

**Les déterminants psychosociaux de l'utilisation du
condom chez des adolescent(e)s fréquentant des
organismes communautaires.**

Rapport de recherche

présenté par

Joanne OTIS, Ph.D.
professeure,
département de sexologie,
Université du Québec à Montréal
chercheuse associée,
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

et

Blanca GOMEZ, M. Sc.
Unité de santé publique de l'hôpital général de Montréal

Montréal, le 16 décembre 1994

HQ
35
0857
1994



Dépôt légal
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada
4^e trimestre, 1994
ISBN-2-89342-030-3
SANTÉCOM K9782

HQ
75
0857
1994

**Les déterminants psychosociaux de l'utilisation du
condom chez des adolescent(e)s fréquentant des
organismes communautaires.**

Rapport de recherche

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue: Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

présenté par

Joanne OTIS, Ph.D.
professeure,
département de sexologie,
Université du Québec à Montréal
chercheure associée,
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

et

Blanca GOMEZ, M. Sc.
Unité de santé publique de l'hôpital général de Montréal

Montréal, le 16 décembre 1994

Avant-propos

Le présent document présente les principaux résultats découlant d'une étude réalisée en novembre 1991, auprès de 306 jeunes fréquentant les organismes communautaires de l'Unité de santé publique de l'hôpital Charles LeMoine. Il décrit la problématique et la méthodologie de l'étude; il présente les principaux résultats des analyses multivariées ayant permis de dégager des déterminants psychosociaux associés à l'intention ou à l'utilisation du condom chez ces adolescents; il dégage les principales croyances de ces jeunes face à l'utilisation du condom et discute, en dernier lieu, de ces résultats, en suggérant certaines pistes qui seront utiles à la planification d'interventions d'éducation et de prévention de l'infection au VIH à l'intention des jeunes fréquentant des organismes communautaires.

Certains des résultats de cette étude ont déjà fait l'objet de diverses communications ou publications. En novembre 1992, un document-synthèse à l'intention des intervenants, a été largement diffusé dans le milieu, permettant une réflexion sur diverses interventions à mettre en oeuvre (Otis, 1992). Un article a été publié dans un ouvrage collectif intitulé "Éduquer pour prévenir le sida" (Chevalier, Otis & Desaulniers, 1994). Cet article présentait le profil cognitif et comportemental des sujets à l'étude, dépendamment du milieu où on avait pu les recruter (maisons de jeunes ou centres de réadaptation pour jeunes en difficulté) (Otis, Gomez, Longpré & Thomas, 1994). De plus, une partie des résultats de cette étude ont permis à madame Blanca Gomez de rédiger son mémoire de maîtrise. D'autres publications sont en préparation, notamment un chapitre de livre qui abordera les résultats sous l'angle des différences entre les garçons et les filles et confrontera ces résultats à ceux d'études similaires réalisées auprès d'élèves de niveau secondaire.

Le lecteur intéressé par les résultats de cette étude pourra donc consulter les travaux déjà publiés et suivre les prochaines publications pour obtenir de plus amples informations sur des dimensions non exploitées dans le présent rapport.

Résumé

L'objectif de la présente étude était d'identifier les déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom chez les adolescent(e)s fréquentant les organismes communautaires de l'Unité de santé publique de l'hôpital Charles LeMoine et ce, dans un contexte de relations sexuelles avec un(e) ami(e) régulier(e), lorsque la partenaire féminine prend déjà la pilule.

Une combinaison de différentes théories a été utilisée comme cadre conceptuel. La plupart des variables correspondent à la définition opérationnelle de la théorie du comportement planifié de Ajzen (1985) et de la théorie de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975). Toutefois, certaines variables psychosociales ont été tirées d'autres théories, comme le modèle des croyances relatives à la santé [HBM] (Becker et al., 1974) et la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1977).

L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 306 adolescent(e)s par le biais d'entrevues structurées, anonymes. La majorité des sujets, soit 84,0%, ont été recrutés dans des maisons de jeunes, alors que 16% proviennent des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté.

L'âge moyen des répondants était de 15,3 ans et 71,9% affirmaient avoir déjà eu au moins une relation sexuelle avec pénétration. Parmi ceux-ci, 37,7% déclarèrent avoir toujours utilisé le condom.

Auprès de tous les répondants, une plus forte intention à utiliser le condom avec le partenaire régulier, même si la fille prend déjà la pilule, fut associée à une attitude plus positive face à l'utilisation du condom dans ce contexte ($\beta=0,27$), à des croyances normatives plus favorables face à ce comportement ($\beta=0,14$), à des croyances de contrôle plus fortes, c'est-à-dire à une perception de barrières plus faibles face à l'utilisation du condom ($\beta=-0,19$), à une croyance liée au rôle social plus favorable ($\beta=0,20$), au fait de ne jamais avoir eu de relations sexuelles ($\beta=-0,14$), au fait d'être en relation affective avec quelqu'un depuis moins longtemps (ou pas du tout) ($\beta=-0,18$) et à la perception d'une plus forte proportion d'ami(e)s utilisant le condom, même si la fille prend déjà la pilule ($\beta=0,11$). Ces variables ont expliqué 52% de la variation totale de l'intention.

Chez les actifs sexuellement, une plus forte proportion de relations sexuelles protégées par le condom par le passé fut associée à une intention plus positive ($\beta=0,37$) et à des croyances de contrôle plus fortes ($\beta=-0,19$) (R^2 ajusté=0,23). L'inclusion d'autres variables à ce modèle en a amélioré la valeur prévisionnelle. Une meilleure utilisation du condom fut aussi associée à l'utilisation du condom à la première relation sexuelle ($\beta=0,42$) et à une plus faible proportion de relations sexuelles protégées par la pilule ($\beta=-0,41$) (R^2 ajusté=0,54).

Puisque l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle furent associées à l'intention d'utiliser le condom ou à ce comportement par le passé, une analyse des croyances constituant ces variables a permis de dégager certaines pistes d'interventions qui seront discutées.

La présente étude a démontré: 1) la contribution de la théorie du comportement planifié dans la prévision de l'intention d'adolescent(e)s d'utiliser le condom avec un(e) ami(e) régulier(e) dans le contexte où la partenaire féminine prend déjà la pilule; 2) l'importance des facteurs liés à la motivation et liés au contrôle comportemental dans la prévision de ce comportement; 3) l'antagonisme entre l'utilisation du condom et la prise d'anovulants; 4) l'importance de certaines croyances comportementales, normatives ou de contrôle dans la prise de décision ou l'adoption d'un comportement sécuritaire tel l'usage du condom. Ces résultats constituaient une analyse des besoins pouvant soutenir la planification d'une intervention d'éducation et de prévention de l'infection au VIH chez des jeunes fréquentant des organismes communautaires en Montérégie.

Remerciements

Cette étude n'aurait pu être réalisée sans l'implication de tout un ensemble de personnes. C'est donc en voulant leur exprimer toute ma gratitude que je me permets de citer leur nom et leur contribution.

Danièle Longpré, m.d.	co-chercheure
Réjean Thomas, m.d.	co-chercheur
Suzanne Auger	chargée de projet, équipe MTS-sida
Yves Jalbert, M. Sc.	coordonnateur des aspects logistiques
Blanca Gomez, M.Sc.	agente de recherche
Diane Rioux	interviewer
Diane Turcotte	interviewer
Suzie Matteau	interviewer
André Bourgeois	interviewer
Brigitte Brossard	interviewer
Bruno Girard	interviewer
Sylvie Desbiens	responsable de la recherche documentaire
Évelyne Savoie	saisie et traitement de données
Josée Payette	traitement de données
Marcelle Lapointe	traitement de texte
Guylaine Mireault	traitement de texte
Diane Fournier	adjoite administrative

Je veux remercier tout particulièrement les responsables des organismes communautaires participants qui ont compris l'importance d'une telle démarche et qui ont accepté de défendre ce projet auprès de leur conseil d'administration. Ils se sont généreusement impliqués au niveau du recrutement des jeunes et sans leur support une telle étude n'aurait pu se concrétiser. Un dernier merci aux 306 adolescents qui ont bien voulu participer à l'enquête; ils l'ont fait avec beaucoup d'honnêteté, de franchise et de maturité; la qualité de l'étude en dépendait.

Cette étude fut subventionnée par le Conseil de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Joanne Otis, Ph.D.

Table des matières

Avant-Propos	ii
Résumé	iii
Remerciements	iv
Table des matières	v
Liste des figures	vii
Liste des tableaux	viii
Liste des annexes	x
1. Menaces à la santé sexuelle des adolescents	1
2. Cadre, objectifs et utilité de l'étude	3
3. État des connaissances	4
3.1 Facteurs associés à l'utilisation du condom à partir d'études athéoriques athéoriques	4
3.2 Facteurs associés à l'utilisation du condom à partir d'études basées sur des modèles théoriques	6
4. Cadres théoriques et hypothèses de recherche	8
4.1 Théorie de l'action raisonnée	8
4.2 Théorie du comportement planifié	10
4.3 Autres théories utilisées	12
4.4 Hypothèses de recherche	12
5. Méthodologie	13
5.1 Devis	13
5.2 Population à l'étude	13
5.3 Entente avec les organismes communautaires du territoire du l'Unité de santé publique de l'hôpital Charles LeMoynes	13
5.4 Calcul de l'effectif	13
5.5 Échantillonnage et recrutement	13
5.6 Questionnaire	14
5.6.1 Étude préliminaire	14
5.6.2 Étude principale	14
5.7 Définitions opérationnelles des variables	15
5.7.1 Variable dépendante chez les actifs sexuellement	15
5.7.2 Variable dépendante dans tout l'échantillon	15
5.7.3 Variables issues de la théorie du comportement planifié	15
5.7.4 Variables externes au modèle	16
5.8 Procédures de cueillette de données	19
5.9 Qualité des données	19
5.10 Analyse des données	19

Liste des figures

Figure 1:	Illustration schématique du modèle de Fishbein et Ajzen qui découle de la théorie de l'action raisonnée	9
Figure 2:	La théorie du comportement planifié	11

6. Résultats	20
6.1 Résultats descriptifs	20
6.1.1 Caractéristiques sociodémographiques	20
6.1.2 Caractéristiques comportementales	20
6.1.3 Caractéristiques psychosociales	21
6.2 Résultats des analyses univariées	23
6.2.1 Caractéristiques comportementales selon le lieu de recrutement	23
6.2.2 Variables psychosociales à l'étude selon l'intention	25
6.2.3 Variables psychosociales à l'étude selon le fait d'être actif sexuellement ou non	27
6.2.4 Variables psychosociales à l'étude, chez les actifs sexuellement, selon l'utilisation du condom	28
6.2.5 Lien entre les variables psychosociales à l'étude et l'intention	30
6.2.6 Lien entre les variables psychosociales à l'étude et l'utilisation du condom chez les actifs sexuellement	30
6.3 Résultats des analyses multivariées	34
6.3.1 Prédiction de l'intention d'utiliser le condom avec un ami régulier dans le contexte où la partenaire féminine prend déjà la pilule	34
6.3.2 Prédiction de l'utilisation du condom chez les adolescents actifs sexuellement	35
6.4 Structure cognitive des adolescents	36
6.4.1 Croyances comportementales	36
6.4.2 Croyances de contrôle	36
6.4.3 Croyances normatives	37
6.4.4 Profil cognitif selon l'intention faible ou forte d'utiliser le condom	37
6.4.5 Profil cognitif selon le fait d'être actif sexuellement	39
6.4.6 Profil cognitif selon le fait d'être utilisateur occasionnel ou régulier du condom	41
6.4.7 Profil cognitif selon le lieu de recrutement	43
7. Discussion	46
7.1 Comportements à risque ou préventifs	46
7.2 Déterminants de l'intention d'utiliser le condom avec un ami régulier dans le contexte où la partenaire féminine prend déjà la pilule	46
7.3 Déterminants de l'utilisation du condom chez les adolescents actifs sexuellement	47
7.4 Structure cognitive des adolescents face à l'utilisation du condom	47
8. Conclusion	50
Bibliographie	51

Liste des tableaux

Tableau 1:	Consistance interne des variables calculée par l'alpha de Cronbach	14
Tableau 2:	Moyenne et écart-type des principales variables psychosociales à l'étude	22
Tableau 3:	Différences entre des adolescent(e)s fréquentant des organismes communautaires à vocation particulière (OVP) et des adolescent(e)s fréquentant des organismes à vocation générale (OVG) au niveau de leur consommation d'alcool ou de drogue , et de leur vécu sexuel	24
Tableau 4:	Différences chez les jeunes actifs sexuellement entre des adolescent(e)s fréquentant des organismes communautaires à vocation particulière (OVP) et des adolescent(e)s fréquentant des organismes à vocation générale (OVG) au niveau de leur vécu sexuel	24
Tableau 5:	Différences chez les jeunes actifs sexuellement entre des adolescent(e)s fréquentant des organismes communautaires à vocation particulière (OVP) et des adolescent(e)s fréquentant des organismes à vocation générale (OVG) au niveau de leurs comportements préventifs	25
Tableau 6:	Statistiques descriptives des principales variables psychosociales à l'étude selon l'intention	26
Tableau 7:	Statistiques descriptives des principales variables psychosociales à l'étude selon le fait d'être actif sexuellement ou non	27
Tableau 8:	Statistiques descriptives des principales variables psychosociales à l'étude chez les actifs sexuellement selon l'utilisation occasionnelle ou régulière du condom	29
Tableau 9:	Matrice de corrélation sur les principales variables à l'étude	31
Tableau 10:	Matrice de corrélation sur les principales variables à l'étude, chez les actifs sexuellement	32
Tableau 11:	Régression hiérarchique multiple sur l'intention d'utiliser le condom avec un ami régulier dans le contexte où la partenaire féminine prend déjà la pilule	35
Tableau 12:	Régression hiérarchique multiple sur l'utilisation du condom chez les adolescents actifs sexuellement	36
Tableau 13:	Différences cognitives des adolescent(e)s au niveau de leurs croyances comportementales à l'égard de l'utilisation du condom entre ceux dont l'intention est faible et ceux dont l'intention est forte	38
Tableau 14:	Différences cognitives des adolescent(e)s au niveau de leurs croyances de contrôle à l'égard de l'utilisation du condom entre ceux dont l'intention est faible et ceux dont l'intention est forte	38

Liste des tableaux (suite)

Tableau 15:	Différences cognitives des adolescent(e)s au niveau de leurs croyances normatives à l'égard de l'utilisation du condom entre ceux dont l'intention est faible et ceux dont l'intention est forte	39
Tableau 16:	Différences cognitives des adolescent(e)s au niveau de leurs croyances comportementales à l'égard de l'utilisation du condom selon le fait d'être actifs sexuellement ou non	40
Tableau 17:	Différences cognitives des adolescent(e)s au niveau de leurs croyances de contrôle à l'égard de l'utilisation du condom selon le fait d'être actifs sexuellement ou non	40
Tableau 18:	Différences cognitives des adolescent(e)s au niveau de leurs croyances normatives à l'égard de l'utilisation du condom selon le fait d'être actifs sexuellement ou non	41
Tableau 19:	Différences cognitives des adolescent(e)s entre les utilisateurs occasionnels et les utilisateurs réguliers du condom au niveau de leurs croyances comportementales	42
Tableau 20:	Différences cognitives des adolescent(e)s entre les utilisateurs occasionnels et les utilisateurs réguliers du condom au niveau de leurs croyances de contrôle	42
Tableau 21:	Différences cognitives des adolescent(e)s entre les utilisateurs occasionnels et les utilisateurs réguliers du condom au niveau de leurs croyances normatives	43
Tableau 22:	Différences cognitives entre des adolescent(e)s fréquentant des OVG et des OVP, au niveau de leurs croyances comportementales à l'égard de l'utilisation du condom	44
Tableau 23:	Différences cognitives entre des adolescent(e)s fréquentant des OVG et des OVP, au niveau de leurs croyances de contrôle à l'égard de l'utilisation du condom	45
Tableau 24:	Différences cognitives entre des adolescent(e)s fréquentant des OVG et des OVP, au niveau de leurs croyances normatives à l'égard de l'utilisation du condom	45

Liste des annexes

Annexe 1: Liste des organismes communautaires participants

Annexe 2: Questionnaire de l'étude principale

Les déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom chez des adolescent(e)s fréquentant des organismes communautaires

1. Menaces à la santé sexuelle des adolescents

Les grossesses non désirées, les maladies transmises sexuellement et l'infection au VIH sont des menaces à la santé sexuelle des adolescents; elles ont, en plus, des conséquences économiques et sociales très lourdes. Le taux annuel de grossesses pour 1000 adolescentes est passé de 12,7 en 1980 à 19,1 en 1990. Ainsi, en 1990, au moment d'avoir 18 ans, une adolescente québécoise sur treize aurait été enceinte, une sur vingt-deux aurait subi un avortement et une sur quarante aurait accouché (Bulletin de nouvelles de l'association canadienne pour la santé des adolescents, 1993).

Les données du fichier MADO de la direction de la santé publique indiquait en 1992, que les 15-19 ans étaient le groupe le plus touché après le groupe des 20-24 ans, par les infections génitales à *Neisseria Gonorrhoeae* et *Chlamydia Trachomatis*. Par contre, chez les filles, ces infections étaient plus fréquentes chez les 15-19 ans que chez les 20-24 ans (MSSS, 1992).

Au Québec, bien que le nombre de cas déclarés de sida chez les 15-19 ans soit faible, 13 cas sur 3171 au 15 novembre 1994 (Remis, 1994), et que la séroprévalence de cette infection soit encore inconnue auprès des adolescents, il reste possible que ce problème devienne pandémique chez les jeunes dans les prochaines années, particulièrement chez les filles (Bowler, Shean, D'Angelo & Vermund, 1992; Merson, 1993; Roy, 1993). Des études américaines ont démontré des taux de séroprévalence chez les adolescents en général variant entre 0,4% à 1,3% et ces taux seraient plus élevés dans des groupes spéciaux (UDI, etc.) (Hayman, St-Louis, Petersen & Miller, 1990; Wendell, Onorato, Allen, Mcgray & Sweeney, 1990). Par exemple, des études de séroprévalence anonymes ont trouvé un taux d'infection au VIH de 5,69% chez les jeunes de la rue de l'état de New York (Stricof, Novick & Kennedy, 1990), alors que dans le même état, on trouvait un taux de 0,43% chez les femmes parturientes de moins de 20 ans (Novick, Glebatis & Stricof, 1989) et un taux de 0,07% chez les recrues militaires du même âge (Burke, Brundage, Goldenbawm, Peterson & Visintine, 1990). Au Canada, une étude faite chez les jeunes de la rue a trouvé un seul adolescent infecté au VIH parmi les 119 participants ayant accepté de subir le test anti-VIH, lié ou non lié (Wang, King, Golberg, Bock, Milner & Read, 1991).

Divers comportements sont liés à une haute incidence ou à une forte prévalence de ces problèmes de santé chez les adolescents, notamment un engagement précoce dans la vie sexuelle active et des relations sexuelles non ou mal protégées. Les informations recensées permettent d'établir différents profils de risque, dépendamment de la clientèle adolescente étudiée.

