre d'analyse qui permet de prendre en compte certains déterminants psychosociaux ainsi que de rendre compte de la manière dont les participantes et les participants organisent eux-mêmes les dimensions qu'ils jugent pertinentes dans leur utilisation de méthodes contraceptives.

La théorie des rapports sociaux de sexe est utilisée ici pour cerner si les croyances des adolescentes et des adolescents à l'égard de la contraception sont influencées par des normes sociosexuelles asymétriques et androcentriques et de vérifier si leurs attitudes à l'égard des méthodes contraceptives dépendent de leur sexe et de leur expérience sexuelle (sexuellement actif ou non). Pour ce faire, il s'agit de répondre aux trois objectifs suivants : 1) explorer si, à travers leurs discours, les adolescentes et les adolescents se représentent la contraception comme étant sous la responsabilité des filles ; 2) évaluer si leurs attitudes contraceptives varient selon le type de relation entre les partenaires (occasionnelle ou stable) ainsi que ; 3) d'identifier les convergences et les divergences en ce qui a trait aux croyances et aux attitudes des adolescentes et des adolescents à l'égard de la contraception. Le but ultime de l'étude était de dégager de nouvelles pistes de réflexion, permettant d'orienter et d'enrichir les stratégies d'intervention afin de prévenir les grossesses non planifiées à l'adolescence.

5.1 LES NORMES SOCIOSEXUELLES ET LES CROYANCES

Cette étude montre en premier lieu que les croyances des participantes et des participants sont influencées par les rapports sociaux de sexe. Par conséquent, les propos des adolescentes et des adolescents paraissent généralement teintés par certaines normes sociosexuelles, telles qu'elles ont été conceptualisées par le groupe de chercheurs américains formé de Michaela Hynie, John Lyndon et Ali Taradash (1995; 1997) ainsi que le groupe de chercheurs québécois formé de Joseph Lévy, Joanne Otis et Jean-Marc Samson (1996 ; 1999).

D'abord, il importe de rappeler que la première norme sociosexuelle suppose que les comportements sexuels se doivent d'être définis selon le type d'engagement (relation occasionnelle ou stable) entre les partenaires et que ce sont les filles qui ont la responsabilité de déterminer le moment où la relation devient stable et de choisir la méthode de contraception employée par le couple (Hynie, Lyndon & Taradash, 1997). Il appert que cette norme s'applique en ce qui concerne les croyances et les attitudes des adolescentes et des adolescents à l'égard des méthodes de contraception. En effet, les jeunes parlent abondamment de l'influence du type de relation sexuelle qu'ils entretiennent avec leur partenaire quand survient le moment de déterminer la méthode contraceptive à employer.

Les propos des garçons et des filles divergent toutefois quelque peu en ce qui concerne le type de méthode de contraception à préconiser en fonction du type de relation sexuelle envisagée. Ainsi, les garçons mentionnent que l'utilisation des condoms se circonscrit davantage dans le contexte des premières relations sexuelles du couple et ce, parce qu'ils offrent une contraception à la fois prophylactique et contraceptive tandis que les anovulants s'utilisent uniquement dans le cadre d'une relation stable avec une partenaire régulière. Ce faisant, lorsque la relation est stable, les garçons tendent à transférer la responsabilité contraceptive aux filles alors que, lorsque le couple préconisait l'utilisation du condom, cette responsabilité leur paraissait davantage conjointe. Les filles pour leur part précisent qu'il est primordial d'utiliser le condom systématiquement lors des relations sexuelles et ce, parce que la protection recherchée par ce moyen est plutôt prophylactique que contraceptive. De plus, elles

spécifient qu'à ce moment, les garçons devraient avoir la responsabilité de se procurer les condoms et de les utiliser. Cependant, les filles mentionnent comme les garçons laisser tomber le condom au profit des anovulants lorsqu'elles connaissent plusieurs relations sexuelles avec le même partenaire. Les filles se disent alors conscientes qu'elles visent ainsi une protection uniquement contraceptive et qu'elles en ont entièrement la responsabilité. Il est à noter que les intervalles de temps proposés par les garçons visant à abandonner le condom au profit des anovulants sont plus courts que ceux avancés par les filles. Cela nous amène à postuler, dans le même sens que Marie Drolet (1995) et Constance Nathanson (1991), que les garçons utiliseraient entre autres des stratégies de communication persuasives afin de ne plus utiliser le condom. Le discours des jeunes à propos de leurs perceptions de la responsabilité contraceptive conjointe par les deux partenaires semble aller de pair avec leur vision de cette responsabilité contraceptive en lien avec le type d'engagement entre les partenaires. De plus, les filles et les garçons mentionnent adhérer à la division normative des rôles selon le sexe en ce qui a trait à leur responsabilité contraceptive. Ainsi, les filles seraient responsables des anovulants alors que les garçons ne s'occuperaient que du condom. Toutefois, il appert que ce sont les filles qui doivent prendre la responsabilité du condom si elles misent sur une protection à la fois prophylactique et contraceptive.

Par la suite, il apparaît que la deuxième norme sociosexuelle, soit que les adolescentes choisissent de ne pas aborder le sujet de la contraception afin de ne pas se voir attribuer une réputation péjorative, n'apparaît pas comme une croyance mentionnée par les jeunes. Au contraire, aucun garçon n'avance cette conclusion alors que certaines filles mentionnent que la réputation du partenaire peut témoigner de son expérience sexuelle. Cependant, elles accolent cette réputation uniquement à certains garçons en ce qui a trait au risque d'être porteur d'une MTS. Il apparaît alors que la réputation du partenaire n'est pas un élément compris dans les prises de position de la majorité. Les jeunes pointent davantage des facteurs tels que la disponibilité des contraceptifs, les effets secondaires rattachés à leur utilisation ou, à quelques occasions, des caractéristiques personnelles comme le fait d'être une personne impulsive ou non responsable. À l'instar des résultats rapportés par Marie Drolet (1996), certaines filles de l'étude mentionnent avoir conscience de la présence des rapports sociaux de sexe qui colorent le discours des garçons lorsque ceux-ci tentent d'influencer leur partenaire concernant le type

de méthode de contraception à utiliser ou non. Elles mentionnent utiliser des stratégies en conséquence. De fait, certaines prennent des anovulants malgré l'absence de relation stable au cas où elles seraient confrontées à un partenaire ne désirant pas utiliser de condom, tandis que d'autres, placées devant cette condition, refusent tout rapport sexuel. Les propos des adolescentes ayant participé à cette étude viennent alors nuancer les conclusions de Hortensia Amaro (1995) concernant la passivité sexuelle des filles. En conséquence, il appert que les filles s'attribuent la responsabilité de faire respecter leur choix en matière de contraception, car elles ne peuvent pas toujours compter sur la collaboration de leur partenaire.

À l'encontre de la troisième norme sociosexuelle énoncée par Joseph Lévy, Joanne Otis et Jean-Marc Samson (1996; 1999), les participantes et les participants de l'étude n'associent pas de manière significative leur choix d'utiliser une méthode de contraception plutôt qu'une autre au degré d'engagement qu'ils ressentent à l'égard de leur partenaire. De façon générale, très peu ont choisi d'aborder le thème des moyens de contraception sous l'angle des facteurs individuels et émotionnels. Cela pourrait s'expliquer par le type de cueillette de données en groupe qui peut influencer la nature des thèmes abordés, par la présence de plusieurs jeunes dans les groupes, par la limite de temps accordée pour chaque thème abordé par l'étude, par le fait que cette étude utilisait le matériel déjà récolté pour répondre aux objectifs de l'étude principale ou bien par l'absence de conscientisation des jeunes à l'influence des facteurs individuels et à l'égard de leurs croyances. Ces jeunes avancent majoritairement des facteurs sociaux, économiques ou physiques afin d'expliquer ce qui les mène à utiliser ou non une méthode contraceptive. À titre d'exemple, rappelons que les garçons et les filles mentionnent que le coût associé à l'achat des condoms devient une barrière importante à son utilisation, alors qu'ils ne font pas ce lien en ce qui concerne l'utilisation des anovulants. En prenant en compte la situation économique des jeunes, il devient possible de voir que les jeunes vont préférer croire qu'utiliser des anovulants est plus avantageux que d'utiliser des condoms. Ce facteur économique tend à favoriser la responsabilité unique des adolescentes à se procurer et à utiliser les anovulants. Cela coïncide alors avec les perceptions des jeunes de l'étude concernant la responsabilité contraceptive selon le sexe des partenaires. De fait, ils mentionnent majoritairement que les anovulants sont uniquement sous la responsabilité des filles.

5.2 LES PRISES DE POSITION SELON LE SEXE

Cette étude montre ensuite que les croyances des adolescentes et des adolescents à l'égard de la contraception se regroupent sous six grandes catégories, soit les caractéristiques de la relation entre les partenaires, les caractéristiques personnelles des participantes et des participants, leurs perceptions de l'accessibilité des moyens contraceptifs, leurs croyances à l'égard des condoms et celles à propos des anovulants ainsi que leurs perceptions en regard de la responsabilité contraceptive selon le sexe des partenaires. Les croyances des filles et des garçons se recoupent largement pour tous ces thèmes abordés. Certaines différences apparaissent toutefois dans leurs prises de position respectives. De fait, il importe de noter que l'intérêt des jeunes à échanger autour des différents thèmes se différencie selon le sexe des participantes et des participants. Cela permet d'avancer, à l'instar de Hortensia Amaro (1995), de Marie Drolet (1996) et de Constance Nathanson (1991), que le sexe des individus semble influencer leurs croyances lorsque vient le moment pour eux de déterminer quelle pratique préventive utiliser pour éviter une grossesse non planifiée et précoce.

Le jugement sexuellement différencié apparaît présent d'abord en ce qui a trait aux croyances des jeunes entourant les caractéristiques de la relation entre les partenaires. Ainsi, les préoccupations des filles concernent davantage la fidélité de leur partenaire alors que les garçons sont davantage inquiétés par le risque de contracter une MTS. Ces préoccupations différentes peuvent s'expliquer par la pratique du *deux poids, deux mesures* en ce qui a trait à la sexualité (Hynie, Lyndon & Taradash, 1997). D'une part, cette règle permet aux garçons de se positionner en tant qu'acteurs ayant des comportements sexuels et des craintes concernant les conséquences de ces comportements. D'autre part, cette règle sous-entend que la sexualité des filles est souvent niée ou son expression découragée. Par conséquent, les jeunes filles perdurent à se positionner en fonction des comportements de leur partenaire. Ce faisant, elles se trouvent dans un rôle passif. Toutefois, il importe de souligner que ce ne sont pas toutes les adolescentes qui adhèrent à ce rôle.

Le deuxième thème abordé par les jeunes, soit les caractéristiques personnelles des participantes et des participants pouvant influencer leurs comportements préventifs à l'égard de la grossesse adolescente, n'est pas traité de la même manière par les garçons et les filles. Pour les premiers, une conscientisation à l'égard de leur responsabilité en matière de contraception s'avère primordiale afin qu'ils agissent pour éviter des conséquences associées à la non utilisation d'une méthode de contraception. Pour les filles, la caractéristique personnelle qui apparaît la plus susceptible d'éviter la non utilisation d'une méthode de contraception est l'inflexibilité. Il devient alors possible de croire que les adolescentes qui ne possèdent pas ce trait de caractère sont plus à risque de se laisser influencer par leur partenaire. Cette conclusion va dans le même sens que les propos présentés précédemment par la chercheuse Marie Drolet (1995). Ainsi, à l'instar de cette auteure et en supposant la présence des rapports sociaux de sexe (Daune-Richard & Devreux, 1992; Delphy, 2000; Kergoat, 2000), il est possible de croire, comme Constance Nathanson (1991), que les garçons peuvent en venir à convaincre leur partenaire d'utiliser une méthode de contraception plutôt qu'une autre ou bien de s'en passer tout court.

Les perceptions de l'accessibilité des méthodes de contraception représentent le troisième thème abordé spontanément par les filles et les garçons. De façon générale, les garçons discutent majoritairement du condom alors que les filles discutent davantage des anovulants mais aussi des autres méthodes de contraception, dont le condom. Il apparaît donc que les jeunes de l'étude traitent ce thème de manière différenciée selon leur sexe. À titre d'exemple, il importe de rappeler que les garçons ont développé des stratégies afin de se procurer gratuitement des condoms et que les filles connaissent celles visant à obtenir des anovulants à coût moindre. Cela amène à postuler que la sensibilisation à l'égard des méthodes de contraception paraît différenciée selon le sexe. Les filles se sentiraient davantage interpellées et surtout concernées par les anovulants alors que l'intérêt des garçons serait suscité davantage par les condoms. Toutefois, il semblerait que les filles se sentent concernées par la contraception en général compte tenu qu'elles abordent plusieurs facettes de ce thème.

En ce qui concerne le quatrième thème abordé par les jeunes, soit les croyances associées à l'utilisation du condom, les filles et les garçons en discutent généralement dans le même

sens. De fait, ils identifient habituellement les mêmes effets secondaires associés à l'utilisation du condom. Toutefois, ils n'accordent pas l'importance aux mêmes effets. Ainsi, les garçons avancent majoritairement que l'utilisation du condom nuit au déroulement de la relation et qu'elle présente des complications. Ils ont davantage une représentation négative de son utilisation car ils énoncent majoritairement les désavantages qui sont associés à cette méthode. Pour les filles, cependant, le condom représente une méthode efficace mais le choix de cette méthode peut nuire également au déroulement de la relation. De fait, il devient possible de concevoir que, si le garçon choisit de faire pression sur sa partenaire pour ne pas utiliser de contraceptif, celle-ci, d'accord avec le fait que l'utilisation du condom est incommode, pourra se laisser convaincre de ne pas l'utiliser. Ce constat va alors de pair avec la conclusion rapportée par Constance Nathanson (1991) qui propose que lorsque le garçon n'est pas d'accord pour utiliser un préservatif, le couple choisit souvent la non-protection au lieu d'une autre méthode de contraception.

De manière générale, les propos des filles et des garçons à l'égard de leurs croyances associées aux anovulants abordent les mêmes thèmes. Toutefois, il apparaît que ces croyances sont traitées différemment selon le sexe des interlocuteurs. Par exemple, les filles et les garçons ne mettent pas l'accent sur les mêmes effets secondaires pouvant nuire à l'utilisation des anovulants comme méthode de contraception. Ainsi, les filles identifient l'oubli d'un comprimé ainsi que les complications liés aux anovulants comme des barrières importantes à l'utilisation adéquate de cette méthode de contraception. Pour les garçons, ces barrières sont peu mentionnées. De plus, ceux-ci verbalisent plus que les filles ne pas se sentir totalement en sécurité avec cette méthode. Notons cependant que les filles comme les garçons croient majoritairement que la prise d'anovulants est risquée pour la santé des filles. Il semble alors pertinent d'avancer, à la suite de Nathanson (1991), que lorsqu'une adolescente se plaint des effets secondaires associés aux anovulants, son partenaire peut suggérer d'utiliser une autre méthode de contraception. Il importe toutefois de noter que les jeunes mentionnent que les condoms et les anovulants représentent les méthodes les plus employées, les plus économiques et les plus accessibles dans leur environnement. Il devient donc possible de penser que les jeunes se retrouveraient avec peu d'options autre que le coït interrompu ou l'abstinence s'ils choisissent de ne pas utiliser le condom ou les anovulants.

Enfin, il apparaît que le dernier thème abordé par les jeunes participant à l'étude, soit celui de la responsabilité contraceptive, est également traité différemment selon le sexe des participants. Les divergences majeures concernent la responsabilité masculine. En effet, les filles supposent majoritairement que les garçons devraient avoir la responsabilité exclusive des condoms, alors que ce souhait est peu présent chez les garçons. Ces derniers s'accordent cependant avec les filles pour leur attribuer l'entière responsabilité des anovulants mais pas celle des condoms. Il apparaît ensuite que les filles espèrent que les garçons se prennent en mains au sujet de la contraception car elles constatent qu'ils prennent généralement peu leur responsabilité. Ces détails nous amènent à nous questionner sur l'explication sous-entendant les croyances des garçons qui mentionnent que la contraception n'est pas une affaire de filles mais une affaire de couple. Est-ce une réponse toute faite que les garçons ont apprises à la suite de leur cours d'éducation sexuelle ? Est-ce un désir de s'impliquer davantage ? Voici des questions de recherche intéressantes à vérifier dans le futur.

5.3 LES ATTITUDES CONTRACEPTIVES SELON L'EXPÉRIENCE SEXUELLE ET LE SEXE

Cette recherche démontre de plus que, de façon générale, les attitudes des participantes et des participants vis à vis le condom et les anovulants varient peu selon leur expérience sexuelle. Il est à noter qu'étant donné le nombre restreint de participantes et de participants qui ne sont pas actifs sexuellement (respectivement 38,7% et 23,6%), il est plus prudent de parler de tendance en ce qui a trait aux conclusions en lien avec la variable expérience sexuelle. Il appert plutôt que quelques attitudes face au condom et une attitude en regard des anovulants varient en fonction du sexe des participants. Compte tenu que les échelles d'attitudes ont été construites afin que tous les jeunes puissent y répondre, expérience sexuelle ou pas, il apparaît que les conclusions associées aux attitudes des jeunes à l'égard des condoms et des anovulants selon leur sexe rendent plus solides les résultats observés à cet égard.

D'abord, en ce qui concerne les attitudes des jeunes à l'égard des méthodes contraceptives selon leur expérience sexuelle, un seul résultat fait exception à ce qui est susmentionné. De fait, il est démontré que les garçons qui ne sont pas actifs sexuellement croient davantage que

l'utilisation des anovulants occasionne des effets secondaires pour leur partenaire. Ce constat viendrait alors préciser la conclusion de Constance Nathanson (1991) qui postule que si l'adolescente se plaint des effets secondaires associés aux anovulants, son partenaire peut suggérer d'utiliser une autre méthode de contraception, ce qui amènerait le couple à avoir des relations sexuelles non protégées. Par ailleurs, il est intéressant de noter que lors des discussions en *focus group*, les risques pour la santé des filles étaient l'inconvénient le plus souvent mentionné en regard de l'utilisation des anovulants par les garçons et les filles. Le résultat mentionné ci-haut semble indiquer que, pour les garçons de l'étude, cette croyance paraît moins influencer leurs attitudes face aux anovulants lorsqu'ils ont connu une expérience sexuelle. En effet, ils mentionnent que cette méthode de contraception est privilégiée lors des relations sexuelles pour près de la moitié d'entre eux. Toutefois, l'expérience sexuelle n'apparaît pas influencer leurs attitudes vis à vis des condoms. Du côté des filles, l'expérience sexuelle ne paraît pas influencer leurs attitudes à l'égard des anovulants et du condom.

Par la suite, il s'avère que le sexe des participants est une variable qui influence leurs attitudes face aux condoms. En effet, les filles se disent, en moyenne, plutôt en accord avec les avantages et les inconvénients associés à l'utilisation du condom alors que les garçons mentionnent, en moyenne, être ni en désaccord ni en accord avec ces inconvénients et avantages. Cependant, lorsque l'on confronte ce constat aux prises de position au sujet des condoms énoncées par les jeunes dans les *focus groups*, on remarque que les filles et les garçons apparaissent préoccupés par l'ensemble des avantages et inconvénients associés à cette méthode de contraception. Ce constat semble signaler que les croyances des garçons au sujet des condoms n'interviennent pas systématiquement dans leurs pratiques d'utilisation, alors que les attitudes des filles à ce propos apparaissent plus influencées par leurs croyances. Cela nous porte à croire que le jugement sexuellement différencié, originaire des rapports sociaux de sexe, est présent dans le processus d'intégration des croyances liées aux comportements en matière de contraception.