Si l'on considère, par exemple, les études québécoises réalisées en milieu scolaire, on observe qu'en Montérégie, près de 59,6% des élèves de cinquième secondaire auraient déjà eu au moins une relation sexuelle avec pénétration et ils auraient vécu en moyenne cette première expérience, autour de 15 ans. Seulement 18,1% de ces élèves actifs sexuellement auraient toujours utilisé le condom (Otis, Godin, Lambert & Pronovost, 1990). Chez les élèves plus jeunes (de secondaire I à secondaire IV), près de 26,4% auraient déclaré être actifs sexuellement (âge moyen à la première relation: 13 ans) et parmi ceux-ci, 38,5% auraient toujours utilisé le condom (Otis, Godin & Lambert, 1993). Ces chiffres correspondent à ceux observés dans d'autres travaux (Bernard & Fortin, 1988; Desjardins, Langlois & Lemoyne, 1986; Kegeles, Adler & Irwin, 1988; Michaud & Hausser, 1989; Steinberg, Howland, Hingson, Maye, McNiff & Button, 1990).

En contre partie, si l'on considère divers groupes de jeunes en difficulté, la littérature montre clairement que les comportements sexuels à risque d'infection au VIH sont plus prévalents chez ces derniers. La promiscuité sexuelle et la prostitution sont monnaie courante dans ce groupe plus que chez les autres jeunes (DiClemente, 1989; Messier, 1989). On a montré que les adolescents du milieu hors scolaire, en comparaison avec les autres jeunes, sont sexuellement actifs à un âge plus précoce, utilisent moins le condom, ont plus de partenaires sexuels, ont plus de partenaires sexuels à risque et ont plus de relations anales, en particulier des relations non protégées avec des hommes homosexuels adultes (Rotheram-Borus & Koopman, 1991; DiClemente & DuNah, 1989). Une étude canadienne ayant comparé les jeunes décrocheurs et les étudiants des collèges et universités aux jeunes de la rue, a montré une prévalence plus importante des comportements sexuels à risque chez ces derniers (Radford, King & Warren, 1989). Cette étude rapporte que, parmi les 712 jeunes de la rue interrogés (8 à 18 ans), 84% étaient actifs sexuellement, 32% n'avaient jamais utilisé le condom, 66% avaient eu plus de 6 partenaires sexuels différents et 21% avaient eu des relations anales. Également, 75% consommaient de l'alcool ou des drogues et 12% consommaient des drogues injectables, ce qui peut avoir une influence importante sur les comportements sexuels et le risque de transmission du VIH par voie sexuelle.

Des données américaines montrent que l'âge des premières relations sexuelles est précoce, variant de 10,7 ans chez des jeunes fugueurs (Koopman, Meyer-Bahlburg & Rotheram-Borus, 1990) à 13,1 ans chez des jeunes détenus (Baker, Morris, Husoroft, Re, Zeljkovic & Essex, 1991). La fréquence des relations homosexuelles masculines varie de 1,2% chez des détenus (Morris, Baker, Huscroft, Evans & Zeljkovic, 1991) à 13% chez des jeunes sans abris (Robertson, Koegel & Grella, 1990); celle des relations sexuelles avec un UDI varie de 17% chez des sans abris (Robertson, Koegel & Grella, 1990) à 25% chez des détenus (Husirof, Morris, Re, Baker, Aquino & Roseman, 1990). Une étude rapporte que 19% des garçons interrogés ont déjà eu des relations sexuelles anales actives (Koopman, Meyer-Bahlburg & Rotheram-Borus, 1990). Le taux d'utilisation du condom est bas. Les usagers constants varient de 4% (Baker et al., 1991) à 16,2% (Soileau, Oh, & Feinstein, 1989). Enfin la prostitution est rapportée par plusieurs, les chiffres cités se situent entre 10,7% chez des détenus (Baker et al., 1991) et 32% chez des sans-abris (Robertson, Koegel & Grella, 1990). Une étude québécoise a trouvé que 7% des adolescents admis en centre d'accueil avaient fait de la prostitution (Messier, 1989).

En plus de considérer ces divers comportements à risque, variant d'un groupe d'adolescents à l'autre, on doit savoir que chez les jeunes, l'usage des anovulants semble contribuer à diminuer l'utilisation du condom (Chapman & Hodgson, 1988; Nguyen, Maheux & Pica, 1994; Otis et al, 1990; White & Johnson, 1988). Il y aurait antagonisme entre la prévention des grossesses et la protection contre les MTS et le VIH.

Ces profils, particulièrement sombres pour les jeunes en difficulté, soulèvent toute l'importance d'offrir à ces jeunes davantage d'aide et de soutien, de manière à leur permettre de vivre une sexualité plus saine et plus responsable.

Or, il a été démontré que chez les jeunes de 12-14 ans, le délai à la première relation demeure le comportement le plus efficace à promouvoir et que chez les 15-18 ans, cet élément doit être doublé, auprès des sexuellement actifs, de la promotion de l'utilisation du condom à toutes les relations sexuelles (Duval & Lavoie, 1990; Lamptey, Coates, Piot & Slutkin, 1993). Les autres stratégies d'intervention seraient moins réalistes ou moins efficaces. De plus, les programmes qui ont visé spécifiquement ces deux comportements —continence et condom— auraient eu un impact plus positif sur le délai à la première relation et, chez les jeunes actifs sexuellement, sur l'utilisation du condom, sans qu'on observe chez ces derniers une augmentation de la fréquence des activités sexuelles (voir Baldo, Aggleton & Slutkin, 1993, pour une revue de la littérature).

Aussi, avant de s'engager dans la planification de programmes de prévention de l'infection au VIH chez les adolescents, particulièrement ceux qui ont des profils plus à risque, faudrait-il à priori, identifier les facteurs influençant leur comportement d'utilisation du condom et ce, dans un contexte de relations affectives stables, lorsque la partenaire féminine prend des anovulants. Au moment où la présente étude a été réalisée,

aucune étude québécoise ne permettait de comprendre les enjeux psychologiques et sociologiques influençant ce comportement chez les jeunes en milieu hors scolaire. L'étude d'Otis et collaborateurs (1990) avait permis de dégager certains de ces facteurs, mais cette étude s'appliquait uniquement aux jeunes fréquentant le milieu scolaire (cours réguliers) et s'intéressait davantage à un contexte d'utilisation du condom avec un nouveau partenaire. Il n'était pas évident que leurs résultats puissent servir à la planification d'une intervention auprès de jeunes fréquentant des organismes communautaires où une plus forte proportion de ces jeunes pourraient avoir des comportements à risque.

2. Cadre, objectifs et utilité de l'étude

L'Unité de santé publique de l'hôpital Charles LeMoine, situé sur la rive sud de l'île de Montréal, a toujours montré une grande préoccupation pour la prévention des MTS et de l'infection au VIH chez les adolescents. En 1991, un programme avait été mis en place dans les écoles de la région. Cependant, il semblait fort probable qu'une partie des jeunes plus à risque, impossibles à rejoindre par le milieu scolaire, se retrouveraient dans les organismes communautaires, particulièrement dans les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté. Ces adolescents, issus la plupart du temps de milieux problématiques, vivraient une réalité très différente de celle de leurs pairs du milieu scolaire (prostitution, drogue, criminalité...). Afin de rejoindre l'ensemble des adolescents du territoire, il devenait donc nécessaire que l'équipe de Charles LeMoine procède à une évaluation des besoins auprès de cette clientèle.

Cette étude visait principalement à rejoindre ces jeunes fréquentant les organismes communautaires, afin de connaître les déterminants psychosociaux de leurs comportements de prévention.

De façon plus précise, l'objectif poursuivi était d'identifier les déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom chez ces adolescents(e)s et ce, dans un contexte de relations sexuelles avec un(e) ami(e) régulier(e), lorsque la partenaire féminine prend déjà la pilule. Cette étude voulait déterminer quelles étaient les croyances et les attitudes des jeunes, quelles étaient les pressions sociales s'exerçant sur eux et quelles étaient les barrières physiques ou psychologiques perçues face à l'adoption de l'utilisation du condom dans un tel contexte.

La conceptualisation et la définition opérationnelle des variables à l'étude ont été basées principalement sur la théorie du comportement planifié de Ajzen (1985). Les résultats de cette étude pourraient non seulement permettre la planification de stratégies éducatives spécifiques, mais également l'obtention avant l'implantation d'un éventuel programme, des paramètres qui pourraient servir à l'évaluation des résultats de ces interventions éducatives.

3. État des connaissances

Notre analyse se limite ici aux travaux réalisés auprès des adolescents. Ces travaux sont nombreux à avoir considéré les facteurs associés à l'utilisation du condom, mais la majorité sont descriptifs et la plupart ont utilisé des analyses bivariées ou encore, étaient athéoriques. Par contre, certaines études étaient basées sur des modèles théoriques et quelques-unes ont utilisé des approches statistiques multivariées.

3.1 Facteurs associés à l'utilisation du condom à partir d'études athéoriques

L'âge et le *genre* sont les principales variables sociodémographiques qui ont été associées à l'usage du condom. En effet, les plus jeunes auraient une intention plus forte d'utiliser le condom (Mathews, Kuhn, Metcalf, Joubert & Cameron, 1990) et seraient plus nombreux à l'avoir utilisé de façon régulière (DiClemente, Lodico, Evans, Coleman, Hunter-Gamble, Coates et al, 1993; Oswald & Pfforr, 1993; Pendergrast, Durant & Gaillard, 1992) ou constante (Anderson, Kann, Holtzman, Arday, Truman & Kolbe, 1990). Par contre, une étude a démontré que l'utilisation régulière du condom avec un partenaire stable serait plus fréquente chez les adolescents plus âgés, mais que cette utilisation avec un partenaire occasionnel serait plus fréquente chez les adolescents plus jeunes (O'Leary, Celantano, Maibach, Weisman, McCormack, Raffaelli et al. 1993). En général, âge pour âge, les garçons utiliseraient davantage le condom que les filles, que ce soit de façon régulière, constante ou à leur dernière relation sexuelle (Anderson et al., 1990; Collins, Holtzman, Kann & Kolbe, 1993; Cunningham, Rodriguez Sanchez, Diaz Esteve & Gonzalez Santiago, 1993; Oswald & Pfforr, 1993; Skurnick, Johnson, Quinones, Foster & Louria, 1991; Tyden, Norden & Ruusuvaara, 1991). Paradoxalement, dans la plupart des études, l'intention d'utiliser le condom était plus forte chez les filles (Barling & Moore, 1990; Otis et al., 1990; Otis, Godin & Lambert, 1993).

L'association entre un niveau élevé de *connaissances* et l'usage du condom a été démontrée par des travaux utilisant des analyses bivariées (Anderson et al., 1990; Barling & Moore, 1990; Shaffer & Boyer, 1991). Par contre, la majorité des études ayant confronté l'influence de cette variable à d'autres variables d'intérêt n'ont pas soutenu cette association (Cunningham et al., 1993; Otis, Godin & Lambert, 1993; Shaffer & Boyer, 1991; Valdisserrri, Arena, Proctor & Bonati, 1989). Néanmoins, une meilleure reconnaissance des comportements à risque serait liée au fait d'avoir déjà utilisé le condom (Skurnick et al., 1991).

Les études s'étant attardé au lien entre l'usage du condom et un haut niveau d'*anxiété* face aux MTS et au sida, n'ont obtenu aucune association significative (Norris & Ford, 1993; Shaffer & Boyer, 1991), alors qu'une inquiétude moins forte vis-à-vis une éventuelle grossesse serait associée à la non utilisation du condom (Skurnick et al., 1991). Les résultats concernant le lien entre la *perception du risque* et le condom sont extrêmement contradictoires. En général, cette association n'a pas été soutenue (Otis, Godin & Lambert, 1993; Shaffer & Boyer, 1991; Weisman, Nathanson, Ensminger, Teitelbaum, Robinson & Plichta, 1989); les quelques travaux ayant observé un lien significatif utilisaient des analyses bivariées. Goodman et Cohall ont signifié qu'une perception du risque faible était associée à la non-utilisation du condom à la dernière relation, alors que Cunningham et collaborateurs (1993) et Svenson, Hansson et Johnsson (1993) ont rapporté un lien entre une perception du risque plus élevée et le non-usage du condom. Morris et collaborateurs (1990), ont observé que les jeunes en difficulté percevant une menace faible, étaient plus nombreux à avoir des relations anales non protégées. Paradoxalement, Rotheram-Borus et Koopman (1991) rapportaient qu'une perception faible de la menace était associée à une meilleure utilisation du condom, alors qu'une perception élevée de la menace était liée à un score élevé sur un indice de comportements à risque. Ces résultats contradictoires semblent en partie liés à la façon dont cette variable fut mesurée.

Les attitudes des jeunes à l'égard des personnes atteintes ou infectées au VIH ne seraient pas associées à l'usage du condom (Cunningham et al., 1993), alors que la majorité des études qui ont considéré les *attitudes face à l'utilisation du condom*, ont rapporté un pouvoir explicatif des attitudes sur l'utilisation (Nguyen, Saucier & Pica, 1994; Rohrbach & Montgomery, 1993;

Valdisserri et al., 1989), particulièrement quand le contexte d'utilisation est avec un partenaire régulier (Norris & Ford, 1993), ou des attitudes sur l'intention de l'utiliser (Otis et al., 1990; Otis, Godin & Lambert, 1993). De façon générale, le condom ou sa faible utilisation ont été liés aux conséquences négatives suivantes: il diminue le plaisir sexuel; il n'est pas naturel; il entrave la spontanéité, brise le romantisme et interrompt le déroulement de la relation sexuelle; il peut signifier une non-confiance réciproque entre les partenaires; son utilisation génère l'inquiétude que le condom soit percé ou se brise durant la relation; enfin le condom est gênant à installer (Solomon & De Jong, 1986; Strader & Beaman, 1989). Par contre, on a aussi observé un lien entre un meilleur usage du condom et les croyances positives suivantes: il prévient les grossesses, les MTS et le sida; il procure un sentiment de sécurité et il peut prolonger la durée de la relation sexuelle (O'Leary et al., 1993; Siegel, Lazarus, Krasnovski, Durbin & Chesney, 1991; Weisman et al., 1989). De plus, les adolescents qui ont considéré que l'usage du condom était associé à un haut sens des responsabilités et qu'il correspondait davantage à leurs principes personnels (valeur morale), avaient une intention plus forte de l'utiliser Barling & Moore, 1990; Otis et al., 1990; Otis, Godin & Lambert, 1993).

Les *normes sociales* joueraient un rôle prédominant sur l'utilisation du condom chez les adolescents. Dans de nombreuses études, l'approbation des personnes significatives (parents, partenaire et pairs) serait associée avec un meilleur usage (Fortin, Kérouac & Taggart, 1988; Norris & Ford, 1993; O'Leary et al., 1993; Rohrbach & Montgomery, 1993; Svenson, Hansson & Johnsson, 1993; Valdisserri et al., 1989) ou avec une intention plus forte (Brown, DiClemente & Park, 1992). Dans plusieurs travaux, l'influence normative la plus associée à une intention forte fût la perception qu'une plus grande proportion d'ami(e)s proches utilisaient le condom (Walter, Vaughan, Gladis, Ragin, Kasen & Cohall, 1992). De plus, la perception d'une attitude favorable du partenaire sexuel et une meilleure qualité de relations interpersonnelles avec le partenaire, seraient positivement associées à l'usage du condom (Pendergrast, Durant & Gaillard, 1992), particulièrement lorsque ce partenaire est un conjoint ou un ami régulier (Norris & Ford, 1993). Le fait d'avoir un lieu de contrôle externe plutôt qu'interne (locus of control) serait aussi lié aux influences normatives, et à l'utilisation moins régulière du condom (Oswald & Pforr, 1993; Svenson, Hansson & Johnsson, 1993). Mais Fortin, Kérouac et Taggart (1988) n'ont pas relevé cette association. De plus, les adolescents qui ont un réseau social plus fort, utiliseraient le condom plus régulièrement (St-Lawrence, Brasfield, Jefferson, Alleyne & Shirley, 1993). Chez les jeunes en difficulté, les jeunes ayant un score plus élevé sur un indice de comportements à risque, auraient davantage des amis consommant de l'alcool et des drogues (Rotheram-Borus, Rosario & Koopman, sous presse).

Différents chercheurs ont signalé un lien positif entre une forte croyance en l'efficacité personnelle (*self-efficacy*) et un meilleur usage du condom. L'utilisation du condom ou une intention forte de l'utiliser auraient été associées à: 1° une croyance plus élevée en sa capacité de l'utiliser correctement (Pendergrast, Durant & Gaillard, 1992); 2° en sa capacité de discuter de stratégies protectrices avec le partenaire (Barling & Moore, 1990) et 3° en sa capacité de demander au partenaire d'utiliser le condom (Weisman et al., 1989). Cette variable serait un meilleur prédicteur dans le contexte d'utilisation du condom avec un partenaire occasionnel (O'Leary et al., 1993) et les adolescents ayant une faible croyance en leur efficacité personnelle auraient cinq fois moins de chances d'être des utilisateurs réguliers du condom (Kasen, Vaughan & Walter, 1992).

Plusieurs comportements seraient associés à l'usage du condom. Du côté positif, on note des prédispositions à prendre des précautions en général (Barling & Moore, 1990) et l'utilisation du condom à la première relation (Otis et al., 1990; Otis, Godin & Lambert, 1993; Richard & Van Der Pligt, 1991)]. Du côté négatif, on relève le fait d'être *en relation affective stable* (Chapman & Hodgson, 1988; Otis, Godin & Lambert, 1993) et le fait d'utiliser les *contraceptifs oraux* (Collins et al., 1993; Nguyen, Maheux & Pica, 1994; Otis, Godin & Lambert, 1993; Skurnick et al., 1991). L'effet négatif de la consommation d'alcool ou de drogue a été démontré par quelques chercheurs (Collins et al., 1993; Hingson, Strunin, Berlin & Heeren, 1990; Weisman et al., 1989) mais n'a pas été soutenu par d'autres (Otis et al., 1990; Otis, Godin & Lambert, 1993; Shaffer & Boyer, 1991). Le nombre de partenaires sexuels serait associé à l'usage du condom, mais la direction de l'association reste confuse; certains ont observé qu'un nombre élevé de partenaires était associé avec une utilisation plus régulière du condom (Hingson et al., 1990; Richard & Van

Der Pligt, 1991), tandis que d'autres ont soutenu qu'un plus grand nombre de partenaires était associé à une utilisation plus faible du condom (Binson, Dolcini & Catania, 1993; Collins et al., 1993). Enfin, le fait d'avoir déjà contracté une MTS (DiClemente et al., 1993) ou d'avoir vécu une grossesse dans le passé (Weisman et al., 1989) seraient associés de façon négative à l'usage du condom, mais d'autres études n'ont pas soulevé cette association (O'Leary et al., 1993).

3.2 Facteurs associés à l'utilisation du condom à partir d'études basées sur des modèles théoriques.

Quelques études s'intéressant à l'utilisation du condom, se sont basées sur le *modèle des croyances liées à la santé (Health Belief Model)* (Rosenstock, 1974, 1988). De façon générale, l'intention ou l'utilisation du condom dans ces travaux ont été prédites par une plus forte perception du risque et de la sévérité de la maladie, par une plus faible perception des barrières et par la croyance plus forte en l'efficacité du condom (Hingson, Strunin & Berlin, 1990; Ishii-Kuntz, Whitbeck & Simons, 1990; Petosa & Jackson, 1991; Wilson, Manuel & Lavelle, 1991). Par contre, ce modèle a obtenu des variations expliquées qui vont de 0% à 44%; la variation expliquée a été nulle dans une étude auprès de jeunes femmes (Wilson, Manuel & Lavelle, 1991) et on a observé un pourcentage de variation expliquée décroissant avec l'âge dans l'étude de Petosa et Jackson (1991) (44% chez les élèves de 7^e année; 27% chez ceux de 9^e année; et 7% en 11^e année).