Spécifiquement, trois attitudes des filles vis à vis des condoms se distinguent de celles des garçons. Ainsi, les filles croient, davantage que les garçons, que l'utilisation du condom va leur procurer un sentiment personnel de protection contre la grossesse non planifiée et les

MTS/SIDA. De même, elles disent plus que les garçons que l'utilisation des condoms assure également un sentiment de sécurité au partenaire. Ces résultats vont dans le même sens que ceux observés préalablement dans l'analyse de discours. Les garçons mentionnent par la suite être plus en accord que les filles avec le fait que l'utilisation du condom diminue les sensations des partenaires. Il importe cependant de noter que lors de l'analyse du discours, il est apparu que les filles étaient elles aussi préoccupées par cet inconvénient. Cela laisse supposer que les garçons réagissent davantage à cet inconvénient lorsqu'on leur propose directement. En fin de compte, il apparaît que chez les filles et les garçons qui sont sexuellement actifs, ces croyances et attitudes influencent peu leurs pratiques préventives rapportées car plus de la moitié des filles (59,9%) et près de l'ensemble des garçons (70,2%) de l'échantillon mentionnent utiliser les condoms lors des relations sexuelles.

Finalement, une seule attitude à l'égard des anovulants se distingue selon le sexe des jeunes. Ainsi, les filles mentionnent que l'utilisation d'anovulants comme méthode de contraception leur assure davantage un sentiment personnel de sécurité que les garçons. Cela va de pair avec les données obtenues dans l'analyse des discours des jeunes. Lors des *focus groups*, les garçons avouaient spontanément que le choix des anovulants comme méthode de contraception les menait à vivre de l'insécurité, car ils n'avaient aucun contrôle sur l'utilisation adéquate de cette méthode et elle ne les protégeait nullement contre les MTS/SIDA. Du côté des filles, il est apparu dans l'analyse de discours que cette insécurité se traduisait davantage par la peur d'oublier un comprimé. Compte tenu que les filles sont les seules responsables de l'utilisation adéquate des anovulants, elles savent si elles sont bien protégées ou pas. Toutefois, dans la pratique, les filles qui sont actives sexuellement ne se prévalent pas toutes de cette autonomie, car dans cet échantillon seulement un peu plus d'un tiers (40,9%) utilisent cette méthode de contraception. En ce qui concerne les garçons, il est possible que ceux qui font confiance en leur partenaire acceptent de ne plus utiliser de condom et de se fier aux anovulants. Conséquemment, n'ayant pas de contrôle sur l'utilisation adéquate de cette méthode, ils ne s'en préoccuperaient pas et toute la responsabilité reviendrait aux filles.

À la lumière des résultats de cette étude et en s'appuyant sur la thèse de Anne-Marie Daune-Richard et Anne-Marie Devreux (1992) qui avance que les rapports sociaux de sexe indiquent les formes et les modalités qu'emprunte le rapport social dans l'espace social ainsi que ses spécifications, il est à propos de dire que les rapports sociaux de sexe influencent les croyances et attitudes des jeunes au sujet de la contraception. En fin de compte, il importe de considérer les répercussions importantes de cela pour la prévention de la grossesse à l'adolescence.

5.4 SUGGESTIONS POUR LA PRÉVENTION

Les croyances et des attitudes des adolescentes et des adolescents à l'égard de la contraception qui ont été analysées dans la présente étude permettent de dégager certaines pistes de réflexion qui permettraient d'orienter et d'enrichir les actions préventives en regard de la grossesse à l'adolescence. À l'instar des données recensées dans la littérature, il apparaît que les connaissances des adolescentes et des adolescents en matière de contraception sont bonnes. En effet, les jeunes connaissent bien les différents inconvénients et avantages associés aux condoms et aux anovulants, soit les méthodes de contraception qu'ils privilégient. Par contre, la hausse du taux de grossesses à l'adolescence et celle du taux d'IVG démontrent que l'utilisation de ces méthodes demeure problématique pour les adolescentes et les adolescents et ce, malgré les différentes mesures préventives mises en place. Il devient ainsi intéressant de prendre en compte les opinions des adolescentes et des adolescents en matière de contraception afin de mieux circonscrire les défaillances de ces mesures préventives.

Les programmes de prévention ou cours de sexualité offerts aux jeunes pour contrer le phénomène des grossesses précoces non planifiées sont souvent basés sur la diffusion d'information. Ces renseignements émanent des écrits scientifiques qui ne prennent habituellement pas en compte les rapports sociaux de sexe et les normes sociosexuelles androcentriques et asymétriques qu'ils véhiculent. Ce faisant, les informations transmises au sujet de la contraception peuvent renforcer la pratique du jugement sexuellement différencié. Par exemple, on associe les condoms aux garçons et les anovulants aux filles. Conséquemment, les garçons et les filles se sentent davantage concernés par les méthodes de

contraception qui leur sont associées. Cela les mène alors à ne se responsabiliser qu'envers une partie des pratiques préventives disponibles. Donc, la responsabilisation en matière de contraception n'est pas la même si l'on considère le sexe des jeunes.

La présente étude montre que certaines filles sont bien conscientes des rapports sociaux de sexe ainsi que des normes sociosexuelles et du jugement sexuellement différencié qui en découlent. C'est pourquoi quelques-unes réclament que les garçons se responsabilisent et participent davantage aux pratiques contraceptives. Pour ce faire, elles citent différents moyens que peuvent employer les garçons, dont le partage des coûts associés aux condoms et aux anovulants. Toutefois, il n'en demeure pas moins que la majorité des filles se représentent la contraception comme une affaire de sexe, soit que les filles doivent s'occuper des anovulants alors que les garçons doivent se consacrer aux condoms. Donc, si les mesures préventives visaient à ne plus associer le sexe des utilisateurs aux méthodes de contraception, les adolescentes et les adolescents se responsabiliseraient à la fois vis à vis des condoms et des anovulants.

Nonobstant l'influence des rapports sociaux de sexe en ce qui concerne la responsabilité contraceptive selon le sexe des partenaires, il importe de rappeler que les rapports sociaux de sexe viennent teinter les croyances et les attitudes des jeunes à l'égard de la contraception. Cela démontre que les mesures préventives mises en place concernant le phénomène de la grossesse à l'adolescence devraient intervenir en déconstruisant les croyances erronées des jeunes qui peuvent mener à l'utilisation inadéquate des méthodes de contraception. Cela favoriserait la mise sur pied de nouvelles croyances épurées des normes sociosexuelles androcentriques et asymétriques. De plus, cette reconstruction des savoirs faciliterait l'égalité entre les adolescentes et les adolescents.

Enfin, il serait pertinent que les programmes de prévention de la grossesse à l'adolescence ou les cours d'éducation sexuelle prennent davantage en compte le contexte social entourant les pratiques préventives des jeunes. Ainsi, les caractéristiques de la relation entre les partenaires ainsi que l'accessibilité des méthodes de contraception devraient être abordées avec les jeunes.

Par exemple, il est apparu dans ce travail que différents facteurs interpersonnels influençaient le choix contraceptif des partenaires, dont le type de relation sexuelle (occasionnel ou stable) entre les partenaires. Ainsi, les pratiques préventives ne seraient plus considérées uniquement en fonction de l'utilisateur et de l'utilisatrice mais bien selon la relation qui existe entre les partenaires sexuels. Cela faciliterait la communication entre les partenaires au sujet de la contraception et mènerait au partage des responsabilités à ce sujet.

5.5 LIMITES DE L'ÉTUDE

La présente étude ne prétend pas cerner en totalité les croyances et les attitudes des adolescentes et des adolescents à l'égard de la contraception. Elle rend compte des propos des jeunes qui ont participé sur une base volontaire aux *focus groups* et qui ont rempli un questionnaire. La participation volontaire des sujets, le nombre restreint de participantes et participants, la taille inégale des *focus groups* ainsi que l'inégalité entre le nombre de jeunes actifs sexuellement et ceux qui ne le sont pas sont des contraintes associées aux études exploratoires. De fait, il est préférable d'envisager le présent travail comme une étude visant à comprendre les pratiques contraceptives des adolescentes et des adolescents de 15 à 18 ans de Québec qui fréquentent l'école secondaire.

Tel qu'il a été mentionné plus tôt, la méthode du *focus group* rend possible une cueillette de données adaptée aux caractéristiques des participantes et participants et fidèles à leur façon de s'approprier la discussion. Cette façon de faire nécessite toutefois que les règles ne soient pas totalement identiques d'une séance à l'autre. Il est à noter que cette limite est amplifiée par la présence d'animatrices et d'observateurs différents. De plus, la procédure de cette méthode peut amener les participants et participantes à ajuster leurs propos à ceux des autres en raison de l'effet de «désirabilité sociale». Ainsi, il est possible de croire qu'une procédure telle que le *focus group* amène peut-être les filles et des garçons à moduler leurs propos lorsqu'ils discutent de sujets personnels comme ceux les méthodes de contraception et des relations sexuelles. De fait, il se pourrait bien qu'ils aient évité de parler d'un thème délicat comme l'absence forcée de protection dans un contexte de violence sexuelle ou de la contraception dans les relations homosexuelles ou lesbiennes. Cette éventualité n'a pas été négligée et a été prise en compte lors de l'élaboration des questions du guide de discussion. Par ailleurs, il

semble que les groupes de jeunes ont tendance à s'autoréguler. Ainsi, à plusieurs reprises des participantes ou des participants ont interrompu ou apostrophé leurs pairs qui avançaient des positions différentes, peu réalistes ou qui ne nuançaient pas leurs opinions.

Enfin, il importe de rappeler que les données qui font l'objet de la présente étude émanent d'une recherche de plus grande envergure (Dufort, Guilbert & St-Laurent, 2000). Cette recherche avait pour objet les représentations sociales de la grossesse à l'adolescence des filles et garçons ainsi que des intervenantes et intervenants oeuvrant auprès de cette clientèle. Ainsi, la chercheuse de ce travail a dû composer avec cet élément afin de vérifier ses objectifs de recherche. Ce travail a été ardu principalement en ce qui concerne l'objectif lié aux normes sociosexuelles.

CONCLUSION

En ce début du troisième millénaire, la grossesse à l'adolescence est souvent dépeinte comme une problématique sociale majeure dans le discours scientifique et populaire. Afin de prévenir les grossesses non désirées à l'adolescence, plusieurs chercheuses et chercheurs se sont questionnés sur les pratiques contraceptives des adolescentes et adolescents. Ainsi, diverses recherches mettent l'accent sur les déterminants psychosociaux du recours à la contraception. Toutefois, plusieurs de ces recherches omettent de prendre en compte l'influence des normes sociales androcentriques en matière de sexualité ainsi que de celle du jugement sexuellement différencié sur les croyances et les attitudes des jeunes à l'égard de la contraception. Dans la présente étude, un cadre d'analyse féministe basé sur la théorie des rapports sociaux de sexe a été utilisé afin d'examiner comment ces croyances et ces attitudes sont teintées par les normes sociosexuelles androcentriques et asymétriques. Ce travail visait à formuler certaines suggestions qui permettraient d'orienter et d'enrichir les stratégies de prévention de la grossesse non désirée à l'adolescence.

La recherche actuelle s'est d'abord attardée sur la manière dont les adolescentes et les adolescents discutent du thème des moyens de contraception. Au terme de la recherche, il ressort que les adolescentes et les adolescents présentent généralement des propos similaires lorsqu'on les interroge au sujet des méthodes de contraception. Toutefois, certaines nuances existent entre les propos des filles et des garçons. Ces nuances sont teintées en partie du fait que les jeunes ont intériorisé les normes sociosexuelles. Ainsi, le sexe des jeunes semble influencer leurs croyances et leurs attitudes lorsque vient le moment pour eux de déterminer quelle pratique préventive utiliser pour éviter une grossesse non planifiée. De fait, les filles se perçoivent davantage comme seules responsables de la contraception (condoms ou anovulants) tandis que les garçons avancent qu'ils sont responsables des condoms et que les filles le sont des anovulants. Toutefois, il importe de noter que ce ne sont pas toutes les adolescentes qui présentent des opinions teintées par ces normes.

Le second objectif de recherche visait pour sa part à connaître l'influence de la présence ou de

l'absence de l'expérience sexuelle des adolescentes et des adolescents sur leurs pratiques préventives en matière de grossesse à l'adolescence. Les résultats obtenus ne mettent pas en relief des différences significatives majeures entre les attitudes des filles ou des garçons ayant de l'expérience sexuelle à l'égard des condoms ou des anovulants de celles et ceux n'en ayant pas. Une attitude des garçons à l'égard des anovulants déroge de ce constat, soit que les garçons qui ne sont pas actifs sexuellement croient davantage que l'utilisation des anovulants occasionne des effets secondaires pour leur partenaire que ceux qui sont actifs sexuellement. Toutefois, l'attitude générale des jeunes à l'égard des condoms, plusieurs attitudes spécifiques à l'égard de l'utilisation des condoms ainsi qu'une attitude à l'égard des anovulants se différencient selon le sexe. Ces différences viennent alors corroborer une fois de plus l'influence des rapports sociaux de sexe dans l'acquisition des croyances et des attitudes à l'égard des méthodes de contraception.

Malgré certaines limites liées principalement aux caractéristiques des recherches exploratoires, la richesse de l'information dégagée dans cette étude suggère l'importance de prendre en compte les points de vue des adolescentes et des adolescents dans l'élaboration d'interventions visant la prévention des comportements sexuels à risque. Enfin, les conclusions de cette étude permettent de rappeler l'importance de ne pas omettre l'influence des rapports sociaux de sexe lors de l'élaboration de telles interventions. Ce faisant, elles misent sur la déconstruction des normes sociosexuelles et du jugement sexuellement différencié. Cela facilitera ainsi l'acquisition de croyances et d'attitudes à l'égard de la contraception exemptes de stéréotypes sexuels et permettra ensuite de miser sur un partage équitable de la responsabilité à l'égard des pratiques préventives à propos de la grossesse à l'adolescence.

RÉFÉRENCES

Albrecht, T.L., Johnson, G.M., & Walther, J.B. (1993). Understanding communication processes in focus groups. Dans D.L. Morgan (Éd.), Successful focus groups : Advancing the state of the art (pp.51-64). Newbury Park, CA : Sage Publications.

Amaro, H. (1995). Love, sex, and power: Considering women's realities in HIV prevention. American-Psychologist, 50, 437-44

American Psychological Association. (1994). Publication Manual of the American Psychological Association (5^e édition). Washington, DC: American Psychological Association.

Anderson Darling, J. Davidson, J.K., & Passarello, L.C. (1992). The Mystique of First Intercourse Among College Youth : The Role of Partners, Contraceptive Practices, and Psychological Reactions. Journal of Youth and Adolescence, 21, 97-117.

Angers, M. (1992). Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines. Montréal, Québec : Les Éditions de la Chenelière.

Ballassone, M.L. (1991). A social learning model of adolescent contraceptive behavior. Journal of Youth and Adolescence, 20, 593-616.

Basquin, M., & Robert, M. (1987). La vie sexuelle des adolescents. Entretiens de Bichat, 203-205.

Bernard, P.M., & Lapointe, C. (1987). Mesures statistiques en épidémiologie. Sillery: Presses de l'Université du Québec.

Bilodeau, A., Forget, G., & Tétreault, J. (1994). Évaluation de l'efficacité d'un programme de prévention des grossesses à l'adolescence : SEXPRIMER pour une sexualité responsable. Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire, 13, 163-177.

Boroditsky, R., Fisher, W., & Saud, M. (1995). The Canadian contraception study. Journal SOGC, 17 (Suppl. 1), 1-29.

Boucher, K. (1999). Les représentations sociales de la grossesse à l'adolescence et sa prévention : une étude auprès d'adolescentes et d'adolescents fréquentant l'école secondaire. Mémoire de Maîtrise, Université Laval, Québec.

Cloutier, R., & Jacques, C. (1996). Étude de facteurs associés à l'implication et à la protection sexuelle chez les adolescents québécois. Revue sexologique, 4, 143-163.

Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement, 20, 37-46.

Collectif Clio, le : Dumont, M., Jean, M., Lavigne, M., & Stoddart, J. (1992). L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles (2^e édition). Montréal : Le jour, éditeur.

Collin, F. (2000). Théories de la différence des sexes. Ds. H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré, D. Senotier (Éds.), Dictionnaire critique du féminisme (pp.26-35). Paris, France : PUF.

Corcoran, J., Franklin, C., & Bell, H. (1997). Pregnancy Prevention from the Teen Perspective. Child and Adolescent Social Work Journal, 14, 365-382.

Cournoyer, M. (1995). Maternité précoce : un passage inédit à l'âge adulte. P.R.I.S.M.E., 5, 266-287.

Cyr, L., Dumas, S., & Guilbert, É. (1996). Les grossesses à l'adolescence et l'interruption volontaire de grossesse à l'adolescence chez la population féminine, régions 03 et 12, 1994. Québec : Centre de santé publique de Québec.

Daune-Richard, A.-M., & Devreux, A.-M. (1992). Rapports sociaux de sexe et conceptualisation sociologique. Recherches féministes, 5, 7-30.

De Beauvoir, S. (1949). Le deuxième sexe. Paris : Gallimard.

Delphy, C. (1998). L'ennemi principal 1/ Économie politique du patriarcat. Paris : Syllepse.

Delphy, C. (2000). Théories du patriarcat. Ds. H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré, D. Senotier (Éds.), Dictionnaire critique du féminisme (pp.141-146). Paris, France : PUF.

Deschamps. (1976). Grossesse et maternité chez l'adolescente. Paris : Édition Centurion.

Dhavernas, M.-J. (1993). Référent et dominant. Cahiers du CÉDREF, 3, 31-38.

DiBlasio, F.A , & Benda, B.B. (1992). Gender Differences in Theories of Adolescent Sexual Activity. Sex Roles, 27, 221-239.

Drolet, M. (1996). L'évaluation d'une intervention préventive auprès d'adolescents et d'adolescentes ou Quand les garçons nous font nous interroger. Service social, 45, 31-60.

Dryburgh, H. (2000). Grossesse chez les adolescentes. Rapports sur la santé, 12, (n° 82-003). Statistique Canada, Gouvernement du Canada.

Dufort, F., Guilbert, É., & St-Laurent, L. (2000). Les représentations sociales de la grossesses à l'adolescence et sa prévention : Au-delà de la pensée magique. Rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale.

Duru-Bella, M. (1994). La «découverte» de la variable sexe et ses implications théoriques dans la sociologie de l'éducation française contemporaine. Nouvelles questions féministes, 15, 35- 68.

Emans, S.J., Estherann, G., Woods, E.R., Smith, D.E., Klein, K., & Merola, J. (1987). Adolescent's compliance with the use of oral contraceptives. JAMA, 257, 3377-3381.

Giroux, S. (1998). Méthodologie des sciences humaines. Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau Pédagogique.

Guilbert, E., Godin, G., Marcoux, S., & Blanchette, C. (1999). Determininats of non adherence to oral contraceptive use 12 months after obtaining an induced abortion. Présentation par affiches: Réunion annuelle de la Société des obstétriciens-gynécologues (Ottawa).

Guillaumin, C. (1992). Sexe, race et pratique du pouvoir : l'idée de nature. Paris : Côté-femmes.

Howell, D. C. (1992). Statistical methods for psychology (3^e édition). Belmont, CA: Duxbury Press.

Horwitz, V.J., McElroy, S.W., & Sanders, S.G. (1991). School-age mothers: Predictors of long-term education and economic outcomes. Pediatrics, 87, 862-867.