D'autres travaux se sont principalement inspirés de la *théorie sociale cognitive* (Bandura, 1977, 1982). Ainsi, la croyance en l'efficacité personnelle a-t-elle été associée à l'adoption de comportements sexuels sécuritaires (Rosenthal, Moore & Flynn, 1991; Walter et al., 1992), à l'utilisation du condom (Richard & Van Der Pligt, 1991) et à l'intention de l'utiliser (Brafford & Beck, 1991). En général, cette variable, sans toujours être le meilleur déterminant, avait un effet important sur la variable dépendante d'intérêt.

Certains chercheurs ont utilisé la *théorie de l'action raisonnée* (TAR) (Fishbein, 1975, 1990). Fisher (1984), dans son étude auprès de 145 universitaires masculins, a rapporté que leur intention d'utiliser le condom un mois plus tard était prédite par leur attitude et leur norme subjective. Ces deux variables expliquèrent à elles seules 53% de la variation de l'intention. L'attitude obtint toutefois un coefficient de régression supérieur à la norme subjective. Un mois plus tard, Fisher a pu interroger de nouveau 44 de ces étudiants. Chez ces derniers, l'intention prédit leur comportement ($R^2=0,19$); toutefois, l'intention ne fut pas le seul déterminant de ce comportement. Une mesure d'érotrophobie-érotophilie, dimension plus émotive, ajouta à la valeur prévisionnelle du modèle. Ainsi, l'intention et cette variable externe expliquèrent-elles 32% de la variation du comportement. Boyd et Wandersman (1991) ont obtenu des résultats similaires. Mesurant l'intention de 109 universitaires d'utiliser le condom dans les trois prochains mois, ils ont rapporté un effet significatif de l'attitude et de la norme subjective sur cette intention, l'attitude étant le meilleur déterminant. Le modèle ainsi obtenu expliqua 34% de la variation totale de l'intention. Cette intention prédit elle-même l'utilisation du condom trois mois plus tard, avec un coefficient de détermination (R^2) de 0,27. Ces chercheurs ont obtenu une amélioration de la prévision de l'intention et du comportement en y ajoutant des variables issues d'autres modèles. L'ajout de la norme morale personnelle (Triandis, 1977) augmenta la prévision de l'intention de 7%, alors que l'utilisation du condom fut davantage expliquée suite à l'ajout de l'habitude et de la perception du risque ($R^2=0,53$). Traëen, Rise et Kraft (1989), ayant utilisé la théorie de l'action raisonnée pour prédire l'intention d'utiliser le condom chez 464 garçons et filles norvégiens de 17 à 19 ans, ont obtenu les résultats suivants: 35,4% de la variation de l'intention fut expliquée par l'attitude, mais principalement par la norme subjective. Toutefois, dans leur étude, seule la mesure indirecte de l'attitude fut utilisée et ce construit ne présenta pas une mesure de consistance interne satisfaisante. Cette faiblesse du coefficient de consistance interne pourrait avoir influencé leurs résultats. Jemmott et Jemmott III (1991), dans leur étude auprès de 103 jeunes filles actives sexuellement, ont rapporté un coefficient de détermination de 0,62, l'intention d'utiliser le condom étant prédite d'abord par l'attitude, puis par la norme subjective. Middlestadt et Fishbein (1990) ont considéré auprès de 101 jeunes femmes universitaires leur intention de demander à leur partenaire d'utiliser le

condom lors de chaque relation sexuelle. Dans leur étude, l'attitude et la norme subjective expliquèrent 35% de la variation de l'intention. Selon ces auteurs, chez les actives sexuellement, l'intention fut davantage sous le contrôle normatif, alors que chez les non-actives, elle était régie d'abord par l'influence de l'attitude.

Plus récemment, Ajzen (1985) proposait une amélioration à la théorie de l'action raisonnée, y ajoutant une nouvelle variable, soit la perception du contrôle comportemental. Ce modèle, soit la *théorie du comportement planifié* (TCP) fut utilisé par quelques chercheurs. Dans leur étude auprès de 1225 élèves de cinquième secondaire, Otis, Godin, Lambert et Pronovost (1990), ayant mesuré les contextes hypothétiques d'utilisation ou non d'anovulants par la partenaire féminine, ont rapporté les résultats suivants. Dans le contexte "avec pilule", l'intention était plus faible que dans le contexte "sans pilule". "Avec pilule", trois variables expliquaient 66% de la variation totale de l'intention d'utiliser le condom avec un nouveau partenaire. Il s'agit de la norme morale, de l'attitude et de la croyance liée au rôle social. Il est à noter que la norme morale et la croyance liée au rôle social appartiennent au modèle de Triandis (1977). "Sans pilule", 44% de la variation totale était expliquée par la norme morale, l'attitude et les croyances comportementales. La variable ajoutée par Ajzen, soit la perception du contrôle comportemental, n'a eu aucune influence dans cette étude. Deux mois plus tard, lorsqu'Otis et collaborateurs (1991) ont mesuré le comportement d'utilisation du condom des élèves pendant ces deux derniers mois, ils ont rapporté que ce comportement était prédit à 53% par l'intention, l'utilisation du condom par le passé, les croyances normatives et l'origine ethnique des répondants. Mais ces résultats ne tenaient que pour le groupe pour lequel le contexte hypothétique imposé au temps 1 correspondait au contexte réel mesuré au temps 2, soit deux mois plus tard (Otis, Godin & Lambert, 1991). Encore là, la perception du contrôle comportemental n'eut aucun effet. Pour leur part, Lavoie et Godin, (1991) ont étudié les déterminants de l'intention d'utiliser le condom lors de chaque relation sexuelle avec toute nouvelle ou nouveau partenaire chez des élèves d'un cours de métier au secondaire. Chez les 53 étudiants actifs sexuellement, cinq variables ont expliqué 64% de la variation de l'intention: l'attitude a obtenu le meilleur coefficient de régression; la norme subjective eut une influence importante; le troisième déterminant fut l'habitude ou le comportement passé; les croyances de contrôle affichèrent un bêta de 0,22; et la perception du contrôle comportemental obtint un score de régression standardisé de 0,19. Lorsque Lavoie et Godin ont considéré seulement les variables de la théorie de l'action raisonnée, l'attitude et la norme subjective expliquèrent 49% de la variation de l'intention. Dans ce modèle, l'attitude fut plus importante que la norme subjective.

Otis, Godin et Lambert (1993) ont aussi utilisé cette théorie, mais l'ont enrichie de variables issues d'autres modèles. Dans leur étude auprès de 2861 élèves de secondaire I à IV des rives sud et nord de Montréal, ils ont rapporté que l'intention d'utiliser le condom avec un ami régulier était prédite par huit variables: 1° leur norme morale personnelle face à l'utilisation du condom; 2° leur attitude; 3° leurs croyances comportementales; 4° la croyance liée au rôle social; 5° la perception du comportement des amis proches; 6° la perception du contrôle comportemental; 7° le fait d'être actifs sexuellement et 8° l'âge ($R^2=0,51$). Ces deux dernières variables avaient une influence négative.

Ainsi, selon ces deux dernières théories (TAR et TCP), le comportement d'utilisation du condom chez les adolescents semblerait en partie sous l'influence de facteurs comme l'intention. L'intention serait elle-même expliquée de 17 à 62% par l'attitude et la norme subjective, l'importance relative de ces deux facteurs changeant selon les populations étudiées. Le rôle de la perception du contrôle comportemental sur la prédiction de l'intention ne serait pas évident. De plus, on voit que dans plusieurs cas, la valeur prévisionnelle de ces deux théories a été améliorée par l'ajout d'autres variables. Par exemple, les auteurs qui ont combiné la théorie de Fishbein et celle de Bandura, auraient démontré que l'ajout de la croyance en l'efficacité personnelle (*self-efficacy*) améliorerait souvent la prévision de l'utilisation du condom ou de son intention (Basen-Engquist & Parcel, 1992; Schaalma, Kok & Peters, 1993).

4. Cadres théoriques et hypothèses de recherche

Dans la présente étude, nous avons utilisé comme cadre conceptuel une combinaison de différentes théories. La plupart des variables respecte la définition opérationnelle des variables proposées par la théorie de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975) et par la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985). Cependant, certaines variables psychosociales ont été tirées d'autres théories telles le modèle des croyances relatives à la santé [HBM] (Becker et al., 1974, 1988) et la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1977).

4.1 Théorie de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975) (voir figure 1)

Selon Fishbein et Ajzen (1975), l'intention (I) qu'un individu a d'adopter ou de ne pas adopter un comportement donné est déterminée par deux variables: par son attitude vis-à-vis ce comportement (Aact-composante attitudinale) et par l'importance que cet individu attribue à la norme subjective, soit à l'opinion des personnes qui sont pour lui, significatives (SN-composante normative). Ce modèle est représenté sous forme d'une équation de régression multiple, ces deux variables déterminant l'intention comportementale. Les coefficients de régression (W_1 et W_2) permettent d'établir le poids relatif de chacune de ces deux variables. Selon la théorie de l'action raisonnée, ces poids devraient changer, compte tenu du type de comportement à l'étude, du contexte établi et des caractéristiques interindividuelles.

Spécifiquement, ces relations sont représentées par l'équation suivante: $B-I = (Aact) W_1 + (SN) W_2$

L'attitude (Aact) d'une personne face à un comportement est elle-même déterminée par ses croyances à l'égard de ce même comportement. Généralement, les individus évaluent la probabilité qu'une conséquence survienne après l'adoption d'un comportement (b_i) (croyances comportementales) et ils accordent une valeur à ces conséquences (e_i) (évaluation subjective). Ceci correspond à une mesure indirecte de l'attitude ($\sum b_i e_i$).

La norme subjective (SN) est elle-même déterminée par l'approbation ou la désapprobation perçue des personnes significatives dans son entourage face à ce comportement (NB_j) (croyances normatives) et par la motivation à se conformer à l'opinion de ces personnes (MC_j). Ceci correspond à une mesure indirecte de la norme subjective ($\sum NB_j \times MC_j$).

Également, la théorie présume que la mesure de l'intention d'un individu vis-à-vis la réalisation d'un comportement spécifique permet de prédire ce comportement. Néanmoins, la force de l'association entre l'intention et le comportement est dépendante de trois conditions:

Premièrement, l'intention mesurée doit concorder au même niveau de spécificité que le comportement à l'étude. Cette concordance est constituée à partir de 4 critères; l'action (le comportement visé), la cible (l'objet d'attitude), le contexte (les circonstances spécifiques dans lesquelles le comportement doit avoir lieu) et le temps (le moment où ce comportement doit être accompli).

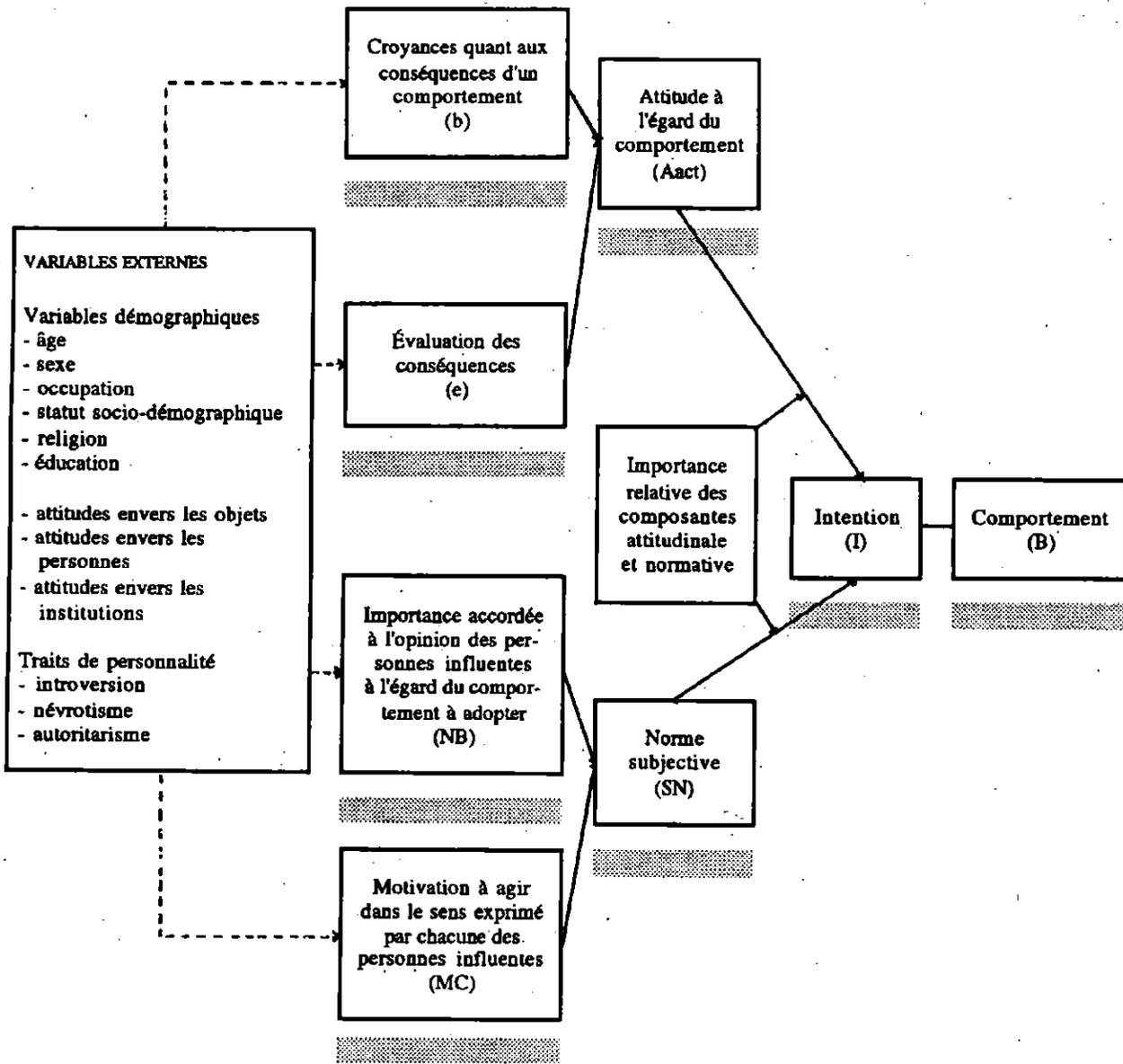
Deuxièmement, l'intention ne devrait pas être modifiée entre le moment où elle est mesurée et le moment où le comportement est observé.

Troisièmement, le comportement étudié doit être sous le contrôle volontaire.

En dernier lieu, les tenants de cette théorie maintiennent que les variables dites «externes» comme l'âge, le sexe, l'éducation et les différents traits de personnalité n'affectent pas la valeur prévisionnelle de la théorie. L'influence que ces variables peuvent avoir sur la valeur prévisionnelle est indirecte, parce que filtrée à travers les croyances et les autres éléments du modèle.

Figure 1

Illustration schématique du modèle de Fishbein et Ajzen qui découle de la théorie de l'action raisonnée (tiré de Ajzen & Fishbein, 1980)



----- Explications possibles des relations observées entre les variables externes et le comportement

_____ Relations théoriques postulées entre les variables

4.2 Théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985) (voir figure 2)

Selon Ajzen (1985), la théorie de l'action raisonnée est particulièrement utile lorsqu'il s'agit d'étudier des comportements sous le contrôle de la volonté. Il y a contrôle total lorsqu'il n'existe aucun obstacle à l'adoption d'un comportement. Par contre, on dit qu'il y a un manque de contrôle si l'adoption d'un comportement exige ressources, habiletés, opportunités etc. La théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985) a été développée en voulant tenir compte de ce manque de contrôle. Ainsi, Ajzen a-t-il ajouté au modèle présenté par Fishbein un nouveau concept. Ce concept correspond à la perception qu'a l'individu de son contrôle (physique ou psychologique) sur le comportement futur.

Selon la théorie du comportement planifié, pour établir une meilleure prévision du comportement sur lequel l'individu a uniquement un contrôle restreint, nous devons estimer non seulement son intention, mais également nous devons obtenir quelques estimations du degré de contrôle qu'il croit pouvoir exercer sur le comportement en question.

L'importance de ce concept de perception du contrôle comportemental (PBC) a été démontrée par quelques chercheurs (DeVries, Dijkstra & Kuhlman, 1988; Schifter & Ajzen, 1985; McCaul, O'Neill & Glasgow, 1988). D'après Ajzen, l'influence de la perception du contrôle comportemental peut s'exercer selon deux scénarios:

- 1) la perception du contrôle comportemental (PBC) peut agir sur l'intention, avec un poids W_3 , de la même manière que l'attitude (Aact) et la norme subjective (SN). La perception du contrôle comportemental devient donc un facteur de motivation, au même titre que l'attitude et la norme subjective.

L'équation de régression est ainsi représentée: $I = (Aact) W_1 + (SN) W_2 + (PBC) W_3$

- 2) également cette perception peut prédire directement le comportement, comme l'intention, lorsque le comportement n'est pas sous le total contrôle de l'individu.

L'équation s'exprime ainsi: $B = (I) W_4 + (PBC) W_5$

Nous croyions que la perception du contrôle comportemental pouvait effectivement jouer un rôle sur l'utilisation du condom lors d'une relation sexuelle, et ce, parce que la réaction de l'autre et d'autres facteurs peuvent favoriser ou entraver l'adoption du comportement.

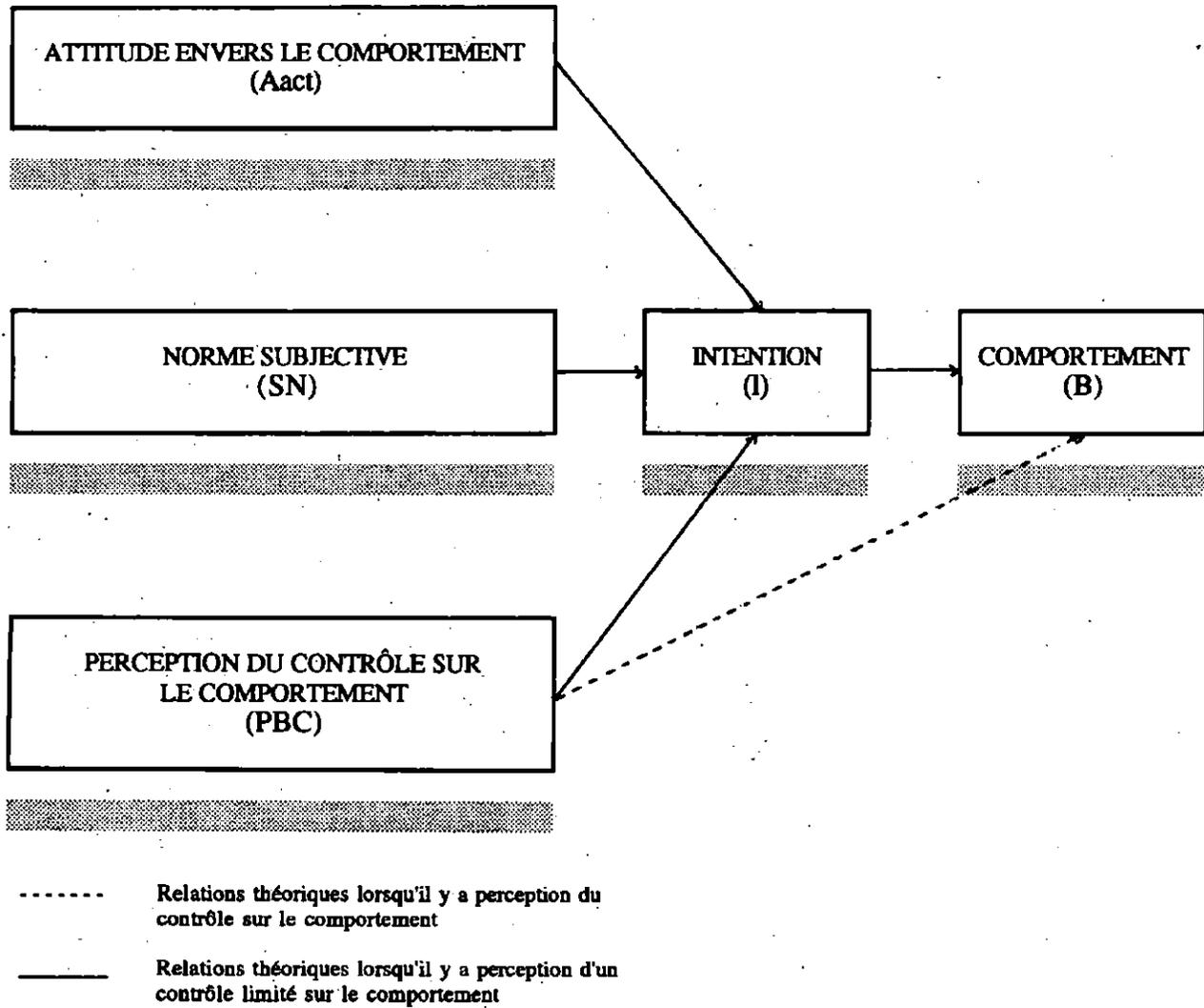
Ainsi, il y a deux conditions qui doivent être présentes pour que l'on soit en mesure d'observer l'effet de la variable "perception du contrôle comportemental" sur l'intention ou sur le comportement:

- 1) ce dernier ne doit pas être sous le contrôle volontaire total de l'individu, sans quoi la théorie du comportement planifié serait réduite à la théorie de l'action raisonnée;
- 2) la perception du contrôle comportemental doit se rapprocher le plus possible du contrôle comportemental réel.

Tout comme l'attitude et la norme subjective, la perception de contrôle a aussi sa mesure indirecte. Il s'agit de recueillir la probabilité que certains facteurs rendent plus facile ou plus difficile l'adoption du comportement ($\sum PB_k$) (Ajzen, 1985). On parle alors de croyances de contrôle ou de barrières perçues.

Figure 2

La théorie du comportement planifié
(Ajzen & Madden, 1986)



4.3 Autres théories utilisées

Afin d'améliorer la valeur prévisionnelle de la théorie du comportement planifié, nous avons ajouté d'autres variables tirées de la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1977) et du modèle des croyances relatives à la santé (HBM) (Becker et al., 1974, 1988).

Dans la présente étude, les deux variables tirées de la théorie de Triandis sont: la norme morale personnelle (PNB) et la croyance liée au rôle social (Rb). La norme morale influence les intentions comportementales d'une personne, car elle est en rapport avec le sens moral d'un individu face à l'exécution d'un comportement donné. En ce qui concerne la croyance liée au rôle social, elle se rapporte à la perception qu'a un individu du caractère approprié d'un comportement donné chez les personnes qui appartiennent à un groupe social similaire au sien. Cette dernière variable a été choisie, parce que plusieurs études laissent entendre que le concept de norme subjective tel que proposé par Fishbein et Ajzen (1975) est mal défini (Lutz, 1976; Valois, Desharnais & Godin, 1988).

Nous avons tiré une dernière variable du HBM, il s'agit de la perception du risque soit la perception d'une menace pour la santé (Becker et al., 1974).

4.4 Hypothèses de recherche

Les hypothèses de recherche sont, pour l'ensemble de l'échantillon à l'étude:

H1: l'intention d'utiliser le condom sera prédite par l'attitude, la norme subjective (indirecte) et la perception du contrôle face à son utilisation, chacune des variables étant pondérée par son importance relative:

$$I = f [(A_{act})W_1 + (\sum NB_i MC_i)W_2 + (PBC)W_3]$$

H2: l'attitude face à l'utilisation du condom sera prédite par la somme de la force de chacune des croyances comportementales:

$$A_{act} = f(\sum b_i)$$

H3: la perception du contrôle face à l'utilisation du condom sera prédite par la somme des croyances de contrôle:

$$PBC = f(\sum PB_k)$$

H4: aucune autre variable externe à la théorie du comportement planifié n'exercera une influence directe sur l'intention d'utiliser le condom.

Chez les actifs sexuellement:

H5: le comportement d'utilisation du condom par le passé sera associé à l'intention et à la perception du contrôle comportemental.

H6: aucune variable externe à la théorie du comportement planifié n'exercera une influence directe sur le comportement d'utilisation du condom.

Il est à noter que les hypothèses ont été transformées en hypothèses nulles à des fins statistiques.

5. Méthodologie

5.1 Devis

L'étude est transversale, analytique. Le devis utilisé est celui d'une recherche par enquête. Les données ont donc été recueillies par le biais d'entrevues structurées auprès des jeunes acceptant de participer à l'étude.

5.2 Population à l'étude

La population à l'étude est formée de l'ensemble des jeunes, garçons et filles, qui fréquentaient en 1991-92, 43 organismes communautaires du territoire de l'Unité de santé publique de l'hôpital Charles LeMoine (environ 5 000 à 6000 jeunes les fréquentent chaque année).

Des 43 organismes, 27 ont accepté de participer à l'étude (annexe 1). L'effectif total fut de 306 adolescents, 49 sujets ont été classés dans le groupe fréquentant des organismes à vocation particulière (OVP: organismes s'apparantant à des centres de réadaptation pour jeunes en difficultés) et les autres sujets, soit 257, ont été classés dans le groupe fréquentant des organismes à vocation générale (OVG: organismes correspondant davantage aux caractéristiques des maisons de jeunes).

5.3 Entente avec les organismes communautaires du territoire de l'Unité de santé publique de l'hôpital Charles LeMoine

Dans un premier temps, une lettre a été adressée aux 43 organismes communautaires de la région. Par la suite, ils ont été contactés par téléphone. Sur ces quarante-trois organismes contactés, cinq ont refusé parce qu'ils desservaient une population adulte, quatre autres organismes recevaient une population trop jeune pour participer à l'étude, sept autres n'étaient pas intéressés à participer. Suite à cela, le projet a été présenté en détail au Conseil d'administration et aux éducateurs des divers centres participants. Lors de la présentation, l'entente sur la confidentialité des entrevues et des résultats a été discutée.

5.4 Calcul de l'effectif

Puisque l'ensemble des analyses statistiques prévues à l'étude s'appuient fondamentalement sur la matrice des coefficients de corrélation, le calcul de l'effectif a été basé sur la stabilité de cette matrice. Afin de faciliter le calcul, une population infinie a été considérée. Un effectif de 300 nous assurait pour une corrélation variant de 0,5 à 0,9, d'une erreur-type relative variant de 12,0% à 6,6% (ce qui témoigne d'une stabilité acceptable de la matrice de corrélation).

5.5 Échantillonnage et recrutement

Étant donné la nature des organismes ciblés, étant donné la mobilité de la population fréquentant ces organismes, étant donné l'absence de listes échantillonales, un échantillon probabiliste était impossible à réaliser pour cette étude.

Un échantillon non probabiliste de volontaires a été constitué de la façon suivante. Dans chacun des organismes participants, deux rendez-vous différents ont été fixés (jour et heure différents), de façon à rejoindre une clientèle plus représentative de chacun de milieux. À partir de ces rendez-vous, il a fallu utiliser deux stratégies de recrutement:

- 1) dans les milieux où la population-cible était temporairement captive, l'animateur choisissait à l'aide du responsable de la recherche un certain nombre de jeunes qui représentaient le mieux les différents profils des jeunes fréquentant cet organisme. Ces jeunes étaient invités à participer à l'étude et un rendez-vous était fixé avec eux, a priori, s'ils acceptaient de participer. (Près de 60% des jeunes ont été recrutés de cette façon).

- 2) dans les milieux où la population-cible était extrêmement mobile, les administrateurs du questionnaire se présentaient à l'heure et à la journée prévue. À chaque heure de présence, ils sollicitaient la participation d'un jeune au hasard, tentant toutefois d'avoir autant de filles que de garçons dans l'étude. Si le jeune refusait, ils allaient immédiatement vers un autre jeune. (Autour de 40% des jeunes ont été recrutés de cette façon).

Pendant les deux mois de la cueillette de données, il a été possible de recruter ainsi 306 participants. Cinquante-neuf déplacements ont été nécessaires, soit environ deux visites par organisme, tel que planifié.

5.6 Questionnaire

5.6.1 Étude préliminaire

Une étude préliminaire visant la construction du questionnaire de l'étude principale a été effectuée. Cette étape, inspirée d'une méthodologie proposée par Ajzen et Fishbein (1980), visait à recueillir auprès d'un échantillon représentatif de la population à l'étude, sous forme de questions ouvertes, les avantages et les désavantages perçus face à l'utilisation du condom, les gens ou les groupes de personnes qui approuveraient ou désapprouveraient ce comportement et les barrières psychologiques ou physiques anticipées par rapport à ce même comportement. Cette information était nécessaire afin d'identifier les croyances les plus saillantes dans cette population. Les items ayant été mentionnés le plus souvent ont été retenus et inclus dans le questionnaire de l'étude principale (Ajzen & Fishbein, 1980, pages 69-70). Ces items sont en quelque sorte la base pour les mesures indirectes de l'attitude, de la norme subjective et de la perception du contrôle comportemental, faisant référence aux croyances comportementales, normatives et de contrôle.

5.6.2. Étude principale

L'étude principale fut réalisée par le biais d'un questionnaire construit de façon à permettre une entrevue structurée (avec quelques questions ouvertes) avec les 306 répondants recrutés. Rappelons au lecteur que, bien que l'entrevue demande un temps de cueillette de données beaucoup plus long que le questionnaire auto-administré, cette technique nous assurait, auprès de ce type de clientèle, d'une meilleure validité (Rotheram-Borus & Koopman, 1989).

Ce questionnaire a permis de recueillir les données se rapportant à la fois aux variables de la théorie du comportement planifié et aux variables dites externes au modèle. Ces variables externes étaient principalement issues de la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1977): la croyance liée au rôle social, la norme morale personnelle; issues du modèle des croyances liées à la santé (Rosenstock, 1974): la perception du risque; la perception des comportements à risque et préventifs des autres; et finalement, les connaissances sur le sida et ses modes de transmission.

Dans la version finale du questionnaire, les divers instruments de mesure avaient une consistance interne acceptable, les variables obtenant des alpha de Cronbach variant de 0,60 à 0,73 (tableau 1).

Tableau 1
Consistance interne des variables calculée par l'alpha de Cronbach (N = 306)

Référence au modèle	Nom des variables	Alpha de Cronbach
Σb	croyances comportementales (attitude indirecte)	0,73
Aact	attitude directe	0,69
$\Sigma NBMC$	croyances normatives (norme subjective indirecte)	0,67
ΣPB	croyances de contrôle (perception du contrôle comportemental indirect)	0,60

5.7 Définitions opérationnelles des variables

La majorité des indicateurs (items) des variables du modèle ont été mesurés par des échelles ordinales à cinq niveaux. Toutes les variables appartenant à la théorie du comportement planifié tiennent compte de l'utilisation du condom avec un(e) ami(e) régulier(e), lorsque la partenaire féminine prend déjà la pilule. Ce contexte a été imposé parce qu'il représente le contexte pour lequel les jeunes sont à l'heure actuelle moins favorables à utiliser le condom (Otis et al., 1992). Le questionnaire est présenté en annexe 2. Le lecteur pourra remarquer que le questionnaire a été construit de manière à permettre à un répondant d'orientation homosexuelle ou bisexuelle de participer à l'étude.

5.7.1 Variable dépendante chez les actifs sexuellement

Proportion de relations sexuelles protégées par le condom

Nous avons recueilli sous forme d'une question fermée la proportion de relations sexuelles protégées par le condom. L'échelle variait de AUCUNE, LA MINORITÉ, LA MOITIÉ, LA MAJORITÉ et TOUTES.

5.7.2 Variable dépendante dans tout l'échantillon

L'intention (I)

L'intention a été mesurée par un seul item à cinq niveaux. On demandait aux adolescents dans quelle mesure ils étaient décidés à utiliser le condom avec un(e) ami(e) régulier(e) si la fille prend déjà la pilule. L'échelle variait de TRÈS EN ACCORD (+2) à TRÈS EN DÉSACCORD (-2). Le score pouvait varier de -2 à +2.

5.7.3 Variables issues de la théorie du comportement planifié

L'attitude face à la réalisation du comportement: mesure directe (Aact)

Les sujets indiquaient leur attitude vis-à-vis à l'utilisation du condom sur une échelle sémantique différentielle composée de six paires d'adjectifs variant chacun de -2 à +2. Les adjectifs utilisés étaient: plate-le fun; moche-excitant; embarrassé-à l'aise; inutile-utile; inquiétant-rassurant; irresponsable-responsable.

Chacune de ses six paires d'adjectifs suivait cet énoncé: "l'utilisation du condom avec un(e) ami(e) régulier(e) si la fille prend la pilule, serait... pour moi". Le score global de l'attitude, obtenu en faisant la somme des scores des six items, s'étendait de -12 à +12.

L'attitude: mesure indirecte ($\sum b_i$) ou croyances comportementales

Les avantages et désavantages de l'utilisation du condom retenus à la suite de l'étude préliminaire étaient les suivants:

Avantages: l'utilisation du condom... me protégerait contre une MTS; me protégerait contre le sida; éviterait que ma partenaire devienne enceinte.

Désavantages: l'utilisation du condom... serait lassante à la longue; rendrait la relation moins naturelle; diminuerait mon plaisir sexuel; rendrait la relation moins romantique; m'inquiéterait que le condom se brise; interromprait le déroulement de la relation; me donnerait un sentiment de manque de confiance; diminuerait le goût de faire l'amour et rendrait difficile l'érection.

La probabilité que chaque conséquence survienne (b_i) a été mesurée sur une échelle variant de TRÈS EN ACCORD (+2) à TRÈS EN DÉSACCORD (-2) pour les avantages et de TRÈS EN ACCORD (-2) à TRÈS EN DÉSACCORD (+2) pour les désavantages. La sommation du score de l'attitude indirecte variait entre -24 et +24.

L'évaluation subjective (soit e_j) n'a pas été mesurée dans cette étude, compte tenu de la longueur du questionnaire et de la répétition qu'elle aurait obligé au niveau de chacun des items mesurés.

La norme subjective, mesure indirecte ($\sum NB_j \times MC_j$)

Les personnes significatives retenues à la suite de notre étude préliminaire étaient: mon partenaire sexuel; mes amis et amies; mon père; mon éducateur; mon médecin et ma mère. Pour chacune de ces personnes (NB_j), les adolescents devaient indiquer si celle-ci serait en accord ou en désaccord avec le fait qu'ils utilisent le condom. Chaque item variait de TOTALEMENT EN DÉSACCORD (-2) à TOTALEMENT EN ACCORD (+2). Ces items représentaient en quelque sorte les croyances normatives.

Afin de mesurer la motivation à se conformer (MC_j), nous avons demandé aux sujets, concernant l'utilisation du condom, s'ils avaient habituellement «tendance à tenir compte de l'opinion de» chacune des personnes significatives. Les réponses pouvaient varier de PAS DU TOUT (1) à BEAUCOUP (3). La sommation de la force de chacune des croyances normatives (NB_j), pondérée par la motivation à se conformer (MC_j), constituait le score global de ce construit. Il variait de -21 à +21.

La perception du contrôle comportemental: mesure directe (PBC)

Elle a été mesurée par un seul item, variant de -2 à +2. Nous avons demandé aux répondants dans quelle mesure, s'ils le voulaient, ils pourraient facilement utiliser le condom. L'échelle variait de TRÈS EN ACCORD (+2) à TRÈS EN DÉSACCORD (-2).

La perception du contrôle comportemental: mesure indirecte ($\sum PB_k$) ou croyances de contrôle

Pour chacune des croyances de contrôle retenues à partir de l'étude préliminaire, le répondant devait identifier les raisons ou contextes pour lesquels il lui serait plus difficile d'utiliser le condom. Ces raisons ou contextes étaient: ne pas savoir où acheter les condoms; ne pas avoir l'argent pour acheter des condoms; être gêné d'acheter des condoms; être convaincu que son partenaire n'a pas de MTS; le désaccord du partenaire; la gêne de demander au partenaire d'utiliser le condom; ne pas avoir de condoms sur soi au bon moment; la gêne de mettre le condom; être sous l'effet de l'alcool ou de la drogue; oublier le condom dans le feu de l'action; ou avoir passé un test de dépistage qui confirme qu'on est négatif.

Chaque item était mesuré sur une échelle variant de TRÈS FACILE (-2) à TRÈS DIFFICILE (+2). La sommation de tous les items variait de -22 à +22, +22 indiquant une perception de barrières fortes ou une perception de contrôle faible.

5.7.4 Variables externes au modèle

La norme morale (NB)

La norme morale personnelle a été mesurée par la question suivante: "si j'avais une blonde, je ne vois pas pourquoi je devrais utiliser le condom si ma partenaire prend déjà la pilule". L'échelle variait de TRÈS EN ACCORD (-2) à TRÈS EN DÉSACCORD (+2).

La croyance liée au rôle social (Rb)

La croyance liée au rôle social a été mesurée par un seul item. Nous demandions à l'adolescent dans quelle mesure il était correct ou non pour un garçon de son âge d'utiliser le condom avec une amie régulière si la fille prend déjà la pilule. L'échelle variait de TRÈS EN ACCORD (+2) à TRÈS EN DÉSACCORD (-2).

Les normes comportementales

Nous avons demandé aux jeunes d'évaluer la proportion de leurs ami(e)s proches: 1) ayant des relations sexuelles; 2) utilisant le condom, avec la pilule; et 3) utilisant le condom, sans la pilule. Les sujets pouvaient répondre sur une échelle de AUCUN (1) à TOUS (5).

La perception du risque à la santé

La perception du risque a été mesurée par douze items. La perception du risque de grossesse, la perception du risque de contracter le sida et la perception de contracter une MTS autre que le sida, et ce en fonction de quatre situations: avec pilule et avec condom, sans pilule et avec condom, avec pilule et sans condom, sans pilule et sans condom. Chacun des items a été mesuré sur une échelle de FAIBLE (1) à ÉLEVÉ (4).

Les connaissances

Les connaissances à propos des MTS, du sida et du condom ont été mesurées en fonction de vingt-sept énoncés. Pour chaque énoncé, le sujet répondait par "vrai, faux ou je ne sais pas". Un score global a été calculé, après avoir accordé 1 aux réponses correctes et 0 aux réponses incorrectes.

Données sociodémographiques

Nous avons dégagé plusieurs caractéristiques sociodémographiques telles que le genre du répondant, l'âge, la langue parlée à la maison, l'endroit où il habitait au moment de la rencontre, l'origine ethnique de son père et de sa mère, sa religion, s'il fréquentait l'école ou pas, les plans pour le futur et le statut économique perçu de sa famille.

Données comportementales

D'autres variables liées à leurs comportements sexuels et préventifs ont été recueillies.

a) Relation affective stable

Nous avons demandé aux jeunes s'ils avaient, au moment de l'étude, un(e) ami(e) régulier(e) et la durée de la relation avec cette personne.

b) Activité sexuelle

Les jeunes devaient répondre s'ils avaient déjà eu au moins une relation sexuelle avec pénétration. Dans notre étude, actif sexuellement, signifie avoir déjà eu au moins une relation sexuelle avec pénétration du pénis dans le vagin ou dans l'anus.