Huberman, A.M., & Miles, M. B. (1991). Analyse de données qualitatives. Bruxelles : Éditions de Boeck.

Hynie, M., Lydon, J.E., & Taradash, A. (1997). Commitment, Intimacy, and Women's Perceptions of Premarital Sex and Contraceptive Readiness. Psychology of Women Quarterly, 21, 447-464.

Kergoat, D. (2000). Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe. Ds. H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré, D. Senotier (Éds.), Dictionnaire critique du féminisme (pp.35-44). Paris, France : PUF.

Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L. Howard, M., Miller, B., Sonenstein, F., & Zabin, L. S. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: A review of effectiveness. Public Health Reports, 109, 339-360.

Krueger, R.A. (1994). Focus groups : A practical guide for applied research (2^e édition). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

L'Écuyer, R. (1988). L'analyse de contenu : Notions et étapes. Les méthodes de la recherche qualitative, 49-65. Sillery : PUQ.

L'Écuyer, R. (1990). Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi. Sillery : Presses de l'Université du Québec.

Lefèvre, A. (2000). Les conséquences de la grossesse à l'adolescence : Représentations sociales des adolescentes et des adolescents de trois milieux socioéconomiques. Mémoire de Maîtrise, Université Laval, Québec.

Le Van, C. (1997). Les grossesses adolescentes : drame réel ou incongruité sociale ? Revue de sociologie et d'anthropologie, 3, 139-167.

Le Van, C. (1998). Les grossesses à l'adolescences : normes sociales et réalités vécues. Paris : Éditions L'Harmattan.

Levine Coley, R., & Chase-Lansdale, L. (1998) Adolescent Pregnancy and Parenthood : Recent Evidence and Future Directions. American Psychologist, 53, 152-166.

Lévy, J.J., Otis, J., Samson, J.-M. (1996). Risques face au sida, relations de pouvoir et style de communication sexuelle chez les étudiants des cégeps francophones du Québec. Département de sexologie, Université du Québec à Montréal: Rapport de recherche.

Lévy, J.J., Otis, J., Samson, J.-M. (1999). Risques face au sida, relations de pouvoir et style de communication sexuelle chez les étudiants et étudiantes des cégeps anglophones du Québec. Département de sexologie, Université du Québec à Montréal: Rapport de recherche.

Lhomond, B. (2000). Sexualité. Ds. H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré, D. Senotier (Éds.), Dictionnaire critique du féminisme (pp.200-205). Paris, France : PUF.

Mathieu, N.-C. (2000). Sexe et genre. Ds. H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré, D. Senotier (Éds.), Dictionnaire critique du féminisme (pp.191-200). Paris, France : PUF.

Mayer, R., & Ouellet, F. (1991). Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.

Millet, K. (1971). La politique du mâle. Paris : Stock.

Millward, L.J. (1995). Focus groups. Dans G.M. Breakwell, & C. Fife-Schaw (Éds.), Research methods in psychology (pp. 274-292). London, UK: Sage Publications.

Ministère de la santé et des services sociaux. (1995). Orientations ministérielles en matière de planification des naissances. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.

Monnier, J.-C. (1987). La grossesse chez l'adolescente : l'épidémiologie et les complications. Tempo Médical, Dossiers du Praticien, 282, 37-40.

Morgan, D.L. (1997). Focus groups as qualitative research (2^e édition). Newbury Park, CA : Sage Publications.

Morgan, D.L., & Krueger, R.A. (1993). When to use focus groups and why. Dans D.L. Morgan (Éd.), Successful focus groups : advancing the state of the art (pp.3-19). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Morisson, D. M. (1985). Adolescent contraceptive behavior : A review. Psychological Bulletin, 98, 538-568.

Nathanson, C.A. (1991). Dangerous Passage : The Social Control of Sexuality in Women's Adolescence. Philadelphia, PA : Temple University Press.

Oakley, D., Sereika, S., & Bogue, E.L. (1991). Oral contraceptive pill use after an initial visit to a family clinic. Family Planning Perspectives, 23, 150-154.

Otis, J. (1996). Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection du VIH: bilan d'une décennie de recherches au Québec auprès des adolescentes et des adolescents et des jeunes adultes. Québec : Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la santé et des services sociaux.

Otis, J., Godin, G., Lambert, J., & Pronovost, R. (1991). Étude des déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom chez les adolescents et chez les adolescentes de cinquième secondaire. Greenfield Park : Rapport de recherche.

Petit Robert 1 (2^e édition). (1991). Paris : Dictionnaires Le Robert.

Perrault, M., Bilodeau, A., Marchand, A., Savard, N., Forget, G., & Tétrault, J. (1993). Contraception et prophylaxie chez des jeunes de trois écoles de milieu défavorisé de l'est de Montréal. Revue sexologique, 1, 15-34.

Pleck, J., Sonestain, F., & Ku, L. (1993). Masculinity ideology and its correlates. Dans S. Oskamp et M. Costanzo (Eds.), Gender issues in contemporary society (pp.85-110). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.

Ramsay, J. (1998). TestGraf98. Logiciel. Montréal: Université McGill.

Reiss, I.L. (1971). The double standard in premarital intercourse : A neglected concept. In. B. Lieberman (Ed.), Human sexual behavior : A book of readings (pp.183-190). New York, NY : Wiley.

Ribier, J. (1985). Grossesse à l'adolescence : point de vue du pédiatre. La Semaine des Hôpitaux, 61^{ème} année, 27, 1955-1956.

Richard, L. (1998). NUD*IST 4 : Introductory Handbook. Melbourne: Qualitative Solutions and Research Pty.

Robinson, L.V. W., Watkins-Ferrel, P., Davis Scott, P. & Ruchs-Ross, H.S. (1993). Preventing Teenage pregnancy. Dans D. S. Glenwick et L. A. Jason (Eds), Promoting health and mental health in children, youth, and families (pp.99-124). New York, NY: Springer Publishing Co.

Rochon, M. (1995). Taux de grossesse à l'adolescence, Québec, 1980 à 1993, région sociosanitaire de résidence, 1992-1993. Québec : Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la santé et des services sociaux.

Santé Québec. (1992). Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au SIDA et autres MTS : la population des 15-29 ans. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.

Secrétariat à la condition féminine. (1997). La politique en matière de condition féminine : programme d'action 2000 pour toutes les Québécoises. Québec : Secrétariat à la condition féminine.

Secrétariat à la condition féminine. (2000). Programme d'action 2000-2003 : l'égalité pour toutes les Québécoises. Québec : Secrétariat à la condition féminine.

Simard, G. (1989). Animer, planifier et évaluer l'action: guide d'utilisation de la méthode du group focus. Montréal, Qué: Mondia Éditeurs Inc.

Stewart, D.W., & Shamdasani, P.N. (1990). Focus groups : Theory and practice. Newbury, CA : Sage Publications.

Tabachnick, B. G., & Fidel, L. S. (1996). Using multivariate statistics (3^e édition). New York, NY: HarperCollins College Publishers.

Tesh, R. (1991). Software for qualitative researchers: Analysis needs and program capabilities. Using Computers in Qualitative Research. Sage Publications.

Walby, S. (1990). Theorizing Patriarchy. Oxford: Basil Blackwell.

Walby, S. (1996). The 'Declining Significance' or the 'Changing Forms' of Patriarchy? Dans V. M. Moghadam (Dir). Patriarchy and economic development. Oxford: Clarendon Press, pp. 19-33.

Wilkinson, S. (1999). Focus groups: A feminist method. Psychology of Women Quarterly, 23, 221-244.

ANNEXE A

Guide de discussion s'adressant aux jeunes

Présentation de l'animatrice et de l'observateur

Les remercier de leur présence

Objectifs de la recherche:

On vous a donné un formulaire de consentement. Les objectifs de la recherche y apparaissent. Globalement, il s'agit de savoir ce que vous pensez de la grossesse à l'adolescence et de divers aspects de la prévention. Nous commencerons par une discussion de groupe sur ces thèmes. Ensuite, chacun de vous aura à répondre à un court questionnaire.

Avez-vous des questions sur ce que vous avez lu ou sur le déroulement de la rencontre?

Les faire signer les formules et les récupérer

Consigne à répéter juste avant de commencer le focus-group:

Dans ce groupe de discussion, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Soyez donc très à l'aise d'exprimer **votre opinion**. On est prêt à tout entendre, des points de vue semblables aussi bien que des points de vue différents. Certains d'entre vous sont actifs sexuellement, d'autres ne le sont pas; on veut les opinions des uns et des autres. C'est normal que vous n'ayez pas tous vécu les mêmes choses. Sentez-vous bien à l'aise de donner **votre point de vue**.

Tour de table pour permettre aux personnes de se présenter:

L'animatrice note sur une feuille les prénoms et la position des personnes. Elle remet cette feuille à l'observateur à la fin de la rencontre.

P.S. Vous pouvez sauter les questions identifiées d'un « * » si vous prévoyez manquer de temps.