Chez les actifs sexuellement, nous avons recueilli d'autres informations.

c) Âge à la première relation sexuelle

Cette question était ouverte et a été traitée de façon quantitative.

d) Nombre de relations sexuelles

Le répondant devait indiquer le nombre de relations sexuelles avec pénétration qu'il avait eues, incluant la première. Lorsque le répondant avait de la difficulté à estimer le nombre, l'interviewer inscrivait «plus que 15». D'après les fréquences obtenues, cette variable a été considérée de façon catégorielle: 15 relations sexuelles ou moins, score 0; et plus de 15 relations sexuelles, score 1.

e) Nombre de partenaires sexuels différents

L'adolescent devait indiquer combien de partenaires sexuels différents il avait eus depuis sa première relation. Cette variable comprenait trois catégories: un seul, deux à cinq, six ou plus.

f) Méthode(s) de protection contre les grossesses et MTS/sida utilisée(s) lors de la première relation sexuelle

Le répondant indiquait la ou les méthodes utilisées lors de la première relation sexuelle. Les réponses ont été regroupées de cette façon:

- aucune méthode ou utilisation d'une méthode inefficace, score 0;
- pour pilule, lorsque les contraceptifs oraux ou toute autre forme de contraception efficace, sauf le condom étaient employés, score 1;
- pour condom, lorsque le condom a été utilisé seul ou simultanément avec une autre méthode, score 2.

g) Méthode(s) de protection utilisée(s) lors de la dernière relation sexuelle

De la même manière, le répondant indiquait la ou les méthodes utilisées lors de la dernière relation sexuelle. Les réponses ont été regroupées tel qu'indiqué précédemment.

h) Proportion de relations sexuelles protégées par la pilule

Cette variable a été utilisée de façon identique à la proportion de relations sexuelles protégées par le condom.

i) Expérience de grossesse

Les filles devaient répondre si elles avaient déjà été enceintes, et si oui, elles devaient indiquer si elles s'étaient déjà fait avorter. Cette variable a été traitée de façon dichotomique, oui, score 0; et non, score 1. Les garçons devaient indiquer si, à leur connaissance, une fille avait déjà été enceinte d'eux, et si oui, si elle s'était fait avorter.

j) Expérience de symptômes laissant croire à une MTS

Nous demandions aux adolescents s'ils avaient déjà eu des symptômes (malaises, douleurs, rougeurs, écoulements [pour les garçons]; pertes [pour les filles]) laissant croire qu'ils avaient contracté une MTS. Cette variable a été traitée comme la variable précédente.

k) MTS déjà traitées

Cette variable a été traitée également de la même façon que les deux variables précédentes.

5.8 Procédures de cueillette de données

L'étude préliminaire a été réalisée au début de l'automne 1991, alors que l'étude principale s'est déroulée en novembre et décembre 1991. Les entrevues structurées, complètement anonymes, d'une durée d'environ 60 minutes, ont été effectuées par cinq administrateurs. Toutes les entrevues se sont déroulées à huis clos avec chacun des participants. Les cinq administrateurs avaient préalablement été formés et ont tous participé au prétest de l'instrument de mesure. De plus, ils ont été répartis de façon aléatoire à l'intérieur de l'horaire planifié par le coordonnateur de la recherche, afin de réduire le plus possible le biais lié aux observateurs.

5.9 Qualité des données

Les techniques retenues pour mesurer les différentes variables de la présente étude sont les mêmes que celles proposées par Ajzen et Fishbein (1980). Ces techniques ont été utilisées à plusieurs reprises dans des études du même type et ont donné lieu à de bons instruments de mesure. Nous croyions que l'emploi de cette démarche classique permettait d'assurer à notre questionnaire une bonne validité de contenu, de critère et de construit. Nous avons appliqué les procédures usuelles, telles le calcul du coefficient alpha de Cronbach, afin d'évaluer le degré de consistance interne des questions à items multiples.

5.10 Analyse des données

Pour l'étude principale, un ensemble de statistiques descriptives ont été compilées sur les variables catégorielles et les scores obtenus. Dans un second temps, les analyses bivariées ont été effectuées entre les mesures directes et indirectes d'attitude ($A_{act} - \sum b_i$) et de perception du contrôle comportemental ($PBC - \sum PB_k$). En troisième lieu, en ce qui concerne les analyses de la prévision de l'intention et de la prévision du comportement, la régression hiérarchique multiple a été utilisée. D'autres analyses ont été faites pour divers sous-groupes (garçons et filles, sexuellement actifs ou non, etc.) sur leurs croyances. Des comparaisons ont été faites principalement par le T^2 d'Hotelling et l'analyse discriminante.

6 Résultats

6.1 Résultats descriptifs

6.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon final fut composé de 306 jeunes dont 49 ont été recrutés dans des organismes à vocation particulière (OVP: 16,0%) et 257 dans des organismes à vocation générale (OVG: 84,0%). L'âge moyen des répondants était de 15,3 ans et les jeunes des OVP étaient légèrement plus âgés que les jeunes des OVG (15,96 ans c. 15,20 ans, $p: 0,006$). Davantage de garçons que de filles ont participé à l'étude, soit 57,8%. Par contre, dans les OVP, la proportion de filles fut supérieure (OVP: 55,1% c. OVG: 39,7%, $p: 0,05$). Dans l'ensemble, 77,1% des élèves fréquentaient l'école au moment de l'étude; mais cette proportion était moindre parmi les jeunes des OVP (OVP: 40,8% c. OVG: 82,1%, $p: 0,0001$).

6.1.2 Caractéristiques comportementales

Consommation d'alcool ou de drogues et comportements sexuels

Dans l'ensemble, la consommation d'alcool et la consommation de drogues douces semblaient des comportements relativement fréquents chez ces répondants. En effet, 39,9% des jeunes ont déclaré consommer de l'alcool occasionnellement, alors que 53,9% disaient en consommer régulièrement. Soixante dix pour cent des répondants (70,6%) ont rapporté avoir consommé des drogues douces au moins une fois et 2,3% ont dit avoir utilisé des drogues injectables au moins une fois.

Près de 44,0% des répondants vivaient une relation amoureuse au moment de l'étude et 13,1% vivaient cette relation depuis plus de six mois. La masturbation semblait une pratique assez courante chez ces jeunes, puisque 61,8% des sujets ont déclaré s'être déjà masturbés au moins une fois et 72,2% auraient déjà masturbé quelqu'un. Moins de 4,0% des jeunes auraient déjà eu des contacts sexuels (pas nécessairement avec pénétration) en échange de drogues (3,9%), d'argent (3,6%), de cadeaux (1,0%) ou d'un service (2,0%). En fait, 2,0% au total déclarèrent avoir déjà fait de la prostitution. Plus de 16,0% (16,3%) des participants à l'étude ont dit avoir déjà eu des contacts sexuels (attouchements, caresses aux organes génitaux, etc.) sans leur consentement et 7,2% rapportèrent avoir déjà eu des contacts sexuels avec quelqu'un du même sexe qu'eux. Finalement, 71,9% des répondants ont affirmé avoir déjà eu au moins une relation sexuelle avec pénétration (vaginale ou anale).

Vécu sexuel des répondants actifs sexuellement

Les prochains résultats s'appliquent uniquement aux 220 répondants (soit 71,9%) déclarant avoir déjà eu au moins une relation sexuelle avec pénétration. Parmi ceux-ci, les relations orogénitales passives et actives semblaient relativement fréquentes (respectivement 81,8% et 71,8%); alors que 15% d'entre eux ont rapporté avoir déjà eu au moins une relation anale. Les deux tiers des répondants actifs sexuellement ont affirmé consommer habituellement de l'alcool avant les relations sexuelles (61,8%), alors que le tiers d'entre eux a dit avoir des relations sexuelles dans un contexte habituel de consommation de drogues (34,5%). Près de 60,0% des sujets ont eu plus de 15 relations sexuelles avec pénétration vaginale et le multiple partenariat semblait modérément fréquent. En effet, seulement 19,5% des participants déclarèrent n'avoir eu qu'un(e) seul(e) partenaire, alors que 39,5% en auraient eu entre deux et cinq, 20,5% entre six et dix et 20,5% plus de dix, depuis leur première relation (inclusivement).

Pour près de la moitié des sujets actifs sexuellement, les relations sexuelles ont eu lieu uniquement avec un(des) partenaire(s) amoureux (blonde(s), ou chum(s): 47,3%), ou avec, soit un(des) partenaire(s) amoureux ou un(des) partenaire(s) occasionnel(s) (48,2%). Seulement 4,5% des répondants affirmèrent avoir eu des relations sexuelles uniquement avec un(des) partenaire(s) occasionnel(s).

En ce qui concerne la première relation sexuelle, elle aurait eu lieu en moyenne à 13,5 ans. Seulement 13,6% des sujets auraient consommé de l'alcool et 6,8% de la drogue lors de cette

première expérience. Pour la majorité d'entre eux, soit 70,9%, cette relation leur aurait apporté un certain plaisir sexuel. D'autre part, la dernière relation sexuelle se serait vécue dans un contexte amoureux (avec la blonde ou le chum) pour la majorité des sujets (83,2%); 16,4% auraient consommé de l'alcool juste avant, alors que 12,3% auraient consommé de la drogue.

Au total, 11,3% des répondants auraient déjà été confrontés à une grossesse (2,7% avec avortement, 8,6% sans avortement); 17,7% auraient déjà eu des symptômes leur laissant croire qu'ils avaient contracté une MTS et 5,0% affirmèrent avoir été traités au moins une fois pour une MTS.

Comportements préventifs

Malgré les conduites à risque décrites précédemment, les répondants semblaient tout de même relativement familiers avec certains comportements de prévention. En effet, 65,0% des sujets ont dit avoir utilisé le condom à leur première relation sexuelle et 62,3% l'auraient utilisé à leur dernière. Par contre, si l'on considère la fréquence d'utilisation du condom depuis la première relation sexuelle jusqu'à la dernière, on observe les résultats suivants: 5,0% des répondants ont déclaré ne jamais l'avoir utilisé, 14,5% la minorité du temps, 17,3% la moitié du temps, 25,5% la majorité du temps et 37,7% toujours. En ce qui concerne l'utilisation des anovulants, 46,8% n'ont jamais été protégés par cette méthode, alors que 15,9% l'ont été la majorité du temps ou toujours. Près de 40,5% des participants à l'étude ont dit avoir déjà passé un test de dépistage des MTS.

6.1.3 Caractéristiques psychosociales

Variables d'Ajzen

Tel que présenté au tableau 2, nous observons que l'intention des répondants d'utiliser le condom était relativement élevée. Les adolescents croyaient avoir un contrôle relativement élevé vis-à-vis ce comportement et leurs barrières perçues face à l'utilisation du condom semblaient plutôt faibles, ce qui signifie qu'ils avaient des croyances de contrôle plutôt élevées. Leur attitude, mesurée de façon directe ou indirecte, était plutôt favorable. De plus, leurs croyances normatives dénotaient des pressions sociales plutôt positives.

Variables de Triandis

La plupart des jeunes croyait qu'il était très adéquat pour un jeune d'utiliser le condom avec sa blonde, même si celle-ci prenait la pilule (croyance liée au rôle social). La norme morale personnelle était chez ces répondants, également élevée.

Variables externes aux modèles

La plupart des jeunes croyait que la majorité de leurs amis étaient sexuellement actifs. Ils croyaient davantage que la majorité de ceux-ci utilisait le condom, sans la pilule. Ils se percevaient relativement à risque de contracter une MTS ou le sida. La perception du risque de grossesse était pareillement très présente, mais un peu moindre.

Tableau 2
Moyenne et écart-type des principales variables psychosociales à l'étude

Variables (N = 306)	Moyenne ± écart- type	Minimum observé	Maximum observé
Variabes d'Ajzen			
Intention (I)	1,17 ± 1,33	- 2	+ 2
Attitude directe (Aact)	6,65 ± 3,43	- 7	+ 12
Croyances comportementales (Σ b)	10,89 ± 7,93	- 14	+ 24
Croyances normatives (Σ NBMC)	19,89 ± 9,97	- 6	+ 42
Perception du contrôle comportemental (PBC)	1,73 ± 0,67	- 2	+ 2
Croyances de contrôle (Σ PB)	-10,73 ± 6,85	- 22	+ 11
Variabes de Triandis			
Croyance liée au rôle social (Rb)	1,51 ± 0,91	- 2	+ 2
Norme morale personnelle (PNB)	1,18 ± 1,24	- 2	+ 2
Variabes externes aux modèles			
Perception de la proportion d'ami(e)s actif(ve)s sexuellement	3,49 ± 1,11	+ 1	+ 5
Perception de la proportion d'ami(e)s utilisant le condom avec pilule	2,62 ± 1,07	+ 1	+ 5
Perception de la proportion d'ami(e)s utilisant le condom sans pilule	3,77 ± 1,03	+ 1	+ 5
Connaissances	12,79 ± 2,03	+ 6	+ 16
Perception du risque de grossesse	9,09 ± 1,54	+ 4	+ 13
Perception du risque de MTS	10,10 ± 2,40	+ 4	+ 14
Perception du risque de sida	10,39 ± 2,49	+ 4	+ 16

6.2 Résultats des analyses univariées

6.2.1 Caractéristiques comportementales selon le lieu de recrutement

Consommation d'alcool ou de drogues et comportements sexuels

Le tableau 3 souligne les différences significatives entre les répondants recrutés dans les OVP comparativement aux sujets recrutés dans les OVG. En fait, les jeunes des OVP seraient proportionnellement plus nombreux à consommer de l'alcool régulièrement (71,4% c. 50,6%), à avoir consommé de la drogue au moins une fois (85,7% c. 67,7%) et à avoir utilisé au moins une fois des drogues injectables (10,2% c. 0,8%). Ils étaient proportionnellement plus nombreux à vivre une relation amoureuse au moment de l'étude (69,4% c. 39,3%) et à avoir déjà masturbé quelqu'un (85,7% c. 69,6%). Leur histoire sexuelle semblait aussi plus lourde, puisqu'ils auraient davantage eu de contacts sexuels en échange d'argent, de cadeaux et d'un service et qu'une plus forte proportion d'entre eux aurait été impliquée dans des actes de prostitution (10,2% c. 0,4%). De plus, ils auraient davantage vécu de contacts sexuels sans leur consentement (36,7% c. 12,5%) et la quasi-totalité d'entre eux, soit 91,8% comparativement à 68,1% des jeunes des OVG, a affirmé avoir déjà eu au moins une relation sexuelle avec pénétration.

Vécu sexuel des répondants actifs sexuellement

On observe, au tableau 4, les différences significatives au niveau du vécu sexuel des répondants actifs sexuellement, entre les sujets recrutés dans les OVP et ceux qui l'ont été dans les OVG. Encore une fois, le profil comportemental des jeunes des OVP semblait plus à risque que celui des OVG. Ils seraient proportionnellement plus nombreux à avoir déjà vécu des relations orogénitales actives (84,4% c. 68,6%) et à consommer habituellement de la drogue avant les relations sexuelles (53,3% c. 29,7%). Des relations sexuelles plus fréquentes et le multiple partenariat les caractériseraient davantage. Ainsi, 73,3% des jeunes des OVP comparativement à 56,6% des jeunes des OVG auraient eu plus de quinze relations sexuelles. De plus, 31,1% des répondants des OVP auraient eu plus de dix partenaires sexuels différents depuis leur première relation, comparativement à 17,7% des sujets des OVG. Les jeunes des OVP auraient vécu leur première relation sexuelle plus tôt (12,8 ans c. 13,7 ans) et une plus faible proportion en aurait retiré du plaisir sexuel (57,8% c. 74,3%). Ils auraient, en plus forte proportion, consommé de la drogue lors de leur dernière relation sexuelle (22,2% c. 9,7%) et leurs problèmes de santé sexuelle seraient plus fréquents. En effet, près de 17,8% des sujets des OVP déclarèrent avoir été confrontés à une grossesse sans avortement (c. à 6,3% des sujets des OVG) et 13,8% d'entre eux, comparativement à 2,9% des jeunes des OVG, affirmèrent avoir déjà été traités pour une MTS.

Comportements préventifs

Le tableau 5 illustre les différences significatives entre les participants recrutés dans les OVP et ceux des OVG au niveau de leurs comportements préventifs. Les jeunes des OVP seraient proportionnellement moins nombreux à avoir utilisé le condom à leur première relation (48,9% c. 69,1%) et à toutes les relations (17,8% c. 42,9%), alors qu'ils seraient proportionnellement plus nombreux à avoir déjà passé un test de dépistage des MTS (60,0% c. 35,4%).

Tableau 5

Différences chez les jeunes actifs sexuellement entre des adolescent(e)s fréquentant des organismes communautaires à vocation particulière (OVP) et des adolescent(e)s fréquentant des organismes à vocation générale (OVG) au niveau de leurs comportements préventifs

Variables (N = 220)	OVP (N = 49) %	OVG (N = 257) %	χ^2	df	p
Utilisation du condom à la première relation	48,9	69,1	6,45	1	0,01
Utilisation du condom par le passé					
◦ jamais	8,9	4,0			
◦ la minorité du temps	20,0	13,1			
◦ la moitié du temps	24,4	15,4	10,78	4	0,03
◦ la majorité du temps	28,9	24,6			
◦ toujours	17,8	42,9			
Passation d'un test de dépistage des MTS	60,0	35,4	8,97	4	0,002

6.2.2 Variables psychosociales à l'étude selon l'intention

À partir du test de t de Student, nous observons sur la majorité des variables psychosociales présentées au tableau 6, des différences statistiquement significatives entre les moins motivés et les plus motivés à utiliser le condom.

Variables d'Ajzen

Ceux dont l'intention d'utiliser le condom était forte, avaient des attitudes plus positives à son égard et avaient des croyances de contrôle plus fortes face à son utilisation; ils percevaient donc des barrières plus faibles. Également, les croyances normatives étaient plus favorables chez ceux dont l'intention d'utiliser le condom avec un(e) ami(e) régulier(e) même si la fille prend la pilule, était plus forte.

Variables de Triandis

Des différences significatives sont observées au niveau de la croyance liée au rôle social et de la norme morale personnelle. Les adolescents qui montraient une intention plus forte, croyaient plus approprié le fait d'utiliser le condom avec un(e) ami(e) régulière, même si la fille prend la pilule. De plus, ils se sentaient davantage moralement obligés de le faire.

Variables externes aux modèles

La perception du risque de contracter une MTS ou le sida était plus élevée chez ceux dont l'intention d'utiliser le condom était plus forte. Ceux-ci croyaient davantage que la plupart de leurs amis utilisaient simultanément le condom et la pilule. Ceux dont l'intention était plus faible pensaient que la plupart de leurs ami(e)s étaient actifs sexuellement.