Thème 1: La grossesse à l'adolescence
(30 minutes)

Sous-thèmes à aborder:

- C'est quoi la grossesse à l'adolescence pour eux
- Réactions personnelles face à la grossesse
- Conséquences (filles et garçons)
- Réactions de l'entourage
- Échanges entre jeunes sur la grossesse
- Désir de grossesse à l'adolescence

Commencer avec la technique des associations de mots:

Inscrivez sur un papier, dans l'ordre dans lequel ils vous viennent à l'esprit:

1. Quels mots ou quelles images vous viennent **spontanément** en tête lorsque je vous dis «grossesse à l'adolescence»?
2. Qu'est-ce que vous avez **écrit sur votre feuille**?
(Les faire par la suite parler à partir des mots énoncés.)
(Au besoin, pour dépasser les clichés, leur demander si c'est vraiment ce qu'eux pensent ou s'ils répètent ce que les adultes disent.)
3. **Questions sur les sous-thèmes:**
 - a) Imaginez que vous apprenez que votre test de grossesse est positif, quelles sont vos **réactions**?
(que le test de grossesse de votre partenaire est positif)
 - b) Selon vous, quelles sont les **conséquences** (positives ou négatives) pour une adolescente d'être enceinte?
 - c) Selon vous, quelles sont les **conséquences** (positives ou négatives) pour un adolescent que sa copine soit enceinte?
 - d) Comment les gens de votre **entourage** réagiraient-ils si vous leur appreniez que vous êtes enceinte ? (amis, parents, copain)
(que votre copine est enceinte)
 - * e) Est-ce qu'il vous arrive de **parler de la grossesse** avec vos ami-e-s ? Si oui, qu'est-ce que vous en dites? Si non, pourquoi n'en parlez-vous pas?
 - f) Est-ce qu'on peut **vouloir un bébé** à l'adolescence?
4. **Si le thème de l'avortement n'a pas été abordé:**
 - g) Ça m'étonne que vous n'avez pas abordé l'avortement! Pourquoi n'en avez-vous pas parlé?

Thème 2: La prévention de la grossesse à l'adolescence

(20 minutes)

Sous-thèmes à aborder:

- C'est quoi la prévention de la grossesse à l'adolescence
- Connaissances des jeunes sur la prévention
- Sources d'information des jeunes
- À qui les jeunes font-ils confiance
- Ce qui influence les jeunes en matière de contraception
- Lien entre paroles et actes

Technique des associations de mots:

1. Inscrivez à l'endos du papier que vous avez déjà utilisé, dans l'ordre dans lequel ils vous viennent à l'esprit, les mots ou images qui vous viennent **spontanément** lorsque je vous dis «prévention de la grossesse à l'adolescence».
- * 2. Que savez-vous sur la **prévention de la grossesse**?
(Dans les cours [formation personnelle et sociale (FPS), de biologie, de religion], est-ce que ce sujet est abordé?)
- * 3. Quelles sont vos **sources d'information**?
(T.V., parents, enseignants, infirmières, amis)
4. À qui faites-vous le plus **confiance**
5. Prenons une situation qui peut arriver à chacun d'entre vous. Vous sortez d'un party avec quelqu'un qui vous plaît beaucoup. Il est possible que vous ayez une relation sexuelle avec cette personne. Qu'est-ce **qui va faire en sorte** que vous vous protégerez ou que vous ne vous protégerez pas? Parmi tout ce que vous avez entendu sur la prévention, qu'est-ce qui va l'emporter dans votre tête à ce moment-là?
6. On pense qu'il y a des différences entre ce que **vous dites et ce que vous faites** en matière de prévention de la grossesse. Qu'en pensez-vous? Pourquoi, qu'est-ce qui se passe?

Thème 3: Les moyens de contraception
(20 minutes)

Sous-thèmes à aborder:

- Méthodes de contraception utilisées
- Avantages et inconvénients
- Méthodes selon le type de relation
- Contraception: affaire de fille
- Barrières à l'utilisation

1. Selon vous, quelles sont les **méthodes contraceptives les plus utilisées** par les jeunes de votre entourage? Pourquoi?
2. Quels **avantages et inconvénients** trouvez-vous aux différents moyens de contraception?
(Pour toi, comme gars (ou fille), c'est quoi les avantages et inconvénients du condom, de la pilule?)
3. Est-ce que vous croyez qu'on doit **changer de méthodes** de contraception **selon le type de relation** (copain régulier, partenaire sexuel occasionnel)?
4. Selon vous, est-ce que la contraception est d'abord une **affaire de fille**?
(S'impliquer comme animatrice: il me semble moi que...; que penser de la pilule pour les gars?)
- * 5. Qu'est-ce qui pourrait vous empêcher d'utiliser régulièrement les méthodes contraceptives (la pilule, le condom) lorsque vous êtes actifs sexuellement?

Autres questions:

- * Trouvez-vous qu'on informe bien les jeunes sur la contraception?

Thème 4: La prévention de la grossesse et les MTS/SIDA**(20 minutes)****Sous-thèmes à aborder:**

- Préoccupation première
- Préoccupation première des partenaires
- Moyens de prévenir les deux

1. Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus, vous **protéger contre les MTS/SIDA ou contre la grossesse?**
2. La ou les **personnes avec lesquelles** vous avez ou pourriez avoir des relations sexuelles, qu'est-ce qui les préoccupent le plus, se protéger contre les MTS/SIDA ou contre la grossesse?
3. Comment, à votre âge, pouvez-vous prévenir, **en même temps**, la grossesse et les MTS / SIDA?

(Avoir recours à des commentaires déstabilisateurs du type:

condom = rupture, glissement, oubli

pilule = délai entre prise et protection, oubli)

En conclusion:

Quelles stratégies pourraient être mises en oeuvre pour favoriser l'utilisation d'une double protection chez les jeunes de votre âge? (Grossesse et MTS / SIDA)

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Protocole de recherche financé par le Conseil Québécois sur la recherche sociale:

«Les représentations de la grossesse à l'adolescence et sa prévention: une étude auprès des intervenant-e-s et des adolescent-e-s de la région de Québec».

1. Introduction

Le projet auquel nous vous demandons de participer porte sur la grossesse à l'adolescence. Les objectifs de ce projet sont de recueillir vos opinions sur la grossesse à l'adolescence, sur les moyens de prévenir les grossesses indésirées et sur vos préoccupations au sujet des maladies transmises sexuellement (MTS).

Nous nous questionnons sur les raisons de ces phénomènes; en particulier, comment les jeunes et les intervenant-e-s qu'ils consultent se représentent-ils-elles l'utilisation des méthodes contraceptives et de prévention des MTS/SIDA? Sur quels points les jeunes et les intervenant-e-s s'entendent-ils-elles ou ne s'entendent-ils-elles pas, lorsqu'ils parlent de prévention de la grossesse à l'adolescence et de prévention des MTS/SIDA?

La nouveauté de cette étude est que nous recherchons tant l'avis des jeunes que des intervenant-e-s, car nous pensons que les uns et les autres ne pensent pas toujours la même chose. Cela pourrait-il avoir une influence sur la façon dont les jeunes utilisent les moyens de prévention de la grossesse et des MTS/SIDA?

2. Procédures

Je suis invité-e à participer à l'étude ci-haut mentionnée. Si j'accepte de participer à cette étude, j'aurai à remplir un court questionnaire sur mes caractéristiques personnelles (âge, sexe, statut marital,...). Je participerai, ensuite, à un focus group, i.e. un groupe de discussion constitué de 10 à 12 jeunes du même sexe que moi et de mon entourage. Ce groupe sera fait à l'endroit où je serai recruté. Durant cette entrevue de groupe, un-e animateur-trice m'invitera à donner mon opinion sur les sujets visés par le projet de recherche. Mon opinion sera toujours considérée comme importante et je pourrai parler seulement quand je le jugerai bon. Chacune des personnes du groupe pourra donner son

avis. Cette entrevue de groupe durera de une à deux heures et sera enregistrée sur bande audiovisuelle. Une fois l'entrevue de groupe terminée, ma participation se terminera.

3. Problèmes liés à l'entrevue de groupe

Aucun problème ne devrait survenir. Certaines personnes de mon milieu peuvent exprimer des avis contraires aux miens. Toutes les opinions valent la peine d'être exprimées; il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises opinions.

4. Bénéfices pour les participant-e-s

Nous pensons que les opinions exprimées par les participant-e-s dans cette recherche peuvent améliorer les connaissances sur la prévention de la grossesse indésirée et des MTS/SIDA. Nous pensons qu'une telle recherche peut aider au développement de moyens nouveaux de prévention. Le but visé est bien entendu que les jeunes de l'an 2000 puissent vivre leur sexualité tout en protégeant leur santé.

5. Anonymat et confidentialité

Toutes les informations recueillies à mon sujet, soit écrites, soit sur bande audiovisuelle, seront conservées sous clé et traitées de façon extrêmement confidentielle. Mon nom ne paraîtra sur aucun rapport. Un code me représentant sera utilisé sur les divers documents de la recherche. Seule les chercheuses auront accès à la liste des noms et des codes. Si les renseignements obtenus dans cette recherche sont soumis à des analyses ultérieures, seul le code apparaîtra sur les divers documents. En aucun cas, les résultats individuels des participant-e-s ne seront communiqués à qui que ce soit.

6. Droit de se retirer en tout temps

Je suis libre de participer à cette étude et de m'en retirer en tout temps. Cela ne modifiera en rien les soins ou les services fournis par l'organisme que je consulte ou dont je fais partie.

7. Communication

Un rapport global faisant état des résultats de la recherche sera diffusé dans les médias d'information et à des groupes s'intéressant au problème de la grossesse à l'adolescence. À chaque endroit où des personnes auront participé, une copie du rapport sera expédiée.

Un rapport global sera également remis à l'organisme finançant ce projet. La recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques. Un court résumé parviendra aux participants qui en feront la demande.