Tableau 6

Statistiques descriptives des principales variables psychosociales à l'étude selon l'intention

Variables (N = 306)	Intention faible (N = 58) $\bar{x} \pm e.t.$	Intention forte (N = 248) $\bar{x} \pm e.t.$	t de Student	p
Variables d'Ajzen				
Attitude directe (Aact)	3,29 ± 4,01	7,44 ± 2,74	- 7,46	***
Croyances comportementales (Σ b)	5,00 ± 7,66	12,26 ± 7,36	- 6,72	***
Croyances normatives (NBMC)	10,88 ± 8,61	22,00 ± 9,06	- 8,49	***
Perception du contrôle comportemental (PBC)	1,47 ± 0,94	1,79 ± 0,58	- 2,55	NS
Croyances de contrôle (Σ PB)	- 5,72 ± 6,05	-11,90 ± 6,49	6,60	***
Variables de Triandis				
Croyance liée au rôle social (Rb)	0,64 ± 1,36	1,71 ± 0,61	- 5,86	***
Norme morale personnelle (PNB)	0,07 ± 1,47	1,44 ± 1,02	- 6,70	***
Variables externes aux modèles				
Perception de la proportion d'ami(e)s actif(ve)s sexuellement	3,84 ± 1,00	3,40 ± 1,11	2,77	*
Perception de la proportion d'ami(e)s utilisant le condom avec pilule	1,97 ± 0,84	2,77 ± 1,06	- 5,41	***
Perception de la proportion d'ami(e)s utilisant le condom sans pilule	3,67 ± 1,00	3,79 ± 1,04	- 0,79	NS
Connaissances	13,10 ± 1,86	12,72 ± 2,06	1,29	NS
Perception du risque de grossesse	9,00 ± 1,43	9,10 ± 1,57	- 0,47	NS
Perception du risque de MTS	8,83 ± 2,99	10,40 ± 2,15	- 3,77	***
Perception du risque de sida	9,36 ± 3,24	10,63 ± 2,22	- 2,83	**

*** p <0,0001; ** p <0,001; * p <0,01; NS: non significatif

6.2.3 Variables psychosociales à l'étude selon le fait d'être actif sexuellement ou non

Nous avons observé quelques différences significatives entre les actifs sexuellement et les non-actifs au niveau des variables psychosociales à l'étude (tableau 7).

Variables d'Ajzen

Parmi les points importants, notons que l'intention d'utiliser le condom avec un(e) ami(e) régulier(e) même si la fille prend la pilule, était plus élevée chez les non-actifs sexuellement que chez les actifs.

Variables de Triandis

Les non-actifs sexuellement pensaient davantage que les actifs qu'utiliser le condom avec un(e) ami(e) régulier(e) même si la fille prend la pilule, était approprié. Ils se sentaient davantage moralement obligés de le faire.

Variables externes aux modèles

Les actifs sexuellement croyaient qu'un plus grande proportion de leurs ami(e)s étaient actifs sexuellement et leur niveau de connaissances était significativement plus élevé que chez les non-actifs.

Tableau 7

Statistiques descriptives des principales variables psychosociales à l'étude, selon le fait d'être actif(ve)s sexuellement ou non

Variables (N = 306)	Actifs (N = 220) $\bar{x} \pm e.t.$	Non actifs (N = 86) $\bar{x} \pm e.t.$	t de Student	p
Variables d'Ajzen				
Intention (I)	0,95 ± 1,45	1,72 ± 0,75	6,06	***
Attitude directe (Aact)	6,44 ± 3,61	7,20 ± 2,85	1,75	NS
Croyances comportementales (Σb)	10,50 ± 8,21	11,86 ± 7,13	1,35	NS
Croyances normatives ($\Sigma NBMC$)	19,08 ± 10,31	21,98 ± 8,77	2,30	NS
Perception du contrôle comportemental (PBC)	1,72 ± 0,71	1,76 ± 0,57	0,39	NS
Croyances de contrôle (ΣPB)	-11,03 ± 6,71	-9,97 ± 7,17	1,22	NS
Variables de Triandis				
Croyance liée au rôle social (Rb)	1,42 ± 1,00	1,72 ± 0,57	3,27	**
Norme morale personnelle (PNB)	1,03 ± 1,35	1,56 ± 0,79	4,25	***
Variables externes aux modèles				
Perception de la proportion d'ami(e)s actif(ve)s sexuellement	3,82 ± 0,98	2,64 ± 0,96	9,55	***
Perception de la proportion d'ami(e)s utilisant le condom avec pilule	2,55 ± 1,03	2,79 ± 1,17	1,74	NS
Perception de la proportion d'ami(e)s utilisant le condom sans pilule	3,72 ± 1,02	3,90 ± 1,05	1,36	NS
Connaissances	13,03 ± 2,01	12,20 ± 1,96	3,27	**
Perception du risque de grossesse	9,03 ± 1,54	9,23 ± 1,53	1,05	NS
Perception du risque de MTS	9,96 ± 2,51	10,44 ± 2,08	1,57	NS
Perception du risque de sida	10,28 ± 2,59	10,66 ± 2,20	1,20	NS

*** p < 0,0001; ** p < 0,001; * p < 0,01; NS: non significatif

6.2.4 Variables psychosociales à l'étude, chez les actifs sexuellement, selon l'utilisation du condom

Tel que présenté au tableau 8, on note des différences significatives entre les utilisateurs occasionnels et les utilisateurs réguliers du condom au niveau des diverses variables psychosociales. Un utilisateur régulier est un jeune ayant protégé 50% ou plus de ses relations sexuelles par le condom.

Variables d'Ajzen

L'intention d'utiliser le condom était plus forte chez les utilisateurs réguliers que chez les utilisateurs occasionnels. L'attitude directe à l'égard du condom était beaucoup plus positive chez les utilisateurs réguliers. De plus, les barrières perçues par ceux-ci en ce qui concerne l'utilisation du condom étaient plus faibles, ce qui témoigne d'une meilleure perception de contrôle, puisque les croyances de contrôle sont plus élevées.

Variables de Triandis

Les utilisateurs réguliers du condom se sentaient davantage moralement obligés d'utiliser le condom lors de leurs relations sexuelles avec un(e) partenaire régulier(e), même si la fille prend la pilule, leur norme morale personnelle étant plus élevée.

Variables externes aux modèles

Les utilisateurs réguliers croyaient, comparativement aux non-utilisateurs, qu'une plus forte proportion de leurs ami(e)s utilisaient le condom, même si la fille prend la pilule.

Tableau 8
Statistiques descriptives des principales variables psychosociales à l'étude chez les actifs sexuellement, selon l'utilisation du condom

Variables (N = 220)	Utilisateurs occasionnels (N = 81) $\bar{x} \pm e.t.$	Utilisateurs réguliers (N = 139) $\bar{x} \pm e.t.$	t de Student	p
Variables d'Ajzen				
Intention (I)	0,26 ± 1,63	1,36 ± 1,15	- 5,34	***
Attitude directe (Aact)	5,21 ± 3,99	7,15 ± 3,17	- 3,74	***
Croyances comportementales (Σb)	8,23 ± 8,41	11,83 ± 7,82	- 3,20	*
Croyances normatives ($\Sigma NBMC$)	16,58 ± 9,93	20,53 ± 10,28	- 2,79	*
Perception du contrôle comportemental (PBC)	1,67 ± 0,73	1,76 ± 0,70	- 0,89	NS
Croyances de contrôle (ΣPB)	- 8,54 ± 6,33	- 12,47 ± 6,51	4,36	***
Variables de Triandis				
Croyance liée au rôle social (Rb)	1,38 ± 0,97	1,45 ± 1,02	- 0,45	NS
Norme morale personnelle (PNB)	0,68 ± 1,52	1,23 ± 1,21	- 2,97	*
Variables externes aux modèles				
Perception de la proportion d'ami(e)s actif(ve)s sexuellement	3,96 ± 0,93	3,73 ± 1,00	1,69	NS
Perception de la proportion d'ami(e)s utilisant le condom avec pilule	2,17 ± 0,80	2,78 ± 1,08	- 4,73	***
Perception de la proportion d'ami(e)s utilisant le condom sans pilule	3,63 ± 1,09	3,77 ± 0,98	- 0,99	NS
Connaissances	12,83 ± 2,10	13,14 ± 1,95	- 1,13	NS
Perception du risque de grossesse	9,23 ± 1,55	8,91 ± 1,53	1,53	NS
Perception du risque de MTS	9,56 ± 2,83	10,20 ± 2,28	- 1,85	NS
Perception du risque de sida	9,99 ± 3,00	10,45 ± 2,31	- 1,20	NS

*** p <0,0001; ** p <0,001; * p <0,01; NS: non significatif

6.2.5 Lien entre les variables psychosociales à l'étude et l'intention

La matrice de corrélation présentée au tableau 9 met en évidence une association entre l'intention et la plupart des variables psychosociales à l'étude. Les plus fortes associations se situent entre l'intention et l'attitude directe ($r=0,54$) et la norme subjective indirecte, soit les croyances normatives ($r=0,51$). Nous avons également observé une association modérée entre l'intention et l'attitude indirecte, soit les croyances comportementales ($r=0,42$) et les croyances de contrôle ($r=-0,40$). La perception du contrôle comportemental pour sa part, obtient une corrélation faible, mais significative, à $0,23$, avec l'intention. Tel que proposé par la théorie du comportement planifié, on observe une bonne corrélation entre les mesures directe et indirecte de l'attitude, puisque la corrélation est significative, à $0,54$. Ainsi plus l'attitude directe (A_{act}) est élevée, plus les croyances comportementales ($\sum b_i$) sont favorables. Ces résultats supportent l'hypothèse 2.

En contrepartie, la corrélation entre les mesures directe et indirecte de la perception du contrôle comportemental, bien que significative, est plutôt faible ($r=-0,19$). Ainsi une meilleure perception du contrôle comportemental (PBC) serait associée à une perception de barrières ($\sum PB_k$) plus faible, c'est-à-dire à des croyances de contrôle plus fortes, ce qui supporte en partie l'hypothèse 3.

6.2.6 Lien entre les variables psychosociales et l'utilisation du condom chez les actifs sexuellement

Le tableau 10 présente la matrice de corrélation selon l'utilisation du condom chez les actifs sexuellement. Les associations les plus fortes se situent entre l'utilisation du condom et l'intention ($r=0,46$), l'attitude directe ($r=0,33$), les croyances normatives ($r=0,30$) et les croyances de contrôle ($r=-0,36$). Chez les actifs sexuellement, le lien entre les mesures directe (A_{act}) et indirecte ($\sum b_i$) de l'attitude existe toujours ($r=0,51$) supportant l'hypothèse 2. Toutefois l'association entre les mesures directe (PBC) et indirecte ($\sum PB_k$) de la perception du contrôle comportemental n'est plus significative. Ce résultat laisse supposer que ces deux variables pourraient être indépendantes l'une de l'autre et ne pas mesurer le même concept.

Tableau 9
Matrice de corrélation sur les principales variables à l'étude

Variables (N = 306)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Intention (I)	-																
2. Attitude directe (Aact)	0,54**	-															
3. Croyances comportementales (Σ b)	0,42**	0,54**	-														
4. Croyances normatives (Σ NBMC)	0,51**	0,45**	0,32**	-													
5. Perception du contrôle comportemental (PBC)	0,23**	0,22**	0,24**	0,22**	-												
6. Croyances de contrôle (Σ PB)	-0,40**	-0,35**	-0,38**	0,29**	-0,19*	-											
7. Croyance liée au rôle social (Rb)	0,49**	0,41**	0,25**	0,44**	0,15	-0,19*	-										
8. Norme morale personnelle (PNB)	0,46**	0,42**	0,26**	0,36**	0,19*	-0,30**	0,50**	-									
9. Proportion d'ami(e)s actif(ve)s sexuellement	-0,17	-0,06	-0,12	-0,12	-0,06	-0,05	-0,07	-0,19*	-								
10. Proportion d'ami(e)s utilisant le condom -P ₁	0,34**	0,20*	0,15	0,37**	0,07	-0,21**	0,27**	0,26**	-0,04	-							
11. Proportion d'ami(e)s utilisant le condom -P ₂	0,09*	-0,08	0,01	0,12	-0,01	-0,05	0,02	-0,07	-0,11	0,45**	-						
12. Connaissances	-0,07	0,16	0,13	0,04	0,06	-0,06	-0,03	0,02	0,18	0,05	0,01	-					
13. Perception du risque de grossesse	0,02	-0,01	-0,09	0,08	0,02	0,02	0,18	0,16	-0,01	0,09	-0,04	-0,10	-				
14. Perception du risque MTS	0,23**	0,12	0,04	0,13	-0,01	-0,02	0,08	0,18	-0,07	0,09	0,01	0,01	0,26**	-			
15. Perception du risque sida	0,17*	0,10	0,01	0,09	0,04	-0,01	0,05	0,13	-0,07	0,07	0,04	-0,01	0,25**	0,80**	-		
16. Age	-0,26**	-0,10	-0,10	-0,24**	-0,07	0,05	-0,19*	-0,12	0,52**	-0,12	-0,18	0,25**	0,01	-0,01	-0,02	-	
17. Genre (0) filles (1) garçons	0,01	-0,11	-0,03	-0,04	0,02	0,03	-0,09	-0,05	-0,09	-0,07	0,05	0,02	-0,15	-0,01	-0,04	0,09	-
18. Activité sexuelle (0) non (1) oui	-0,26**	-0,10	-0,08	-0,13	-0,02	-0,07	-0,15	-0,19*	0,48**	-0,10	-0,08	0,18*	-0,06	-0,09	-0,07	0,44**	-0,06

** p < 0,001; * p < 0,01; P₁: avec pilule; P₂: sans pilule

Tableau 10
Matrice de corrélation sur les principales variables à l'étude chez les actifs sexuellement

Variables (N = 220)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Utilisation du condom (B)	-										
2. Intention (I)	0,46**	-									
3. Attitude directe (Aact)	0,33**	0,55**	-								
4. Croyances comportementales (Σb)	0,26**	0,44**	0,51**	-							
5. Croyances normatives (Σ NBMC)	0,30**	0,50**	0,45**	0,34**	-						
6. Perception du contrôle comportemental (PBC)	0,09	0,17**	0,15	0,22**	0,17*	-					
7. Croyances de contrôle (Σ PB)	-0,36**	-0,47**	-0,39**	-0,41**	-0,28**	-0,13	-				
8. Croyance liée au rôle social (RB)	0,15	0,50**	0,40**	0,25**	0,44**	0,14	0,20*	-			
9. Norme morale personnelle (PNB)	0,26**	0,46**	0,45**	0,27**	0,34**	0,17	-0,34**	0,50**	-		
10. Proportion d'ami(e)s actifs sexuellement	-0,09	-0,07	-0,08	-0,10**	-0,10	-0,11	-0,02	-0,04	-0,15	-	
11. Proportion d'ami(e)s utilisant le condom -P ₁	0,35**	0,36**	0,19*	0,12	0,37**	0,02	-0,24**	0,27**	0,27**	-0,01	-
12. Proportion d'ami(e)s utilisant le condom -P ₂	0,05	0,03	-0,16*	-0,05	-0,01	-0,05	-0,02	-0,02	-0,13	-0,06	0,40**
13. Connaissances	0,05	0,03	0,17*	0,12	0,06	0,03	-0,02	-0,04	0,06	0,11	0,12
14. Perception du risque de grossesse	-0,15	-0,05	-0,04	-0,14	0,05	-0,01	-0,01	0,18*	0,20*	0,02	0,15
15. Perception du risque MTS	0,16*	0,24**	0,14	0,06	0,15	-0,02	-0,03	0,07	0,17*	-0,08	-0,07
16. Perception du risque SIDA	0,09	0,17**	0,11	0,01	0,10	0,05	-0,04	0,04	0,10	-0,07	0,01
17. Nombre de relations sexuelles	-0,27**	-0,39**	-0,17*	-0,12	-0,29**	-0,16*	0,16*	-0,23**	-0,18*	0,30**	-0,20*
18. Nombre de partenaires sexuels	0,06	-0,18*	-0,07	-0,13	-0,20*	-0,17*	0,06	-0,13	-0,05	0,27**	-0,08
19. Âge à la première relation	-0,03	0,01	0,05	0,09	-0,01	-0,02	0,06	-0,01	0,02	0,01	0,05
20. Utilisation de la pilule par le passé	-0,67**	-0,40**	-0,29**	-0,25**	-0,24**	-0,03	0,28**	-0,21**	-0,23**	0,18*	-0,34**
21. Âge	-0,15	-0,17*	-0,10	-0,10	0,21**	-0,06	0,10	-0,16	-0,07	0,36**	-0,10
22. Genre (0) filles (1) garçons	0,05	0,05	-0,06	-0,03	-0,03	0,07	-0,02	-0,06	-0,04	-0,01	-0,01

** p < 0,001; * p < 0,01; P₁: avec pilule; P₂: sans pilule

Tableau 10 (suite)
Matrice de corrélation sur les principales variables à l'étude chez les actifs sexuellement

Variables (N = 220)	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
13. Connaissances	0,03	-								
14. Perception du risque de grossesse	-0,03	-0,06	-							
15. Perception du risque MTS	-0,01	0,03	0,24**	-						
16. Perception du risque SIDA	0,02	0,01	0,21**	0,78**	-					
17. Nombre de relations sexuelles	-0,14	0,18*	-0,07	-0,10	-0,12	-				
18. Nombre de partenaires sexuels	-0,19*	0,04	-0,04	-0,01	-0,03	0,76**	-			
19. Âge à la première relation	0,11	0,17*	0,04	-0,02	-0,01	-0,22**	-0,34**	-		
20. Utilisation de la pilule par le passé	0,04	0,06	0,05	-0,11	-0,06	0,25**	0,05	0,01	-	
21. Âge	-0,14	0,16	0,05	0,02	0,04	0,37**	0,27**	0,44**	0,21*	-
22. Genre (0) filles (1) garçons	0,06	-0,07	-0,15	0,07	0,02	0,11	0,17*	0,05	0,06	0,13

** p < 0,001; * p < 0,01; P₁: avec pilule; P₂: sans pilule

6.3 Résultats des analyses multivariées

6.3.1 Préviation de l'intention d'utiliser le condom avec un(e) ami(e) régulier(e) dans le contexte où la partenaire féminine prend déjà la pilule

Les résultats des régressions hiérarchiques multiples sont présentés au tableau 11 de manière à mettre en évidence la valeur prévisionnelle:

- 1) de la théorie du comportement planifié,
- 2) du modèle enrichi d'autres variables externes, issues d'autres théories ou non.

La théorie du comportement planifié

Considérant uniquement les variables de la théorie du comportement planifié, on obtient un modèle expliquant 41% de la variation totale de l'intention des adolescents d'utiliser le condom avec un(e) ami(e) régulier(e), dans le contexte où la partenaire féminine prend déjà la pilule. L'attitude (mesure directe) obtient le meilleur coefficient de régression ($\beta = 0,34$), suivie des croyances normatives (mesure indirecte de la norme subjective) ($\beta = 0,30$) et des croyances de contrôle (mesure indirecte de la perception du contrôle comportemental) ($\beta = -0,20$) ($p < 0,0001$). Ces résultats supportent en partie l'hypothèse 1, à l'effet que l'intention soit prédite par l'attitude, la norme subjective indirecte, mais la mesure indirecte de la perception du contrôle comportemental plutôt que sa mesure directe.

Autres variables externes au modèle

L'ajout des variables externes au modèle en améliore la valeur prévisionnelle de 11%. Ainsi, sept variables expliquent-elles 52% de la variation totale de l'intention. Les trois variables de la théorie du comportement planifié sont demeurées dans le modèle. Toutefois, leur coefficient de régression a changé. Le meilleur déterminant est l'attitude avec un bêta de 0,27. La croyance liée au rôle social vient au second rang ($\beta = 0,20$), suivi des croyances de contrôle ($\beta = -0,19$). Viennent ensuite, la durée de la relation affective ($\beta = -0,18$), les croyances normatives ($\beta = 0,14$), le fait d'être actif sexuellement ($\beta = -0,14$) et la perception de la proportion des ami(e)s utilisant le condom, même si la fille prend la pilule ($\beta = 0,11$) ($p < 0,0001$). Ces résultats rejettent l'hypothèse 4, à l'effet qu'aucune variable externe au modèle exerce une influence sur l'intention.

Tableau 11

Régression hiérarchique multiple sur l'intention d'utiliser le condom avec un(e) ami(e) régulier(e) dans le contexte où la partenaire féminine prend déjà la pilule

Variables (N = 306)	Coefficient de régression standardisé $\beta \pm \text{e.t.} (\beta)$	p	R ² ajusté	F	p
Théorie du comportement planifié					
Attitude directe (Aact)	0,34 ± 0,05	0,0001	0,41	71,50	0,0001
Croyances normatives (Σ NBMC)	0,30 ± 0,05	0,0001			
Croyances de contrôle (Σ PB)	- 0,20 ± 0,05	0,0001			
Ajout de variables externes					
Attitude directe (Aact)	0,27 ± 0,05	0,0001			
Croyances normatives (Σ NBMC)	0,14 ± 0,05	0,004			
Croyances de contrôle (Σ PB)	- 0,19 ± 0,04	0,0001			
Croyance liée au rôle social (Rb)	0,20 ± 0,05	0,0001			
Statut d'activités sexuelles (0 : non actifs 1 : actifs)	- 0,14 ± 0,04	0,001			
Relation affective stable (durée)	- 0,18 ± 0,04	0,0001			
Proportion d'ami(e)s utilisant le condom avec pilule	0,11 ± 0,04	0,01			

6.3.2 Prédiction de l'utilisation du condom chez les adolescents actifs sexuellement

La théorie du comportement planifié

L'intention et les croyances de contrôle (mesure indirecte de la perception du contrôle comportemental) sont toutes deux des déterminants du comportement, l'intention obtenant un coefficient de régression standardisé de 0,37 et les croyances de contrôle de -0,19. Ces deux variables expliquent 23% de la variation de l'utilisation du condom par le passé (tableau 12). Ces résultats supportent en partie l'hypothèse 5, à l'effet que l'utilisation du condom soit prédite par ces deux variables. Il faut toutefois souligner que c'est la mesure indirecte de la perception du contrôle comportemental qui obtient un coefficient significatif, plutôt que sa mesure directe.

Autres variables externes au modèle

Par l'inclusion d'autres variables, on améliore la valeur prévisionnelle de 41%. L'effet des croyances de contrôle disparaît dans ce modèle, alors que l'effet de l'intention perdure. L'intention ($\beta=0,20$), la proportion de relations sexuelles protégées par la pilule par le passé ($\beta=-0,41$) et l'utilisation du condom lors de la première relation sexuelle ($\beta=0,42$) viennent expliquer 64% de la variation de l'utilisation du condom par le passé, chez ces adolescents (tableau 12). Ces résultats rejettent l'hypothèse 6, puisque des variables externes au modèle ont un effet direct sur le comportement.

Tableau 12

Régression hiérarchique multiple sur l'utilisation du condom par le passé chez les adolescent(e)s actifs sexuellement

Variables (N = 220)	Coefficient de régression standardisé $\beta \pm \text{e.t.} (\beta)$	p	R ² ajusté	F	p
Théorie du comportement planifié					
Intention (I)	0,37 ± 0,07	0,0001	0,23	34,38	0,0001
Croyances de contrôle (Σ PB)	-0,19 ± 0,07	0,006			
Ajout de variables externes					
Intention (I)	0,20 ± 0,04	0,0001	0,64	128,84	0,0001
Utilisation de la pilule par le passé	-0,41 ± 0,05	0,0001			
Utilisation du condom à la première relation	0,42 ± 0,04	0,0001			

6.4 Structure cognitive des adolescents

Dans cette étude, la structure cognitive des répondants fait référence à l'ensemble de leurs croyances face à l'utilisation du condom. Ces croyances sont d'ordre comportemental (mesure indirecte de l'attitude (b_i)), relatives à leur contrôle (mesure indirecte de la perception du contrôle comportemental (PB_k)) ou d'ordre normatif (mesure indirecte de la norme subjective (NB_j)). La prochaine section décrit dans un premier temps, l'ensemble de ces croyances. Par la suite, le profil cognitif des répondants sera établi en fonction de certaines caractéristiques, notamment leur degré d'intention à utiliser le condom, le fait d'être actif sexuellement ou non, etc.

6.4.1 Croyances comportementales

L'attitude des jeunes face à l'utilisation du condom avec un partenaire amoureux dans un contexte où la pilule est déjà utilisée, peut être mesurée à partir de diverses croyances relatives aux conséquences positives ou négatives qu'entraînera l'adoption d'un tel comportement dans un contexte donné. En ce qui concerne les avantages liés à l'utilisation du condom, les sujets à l'étude semblaient convaincus que ce comportement les protège d'abord contre une grossesse, puis contre le sida et les MTS. En ce qui concerne les désavantages de l'utilisation du condom, la seule croyance avec laquelle les jeunes étaient légèrement en accord est la peur du bris du condom. Ils étaient en désaccord avec toutes les autres croyances associées aux désavantages. Par contre, leur degré de désaccord sur l'une ou l'autre de ces croyances variait. Les croyances pour lesquelles leur désaccord était le plus faible sont, par ordre d'importance: le fait que l'utilisation du condom est lassante à la longue, qu'elle rend la relation moins naturelle et diminue le plaisir sexuel, qu'elle rend la relation moins romantique et marque un temps d'interruption dans le déroulement de la relation. Les répondants étaient modérément en désaccord avec les croyances que l'utilisation du condom signifie un manque de confiance entre les partenaires, enlève le goût de faire l'amour et fait que le garçon a de la difficulté à maintenir son érection.

6.4.2 Croyances de contrôle

Il est possible de mesurer la perception de contrôle qu'ont les répondants sur l'utilisation du condom avec un partenaire amoureux, en considérant un ensemble de situations ou d'émotions vécues qui pourraient rendre moins facile l'adoption d'un comportement. Ces croyances dites «de contrôle» font en quelque sorte référence aux obstacles ou aux barrières à l'utilisation du condom. Bien que dans cette étude les répondants ne percevaient pas de difficultés majeures à surmonter l'une ou l'autre des barrières suggérées, pour certaines d'entre elles, l'utilisation du condom

semblait tout de même plus problématique. Ainsi, les contextes, situations ou émotions rendant l'utilisation du condom moins facile seraient, par ordre d'importance: le fait de ne pas avoir de condom à portée de la main au bon moment, le fait qu'on soit convaincu que le partenaire n'a pas de MTS, le désaccord du partenaire à l'utilisation; l'oubli dans le feu de l'action; le fait d'avoir consommé de l'alcool ou de la drogue, la gêne d'acheter les condoms, le fait d'avoir passé un test de dépistage des MTS qui se révèle négatif, ne pas avoir d'argent pour acheter des condoms, la gêne de l'installer, la gêne de demander au partenaire et ne pas savoir où acheter des condoms. Ces dernières croyances étaient des barrières de moindre importance.

6.4.3 Croyances normatives

La norme subjective ou les pressions sociales positives et négatives perçues face à l'adoption d'un comportement tel l'utilisation du condom avec son partenaire amoureux, peuvent être mesurées en tenant compte des croyances quant à l'accord ou au désaccord d'un ensemble de personnes significatives. Dans cette étude, les pressions sociales les plus favorables venaient de la mère, puis du médecin, suivi de l'éducateur-animateur et du père. En contrepartie, les répondants percevaient un accord plus faible face au fait qu'ils utilisent le condom venant d'abord des ami(e)s de sexe opposé, puis des ami(e)s de même sexe et du partenaire sexuel.

6.4.4 Profil cognitif selon l'intention faible ou forte d'utiliser le condom

Parce que l'intention est un déterminant du comportement, il devenait pertinent d'établir la structure cognitive des adolescents selon leur intention faible (moins motivés) ou forte (plus motivés). Dans cette étude, 18,9% des répondants avaient une intention faible, alors que 81,1% avaient une intention forte. Les analyses ont été faites par le T² d'Hotelling.

Au niveau des croyances comportementales (mesure indirecte de l'attitude)

Tel qu'illustré au tableau 13, tous les désavantages prenaient une valeur plus négative chez ceux dont l'intention d'utiliser le condom était faible, à l'exception de la peur du bris du condom et de la difficulté à avoir une érection. Ceux dont l'intention était forte, valorisaient davantage le fait d'être protégés d'une éventuelle grossesse grâce à l'utilisation du condom.

Au niveau des croyances de contrôle (mesure indirecte de la perception du contrôle comportemental)

Les croyances de contrôle étaient généralement plus faibles chez ceux dont l'intention était faible: il leur semblait plus difficile d'utiliser le condom quand ils étaient convaincus que le partenaire n'a pas de MTS, qu'ils n'avaient pas de condom sous la main, qu'il fallait persuader le partenaire d'en utiliser un, qu'on oubliait, quand on avait consommé des drogues ou de l'alcool et quand on avait passé un test de MTS. La gêne à l'achat, le coût, la gêne d'en parler au partenaire et la gêne à l'installation ne semblaient pas être des croyances de contrôle différenciant les deux groupes (tableau 14).

Au niveau des croyances normatives (mesure indirecte de la norme subjective)

Pour les adolescents moins motivés à utiliser le condom, l'approbation perçue des personnes significatives était plus faible que chez ceux étant plus motivés, particulièrement en ce qui concerne le partenaire sexuel, ainsi que les ami(e)s du même sexe et les ami(e)s du sexe opposé, le père et la mère.

Il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes en ce qui concerne leur perception de l'approbation des éducateurs et des médecins (tableau 15).

Tableau 13

Différences cognitives des adolescent(e)s au niveau de leurs croyances comportementales à l'égard de l'utilisation du condom, entre ceux dont l'intention est faible et ceux dont l'intention est forte

Variables (N = 306)	Intention faible (N = 58) $\chi \pm e.t.$	Intention forte (N = 248) $\chi \pm e.t.$	p
Désavantages (1)			
Lassant à la longue	- 1,47 ± 1,00	0,46 ± 1,57	***
Relation moins naturelle	- 0,80 ± 1,36	0,39 ± 1,46	***
Diminution du plaisir sexuel	- 0,07 ± 1,57	0,86 ± 1,37	***
Relation moins romantique	0,07 ± 1,67	0,92 ± 1,48	***
Peur du bris du condom	0,09 ± 1,35	- 0,07 ± 1,53	NS
Interruption du déroulement de la relation	0,12 ± 1,58	1,05 ± 1,27	***
Sentiment de manque de confiance	0,76 ± 1,49	1,31 ± 1,24	*
Diminution du goût de faire l'amour	0,98 ± 1,48	1,61 ± 0,85	***
Difficulté à avoir une érection	1,43 ± 1,08	1,42 ± 1,01	NS
Avantages (2)			
Protection contre les MTS	1,24 ± 1,20	1,15 ± 1,19	NS
Protection contre les grossesses	1,24 ± 1,30	1,62 ± 0,87	*
Protection contre le sida	1,40 ± 1,06	1,54 ± 0,93	NS

1) Échelle variant de "très en accord" (- 2) à "très en désaccord" (+ 2)

2) Échelle variant de "très en accord" (+ 2) à "très en désaccord" (- 2).

T² d'Hotelling: F = 8,72; dl = 12,00; p < 0,0001

*** p < 0,0001; ** p < 0,001; * p < 0,01; NS: non significatif

Tableau 14

Différences cognitives des adolescent(e)s au niveau de leurs croyances de contrôle à l'égard de l'utilisation du condom, entre ceux dont l'intention est faible et ceux dont l'intention est forte

Variables (N = 306)	Intention faible (N = 58) $\chi \pm e.t.$	Intention forte (N = 248) $\chi \pm e.t.$	p
Partenaire n'a pas de MTS	1,28 ± 1,09	- 0,57 ± 1,58	***
Ne pas avoir de condoms sous la main	0,60 ± 1,56	- 0,27 ± 1,63	***
Désaccord du partenaire	0,35 ± 1,64	- 0,62 ± 1,53	***
Oubli	0,03 ± 1,61	- 0,76 ± 1,47	***
Drogue ou alcool	- 0,33 ± 1,59	- 0,92 ± 1,48	*
Avoir passé un test MTS	- 0,38 ± 1,62	- 1,50 ± 1,06	***
Gêne à l'achat	- 1,03 ± 1,41	- 1,13 ± 1,38	NS
Gêne de demander au partenaire	- 1,29 ± 1,30	- 1,56 ± 0,99	NS
Ne pas avoir d'argent pour acheter	- 1,31 ± 1,42	- 1,36 ± 1,21	NS
Gêne à l'installation	- 1,60 ± 0,99	- 1,44 ± 1,15	NS
Ne pas savoir où acheter	- 1,97 ± 0,18	- 1,78 ± 0,68	NS

Échelle variant de "très facile" (- 2) à "très difficile" (+ 2).

T² d'Hotelling: F = 10,81; dl = 11; p < 0,0001

*** p < 0,0001; ** p < 0,001; * p < 0,01; NS: non significatif

Tableau 15

Différences cognitives des adolescent(e)s au niveau de leurs croyances normatives à l'égard de l'utilisation du condom, entre ceux dont l'intention est faible et ceux dont l'intention est forte

Variables (N = 306)	Intention faible (N = 58) $\chi \pm e.t.$	Intention forte (N = 248) $\chi \pm e.t.$	p
Partenaire sexuel(le)	- 0,17 \pm 1,25	1,22 \pm 1,01	***
Ami(e)s du même sexe	0,12 \pm 1,08	1,04 \pm 1,10	***
Ami(e)s de sexe opposé	0,14 \pm 1,07	0,97 \pm 1,12	***
Père	1,21 \pm 0,90	1,56 \pm 0,80	*
Éducateur-animateur	1,24 \pm 0,94	1,44 \pm 0,89	NS
Médecin	1,40 \pm 0,88	1,63 \pm 0,75	NS
Mère	1,45 \pm 0,90	1,73 \pm 0,68	*

Échelle variant de "beaucoup contre" (-2) à "beaucoup pour" (+2).

T² d'Hotelling: F = 14,67; dl = 7; p < 0,0001

*** p < 0,0001; ** p < 0,001; * p < 0,01; NS: non significatif

6.4.5 Profil cognitif selon le fait d'être actif sexuellement

Parce que le fait d'être actif sexuellement ou non a une influence sur l'intention des sujets d'utiliser le condom, il devenait important de bien noter les différences cognitives entre ces deux groupes pour de futures interventions.

Au niveau des croyances comportementales (mesure indirecte de l'attitude)

En général, les conséquences positives ou négatives de l'utilisation du condom étaient aussi probables pour les actifs que pour les non actifs sexuellement. Cependant, les actifs tendaient à trouver l'utilisation du condom plus «lassante à la longue»; de plus, ils considéraient davantage qu'elle entraîne une interruption du déroulement de la relation sexuelle (tableau 16).

Au niveau des croyances de contrôle (mesure indirecte de la perception du contrôle comportemental)

Les non actifs percevaient en général des croyances de contrôle plus faibles au niveau de l'installation du condom et de la gêne à l'achat; également, ils avouaient davantage ne pas savoir où l'acheter. Toutefois, les actifs sexuellement percevaient moins de contrôle à l'utilisation du condom parce qu'ils étaient convaincus que le partenaire n'a pas de MTS (tableau 17).

Au niveau des croyances normatives (mesure indirecte de la norme subjective)

Les non actifs sexuellement sentaient une approbation plus forte des ami(e)s du même sexe que les actifs sexuellement. En ce qui concerne le degré d'accord perçu de la part des autres personnes significatives, il était similaire dans les deux groupes (tableau 18).

Tableau 16

Différences cognitives des adolescent(e)s au niveau de leurs croyances comportementales, à l'égard de l'utilisation du condom, selon le fait d'être actif(ve)s sexuellement ou non

Variables (N = 306)	Non actifs (N = 86) $\chi \pm e.t.$	Actifs (N = 220) $\chi \pm e.t.$	p
Désavantages (1)			
Lassant à la longue	0,64 ± 1,48	- 0,11 ± 1,68	***
Peur du bris du condom	- 0,21 ± 1,46	0,03 ± 1,51	NS
Relation moins naturelle	0,34 ± 1,38	0,10 ± 1,56	NS
Diminution du plaisir sexuel	0,86 ± 1,30	0,62 ± 1,51	NS
Relation moins romantique	1,00 ± 1,41	0,66 ± 1,60	NS
Interruption du déroulement de la relation	1,23 ± 1,09	0,74 ± 1,46	*
Sentiment de manque de confiance	1,35 ± 1,15	1,15 ± 1,36	NS
Difficulté à avoir une érection	1,30 ± 0,98	1,46 ± 1,03	NS
Diminution du goût de faire l'amour	1,40 ± 1,02	1,53 ± 1,03	NS
Avantages (2)			
Protection contre les MTS	1,02 ± 1,20	1,23 ± 1,19	NS
Protection contre le sida	1,43 ± 0,98	1,54 ± 0,94	NS
Protection contre les grossesses	1,50 ± 0,98	1,56 ± 0,97	NS

(1) Échelle variant de "très en accord" (- 2) à "très en désaccord" (+ 2)

(2) Échelle variant de "très en accord" (+ 2) à "très en désaccord" (- 2)

T² d'Hotelling: F = 2,30; dl = 12; p = 0,008

*** p < 0,0001; ** p < 0,001; * p < 0,01; NS: non significatif

Tableau 17

Différences cognitives des adolescent(e)s au niveau de leurs croyances de contrôle, à l'égard de l'utilisation du condom, selon le fait d'être actif(ve)s sexuellement ou non

Variables (N = 306)	Non actifs (N = 86) $\chi \pm e.t.$	Actifs (N = 220) $\chi \pm e.t.$	p
Partenaire n'a pas de MTS	- 0,58 ± 1,58	- 0,08 ± 1,68	*
Ne pas avoir de condoms sous la main	0,11 ± 1,57	- 0,19 ± 1,68	NS
Désaccord du partenaire	- 0,51 ± 1,55	- 0,41 ± 1,62	NS
Oubli	- 0,84 ± 1,36	- 0,52 ± 1,58	NS
Drogue ou alcool	- 0,77 ± 1,52	- 0,82 ± 1,52	NS
Avoir passé un test MTS	- 1,35 ± 1,23	- 1,26 ± 1,28	NS
Gêne à l'achat	- 0,71 ± 1,53	- 1,28 ± 1,30	**
Ne pas avoir d'argent pour acheter	- 1,35 ± 1,11	- 1,36 ± 1,30	NS
Gêne de demander au partenaire	- 1,48 ± 1,05	- 1,52 ± 1,06	NS
Gêne à l'installation	- 0,92 ± 1,40	- 1,69 ± 0,91	***
Ne pas savoir où acheter	- 1,57 ± 1,90	- 1,91 ± 0,44	***

Échelle variant de "très facile" (- 2) à "très difficile" (+ 2)

T² d'Hotelling: F = 6,15; dl = 11; p < 0,0001

*** p < 0,0001; ** p < 0,001; * p < 0,05; NS: non significatif

Tableau 18

Différences cognitives des adolescent(e)s au niveau de leurs croyances normatives, à l'égard de l'utilisation du condom, selon le fait d'être actif(ve)s sexuellement ou non

Variables (N = 306)	Non actifs (N = 86) $\chi \pm e.t.$	Actifs (N = 220) $\chi \pm e.t.$	P
Ami(e)s du même sexe	1,21 \pm 0,96	0,73 \pm 1,19	**
Ami(e)s de sexe opposé	0,92 \pm 1,09	0,77 \pm 1,18	NS
Partenaire sexuel(le)	1,04 \pm 0,98	0,93 \pm 1,27	NS
Éducateur-animateur	1,35 \pm 0,92	1,43 \pm 0,90	NS
Père	1,56 \pm 0,78	1,47 \pm 0,85	NS
Médecin	1,64 \pm 0,73	1,57 \pm 0,80	NS
Mère	1,70 \pm 0,69	1,67 \pm 0,75	NS

Échelle variant de "beaucoup contre" (- 2) à "beaucoup pour" (+ 2)

T² d'Hotelling: F = 1,81; dl = 7; p = 0,09

*** p < 0,0001; ** p < 0,001; * p < 0,01; NS: non significatif

6.4.6 Profil cognitif selon le fait d'être utilisateur occasionnel ou régulier du condom

Au niveau des croyances comportementales (mesure indirecte de l'attitude)

Les utilisateurs occasionnels percevaient davantage les inconvénients de l'utilisation du condom que les utilisateurs réguliers. Les utilisateurs occasionnels pensaient davantage que l'utilisation du condom est «lassante à la longue», qu'elle rend la relation moins naturelle et qu'elle interrompt son déroulement. Également, ils croyaient davantage qu'elle crée un sentiment de non confiance entre les partenaires et qu'elle diminue le goût de faire l'amour.