**TOUTES LES INFORMATIONS PERSONNELLES DÉCOULANT DE CETTE
RECHERCHE SONT CONFIDENTIELLES.**

Si je désire recevoir des informations additionnelles, je peux communiquer avec les deux responsables de cette recherche:

Mme Édith Guilbert: Centre de santé publique de Québec
Tél: 666-7000 ext. 440

Mme Francine Dufort: École de psychologie de l'Université Laval
Tél: 656-2131 ext. 2712

Je, _____ soussigné-e, reconnais avoir reçu de l'animateur-trice _____ toutes les informations pertinentes concernant ma participation à cette recherche. Une copie de ce formulaire de consentement me sera remise, une fois signée. J'atteste avoir lu avec attention le projet ci-haut décrit, et c'est en toute connaissance de cause que j'accepte librement de participer à cette étude et que, bien informé-e, je signe

| | | |
|---------------------------------------|--------------------|---------------|
| _____ Nom du (de la) participant-e | _____ Signature | _____ Date |
| _____ Nom de la chercheure | _____ Signature | _____ Date |
| _____ Nom de la co-chercheure | _____ Signature | _____ Date |
| _____ Nom de l'animateur-trice | _____ Signature | _____ Date |

ANNEXE C

Espace réservé à la codification

No d'identification

____/____/____

Lieu de la rencontre

____/____/____

Type de groupe

____/____/____

Date de la rencontre

____/____/____

Année Mois Jour

QUESTIONNAIRE S'ADRESSANT AUX JEUNES

**ÉTUDE SUR LES REPRÉSENTATIONS DE LA GROSSESSE
À L'ADOLESCENCE ET LA PRÉVENTION**

INSTRUCTIONS POUR RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE

1. Il est très important de répondre à toutes les questions.
2. Vous répondez aux questions en traçant un **X** à l'endroit qui correspond le mieux à votre opinion ou en **encerclant le chiffre** qui convient le mieux à votre point de vue.
3. N'inscrivez qu'**un seul X** ou **n'encerchez qu'un seul chiffre** pour chacune des questions posées (à moins d'avis contraire).
4. Dans les questions qui suivent, on utilisera parfois l'expression suivante «**RELATION SEXUELLE**». Cette expression signifie qu'il y a pénétration du pénis dans le vagin.
5. Vous pouvez répondre à votre rythme personnel. Si vous changez d'avis, vous êtes libre de modifier votre réponse en prenant soin d'effacer complètement celle que vous aviez d'abord inscrite.
6. Il n'y a **ni bonne ni mauvaise réponse**.

Assurez-vous de répondre à **toutes** les questions.

Votre collaboration est **précieuse**. Il nous est très important d'avoir **votre opinion**. L'honnêteté et le sérieux avec lesquels vous répondrez au questionnaire, détermineront la valeur de cette recherche.

MERCI!

1. Quelle est votre date de naissance?

____/____/____
Année Mois Jour

2. De quel sexe êtes-vous?

- 01 Masculin
- 02 Féminin

3. À quel niveau de scolarité êtes-vous actuellement?

- 01 Primaire
- 02 1er secondaire
- 03 2e secondaire
- 04 3e secondaire
- 05 4e secondaire
- 06 5e secondaire
- 07 Collégial ou cours professionnel

4. Vivez-vous avec? (plusieurs réponses possibles)

- 01 Vos deux parents
- 02 Un seul de vos parents
- 03 Votre ou vos frère-s ou soeur-s
- 04 Votre conjoint-e ou partenaire
- 05 Votre ou vos enfant-s
- 06 Seul-e
- 07 D'autres personnes

Précisez: _____

5. Êtes-vous étudiant-e?

- 01 Oui
- 02 Non

6. Appartenez-vous à une religion?

- 01 Oui
- 02 Non

7. Pratiquez-vous la religion à laquelle vous appartenez?

- o1 Oui
- o2 Non

8. Quel niveau de scolarité ont complété vos parents?

| | Père | Mère |
|-------------------|------|------|
| Primaire | o1 | o1 |
| Secondaire | o2 | o2 |
| Collégial | o3 | o3 |
| École des métiers | o4 | o4 |
| Universitaire | o5 | o5 |
| Je ne sais pas | o6 | o6 |

9. Avez-vous déjà eu une relation sexuelle?

- o1 Oui
- o2 Non ⇨ Passez à la question 21

10. À quel âge avez-vous eu votre première relation sexuelle?

_____ ans

11. Depuis votre première relation sexuelle et jusqu'à maintenant, combien de partenaires sexuels différents avez-vous eus approximativement?

Inscrivez le nombre: _____

12. Avez-vous, en ce moment, un partenaire sexuel régulier?

- o1 Oui
- o2 Non ⇨ Passez à la question 14

13. Depuis combien de temps le fréquentez-vous?

- o1 Moins d'un mois
- o2 Un à cinq mois
- o3 Six mois à un an
- o4 Plus d'un an

14. Utilisez-vous le condom lors de vos relations sexuelles avec vos partenaires actuels? 135

- o1 Oui
- o2 Non

15. Prenez-vous (votre partenaire prend-elle) la pilule actuellement?

- o1 Oui
- o2 Non
- o3 Ne sais pas

16. Depuis 1 an, durant le ou les mois où vous avez été sexuellement actif ou active, combien de relations sexuelles avez-vous eues, en moyenne?

- o1 Environ 1 par mois
- o2 Environ 1 par 2 semaines
- o3 Environ 1 par semaine
- o4 Environ 2 par semaine
- o5 Plus de 2 par semaine

17. Au cours des 4 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé le condom?

- o1 Jamais (0%)
- o2 Environ 1 fois sur 4 (25%)
- o3 Environ 1 fois sur 2 (50%)
- o4 Environ 3 fois sur 4 (75%)
- o5 Tout le temps (100%)
- o6 Ne s'applique pas

18. Combien de fois êtes-vous (ou votre partenaire est-elle) devenue enceinte?

Inscrivez le nombre: _____

- o1 Ne s'applique pas

19. Si vous (ou votre partenaire sexuel) avez utilisé la pilule du lendemain au cours des 4 derniers mois, combien de fois vous (ou votre partenaire) l'avez-vous utilisée?

Nombre de fois: _____

- o1 Ne s'applique pas
- o2 Ne sais pas

20. Avez-vous déjà eu une MTS (Maladie transmise sexuellement)?

136

- o1 Oui
- o2 Non

21. Avez-vous déjà utilisé les méthodes contraceptives suivantes?

a) La «pilule» (la partenaire dans le cas des garçons)

- o1 Oui
- o2 Non

b) Le condom

- o1 Oui
- o2 Non

c) Le coït interrompu (retrait, reculons...)

- o1 Oui
- o2 Non

d) Le calendrier, la méthode symptothermique ou la méthode Billings

- o1 Oui
- o2 Non

e) Autre, précisez: _____

22. Est-ce que vous fumez la cigarette?

- o1 Oui
- o2 Non

23. Est-ce que vous buvez des boissons alcoolisées?

- o1 Oui
- o2 Non

24. Est-ce que vous consommez une ou des drogues (autre que l'alcool)?

- o1 Oui
- o2 Non

- 1) tout à fait en désaccord
- 2) plutôt en désaccord
- 3) ni en désaccord, ni en accord
- 4) plutôt en accord
- 5) tout à fait en accord

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 25. Si j'utilisais des condoms durant les 4 prochains mois, cela: | | | | | |
| a) me permettrait d'éviter une grossesse (ou d'éviter que ma partenaire devienne enceinte) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) me protégerait contre les MTS (maladies transmises sexuellement) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) me procurerait un sentiment de sécurité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) diminuerait mes sensations durant les relations sexuelles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) constituerait une méthode contraceptive simple et rapide | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f) nuirait au déroulement naturel de la relation sexuelle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g) protégerait mon/ma partenaire contre les MTS (maladies transmises sexuellement) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h) procurerait un sentiment de sécurité à ma/mon partenaire | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i) diminuerait les sensations de mon/ma partenaire durant les relations sexuelles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| j) utiliser le condom pourrait faire en sorte que j'utilise (que ma partenaire utilise) moins la pilule | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| k) le SIDA m'a amené à utiliser davantage le condom | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Les questions qui suivent s'adressent uniquement aux filles.
(garçons passez à la question 27)

- 1) tout à fait en désaccord
- 2) plutôt en désaccord
- 3) ni en désaccord, ni en accord
- 4) plutôt en accord
- 5) tout à fait en accord

26. Si, au cours des 4 prochains mois, j'utilisais «la pilule», cela:
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a) me permettrait d'éviter une grossesse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) m'occasionnerait des effets secondaires désagréables | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) me procurerait un sentiment de sécurité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) serait une méthode de contraception simple et discrète | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) pourrait entraîner des risques pour ma santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f) me permettrait d'avoir l'esprit tranquille, d'être moins stressée | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g) procurerait un sentiment de sécurité à mon partenaire | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h) permettrait à mon partenaire d'avoir l'esprit tranquille, d'être moins stressé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i) prendre la pilule pourrait faire en sorte que j'utilise moins le condom | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Les questions qui suivent s'adressent uniquement aux garçons.

- 1) tout à fait en désaccord
- 2) plutôt en désaccord
- 3) ni en désaccord, ni en accord
- 4) plutôt en accord
- 5) tout à fait en accord

27. Si, au cours des 4 prochains mois, ma partenaire (ou mes partenaires) utilisait «la pilule», cela:
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a) nous permettrait d'éviter une grossesse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) occasionnerait des effets secondaires désagréables à ma partenaire | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) me procurerait un sentiment de sécurité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) serait une méthode de contraception simple et discrète | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) pourrait entraîner des risques pour la santé de ma partenaire | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f) me permettrait d'avoir l'esprit tranquille, d'être moins stressé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g) procurerait un sentiment de sécurité à ma partenaire | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h) permettrait à ma partenaire d'avoir l'esprit tranquille, d'être moins stressée | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i) que ma partenaire prenne la pilule fait (ou pourrait faire) en sorte que j'utilise moins le condom | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

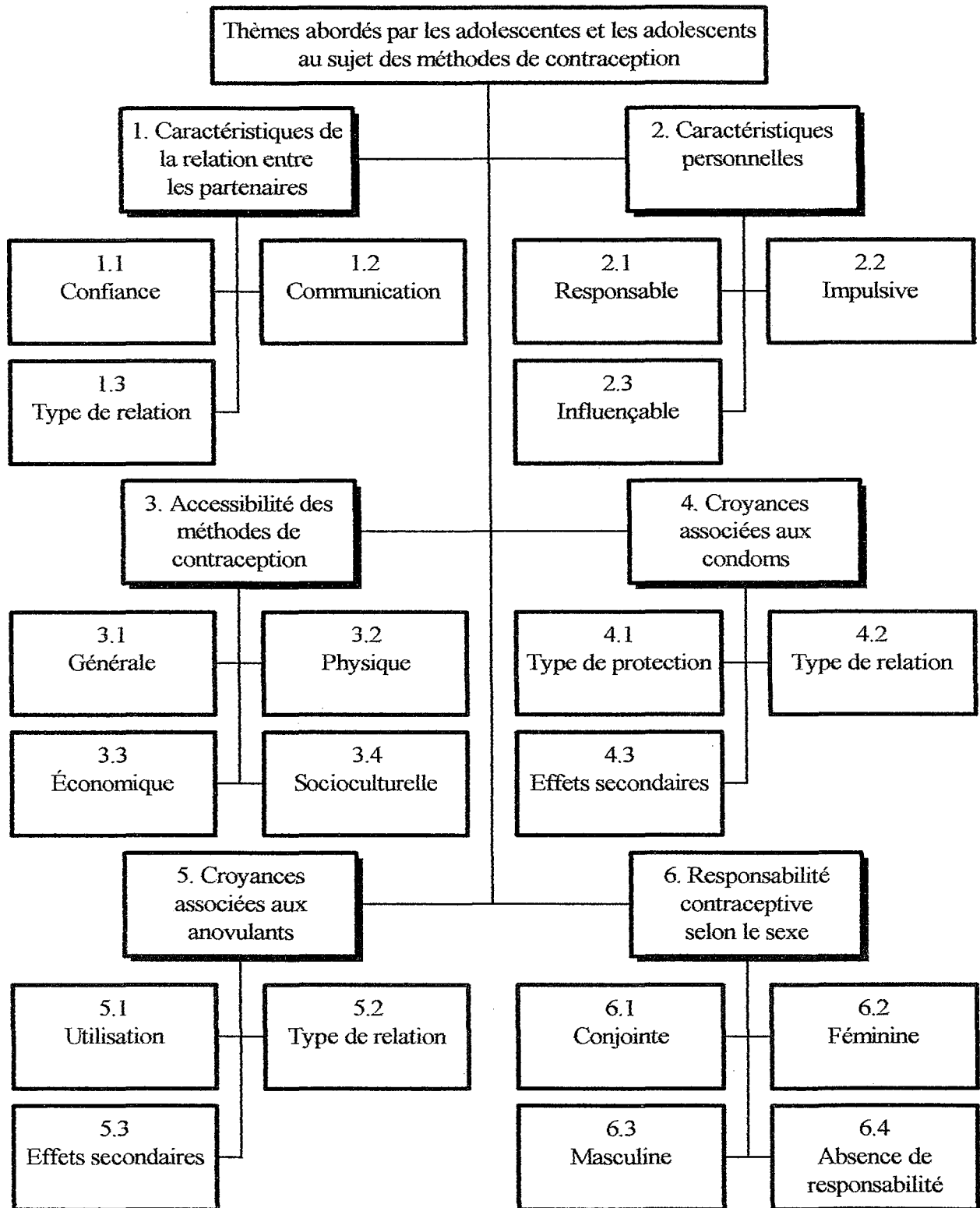
FIN DU QUESTIONNAIRE

Nous vous remercions beaucoup de votre participation.

Vous pouvez inscrire des commentaires. Ils seront pris en considération.

ANNEXE D

ARBRE CONCEPTUEL



ANNEXE E

DÉFINITIONS DES CATÉGORIES DE L'ARBRE CONCEPTUEL

1. Caractéristiques de la relation entre les partenaires

Les adolescentes et les adolescents mentionnent que certaines caractéristiques de la relation entre les partenaires influencent leurs pratiques contraceptives.

1.1 Confiance

Sentiment de confiance que peut avoir ou ne pas avoir le jeune à l'égard de son ou sa partenaire en ce qui a trait aux MTS/SIDA, à sa fidélité, à l'utilisation de la contraception ainsi qu'à sa réputation (ses «histoires sexuelles»).

1.2 Communication

Les partenaires discutent des pratiques contraceptives afin de choisir ensemble la méthode de contraception appropriée à leurs attentes. Il est à noter que certains jeunes mentionnent qu'ils éprouvent de la difficulté à discuter de contraception car ils ressentent un malaise à aborder ce sujet. Pour ces jeunes, l'absence de communication à ce propos est l'une des causes de l'utilisation défailante des méthodes de contraception.

1.3 Type de relation

Les jeunes verbalisent que le type de relation qu'ils entretiennent avec leur partenaire, soit relation occasionnelle ou relation stable, influence leur choix contraceptif. Ainsi, le type de la relation vient changer la méthode de contraception utilisée. Toutefois, les jeunes n'associent pas le type de relation avec une méthode de contraception particulière (par ex., «je prends pas le même moyen de contraception quand j'ai un "one night" que quand j'ai des relations sexuelles avec ma blonde»).

2. Caractéristiques personnelles

Les adolescentes et les adolescents mentionnent que certaines caractéristiques personnelles influencent leurs pratiques contraceptives. Ainsi, ils misent sur les traits de personnalité des individus pour expliquer leur choix contraceptif ou les barrières à la contraception.

2.1 Personne responsable

Le jeune est responsable en général. Cette caractéristique va ainsi transparaître lors des relations sexuelles (par ex., la personne va prévoir une méthode de contraception, soit en ayant des condoms sur place ou en prenant la pilule au moment de la relation sexuelle)

2.2 Personne impulsive

Le jeune est incapable d'attendre pour avoir une relation sexuelle même si aucune méthode de contraception n'est disponible, car le désir est trop intense. Certains jeunes spécifient que leur impulsivité est liée à la consommation d'alcool ou de drogue alors que d'autres ne le précisent pas.

2.3 Personne influençable

La personne est influencée par son ou sa partenaire qui arrive à la convaincre de ne pas utiliser de méthode de contraception. De plus, certains jeunes mentionnent que leur partenaire tente de les convaincre de ne pas utiliser de méthode de contraception, mais ils précisent qu'ils ne se laissent pas influencer (par ex., des filles mentionnent alors différentes stratégies qu'elles utilisent lorsqu'elles doivent faire face à ce genre de situation).

3. Accessibilité des méthodes de contraception

Les adolescentes et les adolescents mentionnent que l'accessibilité des méthodes de contraception influent leurs pratiques contraceptives.

3.1 Accessibilité générale

Les participantes et les participants parviennent à identifier spontanément les méthodes de contraception les plus utilisées par les jeunes de leur entourage (condom et anovulants).

3.2 Accessibilité physique

Les adolescentes et les adolescents précisent quelles sont les méthodes de contraception les plus facilement disponibles lors de la relation sexuelle.

3.3 Accessibilité économique

Les jeunes pointent le coût associée aux méthodes de contraception comme un facteur venant influencer leurs pratiques contraceptives (c.-à-d., condom, anovulants, autres méthodes). Ils citent de plus les stratégies qu'ils utilisent afin de contourner cette barrière économique.

3.4 Accessibilité socioculturelle

Les facteurs culturels facilitent ou non l'accès des méthodes de contraception (par ex., les infirmières distribuent gratuitement des condoms, il s'avère ardu d'obtenir une prescription d'anovulants, il y a peu d'informations qui circulent sur les autres méthodes comme le dépo provéra et les bâtonnets contraceptifs).

4. Croyances des jeunes associées au condom

4.1 Type de protection

Le choix d'utiliser des condoms est directement lié au type de protection que recherche les partenaires (c.-à-d., prophylactique seulement ou prophylactique et contraceptive)

4.2 Type de relation

L'utilisation du condom est associée au type de la relation entre les partenaire (c.-à-d., relation occasionnelle, relation stable, début de la relation stable, en tout temps). Lors de ce type de relation, il y a une utilisation systématique du condom par les partenaires.

4.3 Effets secondaires

Les avantages et les inconvénients cités par les jeunes au sujet de l'utilisation des condoms (par ex., diminuer les sensations, nuire au déroulement naturel de la relation, procurer des risques pour la santé, amener des complications telles que le condom peut éclater, fendre ou avoir une fuite, assurer la sécurité, être une méthode efficace, etc.).

5. Croyances des jeunes associées à la pilule

5.1 Utilisation de la méthode

Les jeunes utilisent les anovulants pour leur visée uniquement contraceptive (et non prophylactique) ou parce que c'est une médication qui vise à diminuer les douleurs menstruelles ou à régulariser le cycle menstruel.

5.2 Type de relation sexuelle

L'utilisation de la pilule est liée directement au type de la relation entre les partenaire (c.-à-d., relation occasionnelle ou relation stable). Lors de ce type de relation, les anovulants sont employée comme méthode de contraception unique et ce, que les partenaires aient effectuée des tests de dépistages des MTS/SIDA ou non.

5.3 Effets secondaires

Les avantages et les inconvénients cités par les jeunes au sujet de l'utilisation des anovulants (par ex., entraîner des risques pour la santé, oublier un comprimé et augmenter les risques de grossesse non planifiée, amener des complications telles que trouver la bonne sorte de pilule pour l'utilisatrice, être une méthode efficace et sécuritaire, etc.).

6. Responsabilité contraceptive selon le sexe des partenaires

Les adolescentes et les adolescents mentionnent que la responsabilité contraceptive est prise en charge conjointement ou elle peut varier selon le sexe des partenaires.

6.1 Responsabilité conjointe

Les deux partenaires sont responsables des méthodes de contraception. Les jeunes avancent ainsi que la fille et le garçons sont responsables de se procurer, de partager les coûts et d'utiliser le condom ou les anovulants.

6.2 Responsabilité féminine

Les filles sont les seules responsables (par choix ou non) de se procurer, d'utiliser ou d'exiger l'utilisation de la méthode de contraception privilégiée par les partenaires, soit le condom ou la pilule.

6.3 Responsabilité masculine

Les garçons sont les seuls responsables de se procurer et d'utiliser le condom.

6.4 Absence de responsabilité

Les garçons OU les filles ne sont pas responsables de la contraception et ce, par manque d'intérêt ou de maturité.