En général, les deux groupes accordaient la même importance aux conséquences positives. Toutefois, les utilisateurs réguliers attribuaient plus d'importance au fait de se sentir protégés contre les MTS (tableau 19).

Au niveau des croyances de contrôle (mesure indirecte de la perception du contrôle comportemental)

Plus de la moitié des croyances de contrôle sont comparables dans les deux groupes. Cependant, il paraît qu'il était plus difficile pour les utilisateurs occasionnels d'utiliser le condom quand ils ont la certitude que le partenaire n'a pas des MTS et quand ils ont passé un test de dépistage de MTS. De plus, le fait de ne pas en avoir à la portée de la main, l'oubli et le désaccord du partenaire, apparaissaient pour les utilisateurs occasionnels comme des barrières plus importantes à son utilisation (tableau 20).

Au niveau des croyances normatives (mesure indirecte de la norme subjective)

En ce qui concerne leurs croyances normatives, les utilisateurs réguliers sentaient davantage l'approbation du partenaire sexuel, des ami(e)s du sexe opposé et de leur mère face au fait qu'ils utilisent le condom (tableau 21).

Tableau 19

Différences cognitives des adolescent(e)s entre les utilisateurs occasionnels et les utilisateurs réguliers du condom au niveau de leurs croyances comportementales

Variables (N = 220)	Utilisateurs occasionnels (N = 81) $\chi \pm e.t.$	Utilisateurs réguliers (N = 139) $\chi \pm e.t.$	p
Désavantages (1)			
Lassant à la longue	- 0,82 ± 1,44	0,30 ± 1,67	***
Relation moins naturelle	- 0,21 ± 1,58	0,28 ± 1,52	*
Peur du bris du condom	0,04 ± 1,50	0,03 ± 1,51	NS
Diminution du plaisir sexuel	0,36 ± 1,53	0,77 ± 1,48	NS
Relation moins romantique	0,40 ± 1,64	0,81 ± 1,55	NS
Interruption du déroulement de la relation	0,43 ± 1,54	0,91 ± 1,39	*
Sentiment de manque de confiance	0,82 ± 1,45	1,34 ± 1,27	**
Diminution du goût de faire l'amour	1,32 ± 1,32	1,65 ± 0,79	*
Difficulté à avoir une érection	1,37 ± 1,11	1,52 ± 0,98	NS
Avantages (2)			
Protection contre le sida	1,57 ± 0,89	1,53 ± 0,97	NS
Protection contre les grossesses	1,51 ± 1,01	1,60 ± 0,95	NS
Protection contre les MTS	1,44 ± 1,00	1,10 ± 1,28	*

(1) Échelle variant de "très en accord" (- 2) à "très en désaccord" (+ 2)

(2) Échelle variant de "très en accord" (+ 2) à "très en désaccord" (- 2).

T² d'Hotelling: F = 2,63 dl = 12; p < 0,003

*** p < 0,0001; ** p < 0,01; * p < 0,05; NS: non significatif

Tableau 20

Différences cognitives des adolescent(e)s entre les utilisateurs occasionnels et les utilisateurs réguliers du condom au niveau de leurs croyances de contrôle

Variables (N = 220)	Utilisateurs occasionnels (N = 81) $\chi \pm e.t.$	Utilisateurs réguliers (N = 139) $\chi \pm e.t.$	p
Ne pas avoir de condoms sous la main	0,25 ± 1,63	- 0,44 ± 1,66	**
Partenaire n'a pas de MTS	0,56 ± 1,57	- 0,45 ± 1,63	***
Désaccord du partenaire	- 0,07 ± 1,64	- 0,60 ± 1,58	*
Oubli	- 0,12 ± 1,66	- 0,75 ± 1,49	**
Drogue ou alcool	- 0,70 ± 1,62	- 0,89 ± 1,45	NS
Avoir passé un test MTS	- 0,82 ± 1,49	- 1,53 ± 1,06	***
Gêne à l'achat	- 1,24 ± 1,38	- 1,31 ± 1,25	NS
Gêne de demander au partenaire	- 1,37 ± 1,26	- 1,60 ± 0,92	NS
Ne pas avoir d'argent pour acheter	- 1,44 ± 1,27	- 1,30 ± 1,32	NS
Gêne à l'installation	- 1,61 ± 1,08	- 1,73 ± 0,80	NS
Ne pas savoir où acheter	- 1,97 ± 0,16	- 1,88 ± 0,53	NS

Échelle variant de "très facile" (- 2) à "très difficile" (+ 2).

T² d'Hotelling: F = 3,72; dl = 11; p < 0,0001

*** p < 0,0001; * p < 0,05; NS: non significatif

Tableau 21

Différences cognitives des adolescent(e)s entre les utilisateurs occasionnels et les utilisateurs réguliers du condom au niveau de leurs croyances normatives

Variables (N = 220)	Utilisateurs occasionnels (N = 81) $\chi \pm e.t.$	Utilisateurs réguliers (N = 139) $\chi \pm e.t.$	p
Partenaire sexuel(e)	0,47 ± 1,39	1,19 ± 1,12	***
Ami(e)s de sexe opposé	0,56 ± 1,10	0,89 ± 1,20	*
Ami(e)s du même sexe	0,57 ± 1,19	0,82 ± 1,18	NS
Éducateur-animateur	1,37 ± 0,93	1,46 ± 0,88	NS
Père	1,48 ± 0,85	1,46 ± 0,85	NS
Mère	1,63 ± 0,75	1,70 ± 0,76	*
Médecin	1,68 ± 0,72	1,50 ± 0,84	NS

Échelle variant de "beaucoup contre" (- 2) à "beaucoup pour" (+ 2).

T² d'Hotelling: F = 3,37; dl = 7; p < 0,002

*** p < 0,0001; * p < 0,05; NS: non significatif

6.4.7 Profil cognitif selon le lieu de recrutement

Étant donné le profil comportemental plus à risque des jeunes fréquentant les organismes à vocation particulière (OVP), il nous a semblé légitime de voir si leurs croyances les démarquaient des jeunes recrutés dans les organismes à vocation générale (OVG). La pertinence de ces analyses tenait au besoin de mieux orienter les activités en fonction du milieu où il serait possible de rejoindre ces jeunes. L'analyse discriminante a été utilisée.

Au niveau des croyances comportementales (mesure indirecte de l'attitude)

L'analyse discriminante nous indique qu'en tenant compte du genre et du fait d'être actif sexuellement, cinq croyances comportementales départagent les jeunes des OVP et des OVG. Comparativement aux jeunes des OVG, les jeunes des OVP semblaient davantage convaincus que l'utilisation du condom les protège contre le sida et ils accordaient moins d'importance au fait qu'elle diminue le plaisir sexuel. Par contre, ils percevaient plus fortement qu'elle enlève le goût de faire l'amour, qu'elle interrompt le déroulement de la relation et qu'elle affecte l'érection du garçon (tableau 22).

Au niveau des croyances de contrôle (mesure indirecte de la perception du contrôle comportemental)

En faisant référence au tableau 23, on voit que certaines croyances de contrôle départagent les répondants des OVP de ceux des OVG. En tenant compte du genre et du fait d'être actif sexuellement, quatre croyances de contrôle semblent démarquer les deux groupes. Ainsi, les répondants des OVP trouveraient l'utilisation du condom moins facile que les sujets des OVG, si le partenaire était en désaccord ou si eux-mêmes, ressentaient de la gêne à l'installation. Par contre, il serait plus facile d'utiliser le condom pour eux que pour les répondants des OVG, malgré la gêne à l'achat et le fait de ne pas avoir l'argent pour payer les condoms.

Au niveau des croyances normatives (mesure indirecte de la norme subjective)

Tel qu'indiqué au tableau 24, certaines croyances normatives départagent les répondants des OVP de ceux des OVG et ce, lorsqu'on tient compte du genre et du fait d'être actif sexuellement. Les jeunes des OVP percevaient un accord plus grand venant de l'éducateur-animateur et du médecin et un accord plus faible venant des ami(e)s de même sexe et des ami(e)s de sexe opposé.

Tableau 22

Différences cognitives des adolescent(e)s fréquentant des OVG et des OVP au niveau de leurs croyances comportementales à l'égard de l'utilisation du condom

Variables	TOTAL (N = 306) $\bar{x} \pm e.t.$	OVP (N = 49) $\bar{x} \pm e.t.$	OVG (N = 257) $\bar{x} \pm e.t.$	Coefficient de discrimination standardisé (C.D.)
Désavantages (1)				
Lassant à la longue	0,10 ± 1,66	- 0,18 ± 1,73	0,15 ± 1,64	NS
Relation moins naturelle	0,17 ± 1,51	0,06 ± 1,63	0,19 ± 1,49	NS
Diminution du plaisir sexuel	0,69 ± 1,46	0,69 ± 1,61	0,68 ± 1,43	0,42*
Relation moins romantique	0,76 ± 1,55	0,57 ± 1,70	0,79 ± 1,52	NS
Peur du bris du condom	- 0,04 ± 1,49	- 0,27 ± 1,38	0,01 ± 1,51	NS
Interruption du déroulement de la relation	0,88 ± 1,38	0,37 ± 1,62	0,97 ± 1,32	-0,33*
Sentiment de manque de confiance	1,20 ± 1,31	1,10 ± 1,45	1,22 ± 1,28	NS
Diminution du goût de faire l'amour	1,49 ± 1,03	0,08 ± 1,53	1,57 ± 0,88	-0,52*
Difficulté à avoir une érection	1,42 ± 1,02	1,14 ± 1,35	1,47 ± 0,94	-0,30*
Avantages (2)				
Protection contre les MTS	1,17 ± 1,19	1,29 ± 1,15	1,15 ± 1,20	NS
Protection contre les grossesses	1,55 ± 0,97	1,57 ± 0,94	1,54 ± 0,98	NS
Protection contre le sida	1,51 ± 0,95	1,65 ± 0,60	1,48 ± 1,00	0,21*
Être actif(ve) sexuellement (0) non (1) oui	-	-	-	0,66*
Genre (0) filles (1) garçons	-	-	-	NS

1) Échelle variant de "très en accord" (-2) à "très en désaccord" (+2)

2) Échelle variant de "très en accord" (+2) à "très en désaccord" (-2)

* $p \leq 0,0007$; NS: non significatif

Tableau 23

Différences cognitives des adolescent(e)s fréquentant des OVG et des OVP au niveau de leurs croyances de contrôle à l'égard de l'utilisation du condom

Variables	TOTAL (N = 306) $\chi \pm e.t.$	OVP (N = 49) $\chi \pm e.t.$	OVG (N = 257) $\chi \pm e.t.$	Coefficient de discrimination standardisé (C.D.)
Ne pas avoir de condoms sous la main	- 0,10 ± 1,65	- 0,08 ± 1,62	- 0,10 ± 1,66	NS
Partenaire n'a pas de MTS	- 0,22 ± 1,67	0,14 ± 1,71	- 0,29 ± 1,65	NS
Désaccord du partenaire	- 0,44 ± 1,60	0,31 ± 1,64	- 0,58 ± 1,55	0,69*
Oubli	- 0,61 ± 1,52	- 0,39 ± 1,54	- 0,65 ± 1,52	NS
Drogue ou alcool	- 0,80 ± 1,51	- 0,55 ± 1,57	- 0,85 ± 1,50	NS
Gêne à l'achat	- 1,12 ± 1,39	- 1,33 ± 1,41	- 1,08 ± 1,38	- 0,25*
Avoir passé un test MTS	- 1,29 ± 1,26	- 1,27 ± 1,22	- 1,29 ± 1,27	NS
Ne pas avoir d'argent pour acheter	- 1,35 ± 1,25	- 1,45 ± 1,28	- 1,33 ± 1,24	- 0,22*
Gêne à l'installation	- 1,47 ± 1,12	- 1,39 ± 1,37	- 1,49 ± 1,07	0,39*
Gêne de demander au partenaire	- 1,51 ± 1,06	- 1,27 ± 1,35	- 1,55 ± 0,99	NS
Ne pas savoir où acheter	- 1,82 ± 0,62	- 1,88 ± 0,60	- 1,81 ± 0,63	NS
Être actif(ve) sexuellement (0) non (1) oui	-	-	-	0,63*
Genre (0) filles (1) garçons	-	-	-	- 0,43*

Échelle variant de "très facile" (-2) à "très difficile" (+2)

* $p \leq 0,0003$; NS: non significatif

Tableau 24

Différences cognitives entre des adolescent(e)s fréquentant des OVG et des OVP, au niveau de leurs croyances normatives à l'égard de l'utilisation du condom

Variables	Total (N = 306) $\chi \pm e.t.$	OVP (N = 49) $\chi \pm e.t.$	OVG (N = 257) $\chi \pm e.t.$	Coefficient de discrimination standardisé (C.D.)
Partenaire sexuel(le)	0,96 ± 1,19	0,63 ± 1,41	1,02 ± 1,14	NS
Ami(e)s du même sexe	0,86 ± 1,15	0,29 ± 1,17	0,97 ± 1,11	0,59*
Ami(e)s de sexe opposé	0,81 ± 1,15	0,18 ± 1,25	0,93 ± 1,09	0,45*
Père	1,49 ± 0,83	1,39 ± 0,89	1,51 ± 0,82	NS
Éducateur-animateur	1,41 ± 0,90	1,55 ± 0,84	1,38 ± 0,91	- 0,22*
Médecin	1,59 ± 0,78	1,65 ± 0,75	1,58 ± 0,79	- 0,18*
Mère	1,68 ± 0,73	1,67 ± 0,72	1,68 ± 0,74	NS
Être actif(ve) sexuellement (0) non (1) oui	-	-	-	- 0,41*
Genre (0) fille (1) garçon	-	-	-	0,31*

Échelle variant de "beaucoup contre" (-2) à "beaucoup pour" (+2)

* $p \leq 0,0001$; NS: non significatif

7. Discussion

7.1 Comportements à risque ou préventifs

Les résultats de la présente étude laissent deviner la haute vulnérabilité des jeunes que l'on retrouve en milieu communautaire vis-à-vis l'infection au VIH, particulièrement si ces jeunes vivent transitoirement dans des organismes à vocation particulière (OVP). Ces résultats sont inquiétants, surtout si l'on compare leur profil comportemental à celui de jeunes du même âge recrutés en milieu scolaire.

En effet, en même temps que se déroulait cette étude en milieu communautaire, une étude similaire était réalisée auprès de 2861 élèves de niveau secondaire des rives sud et nord de Montréal (Otis, Godin & Lambert, 1993). Ainsi, pour le même âge moyen, soit 15,3 ans, les jeunes des organismes communautaires comparativement aux jeunes du milieu scolaire, seraient proportionnellement trois fois plus nombreux à déjà avoir eu une relation sexuelle avec pénétration (71,9% c. 26,4%) et six fois plus nombreux à avoir utilisé des drogues injectables (2,3% c. 0,4%). Parmi les jeunes actifs sexuellement des deux échantillons, les répondants des organismes communautaires seraient deux fois plus nombreux à avoir eu plus de quinze relations sexuelles (60,0% c. 33,4%), et quatre fois plus, à avoir eu six partenaires sexuels différents ou davantage (41,0% c. 10,0%). La consommation d'alcool (61,8% c. 46,9%) et de drogue (34,5% c. 20,3%) avant les relations y serait plus prévalente et ils auraient davantage été confrontés à une grossesse (11,3% c. 4,1%) ou à une MTS traitée (5,0% c. 2,8%). Bien qu'au total, une proportion similaire de jeunes dans ces deux études a rapporté avoir toujours utilisé le condom, (37,7% c. 38,5%), les jeunes des organismes communautaires, de par l'importance de leurs autres conduites à risque, s'exposent davantage à l'infection au VIH lors de relations sexuelles non protégées. Cette vulnérabilité semble toutefois plus élevée chez les jeunes recrutés dans les organismes à vocation particulière (OVP), puisque chez ceux-ci, le taux d'utilisation constante du condom ne fut dans la présente étude, que de 17,8%. Par contre, ils sont nettement plus nombreux à avoir déjà passé un test de dépistage des MTS. La proportion que nous avons obtenue dans la présente recherche, soit 60,0%, semble surestimée, mais elle est davantage le reflet de l'accessibilité de ces jeunes aux services d'une clinique jeunesse dès leur admission dans un organisme à vocation particulière (OVP).

Nos résultats concordent assez bien avec le profil comportemental que Gaudreau et Dupont (1991) avaient dressé de 210 jeunes recrutés dans des organismes communautaires de Montréal. Cette recherche est la seule que nous ayons recensée, dont la population à l'étude pouvait relativement se comparer à la nôtre. Par contre, si on isole dans la présente étude, les quelques jeunes rejoints dans les organismes communautaires à vocation particulière, on observe que leur profil comportemental rejoint davantage celui des décrocheurs tel que présenté dans l'étude sur les jeunes canadiens et le sida (Radford et al. 1989). Ces concordances avec les études antérieures donneraient un aperçu de la relative validité externe des présents résultats.

7.2 Déterminants de l'intention d'utiliser le condom avec un(e) ami(e) régulier(e) dans le contexte où la partenaire féminine prend déjà la pilule

Bien que cette étude n'applique pas parfaitement la théorie du comportement planifié, certaines variables étant omises, les résultats de la présente étude la supportent en partie. Les variables de cette théorie apportent une certaine contribution à la prévision de l'intention, puisqu'elles ont permis d'expliquer 41% de la variation de l'intention d'utiliser le condom avec un(e) ami(e) régulier(e) dans le contexte où la partenaire féminine prend déjà la pilule.

Ainsi, les jeunes les plus motivés ont-ils une attitude plus positive face à l'utilisation du condom, ils ressentent une approbation plus forte venant des personnes significatives et perçoivent des barrières moins fortes face à ce comportement, ce qui témoigne d'une bonne perception de contrôle.

Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par Otis et collaborateurs (1990), à l'exception que dans leur étude, les croyances de contrôle n'avaient pas obtenu un coefficient de régression

suffisant. Comme ces auteurs l'expliquent, c'est probablement lié au fait que leur échantillon était davantage composé de jeunes non actifs sexuellement, donc moins en mesure d'évaluer de façon réaliste les barrières face à l'utilisation du condom.

Nos résultats suggèrent aussi qu'au-delà des variables citées précédemment, les jeunes ayant l'impression qu'il est approprié pour un jeune de 15 ans d'utiliser le condom (croyance liée au rôle social, importance du groupe social d'appartenance) ont une intention plus forte, de même que ceux qui perçoivent qu'une forte proportion de leurs ami(e)s utilisent le condom, même si la fille prend la pilule. De plus, le fait d'être actif sexuellement et d'avoir un amoureux depuis plus longtemps, diminuent la force de l'intention. Ces variables, ajoutées à celles de la théorie de comportement planifié, ont amélioré de 11% la variation expliquée de l'intention, ce qui est en opposition avec un des postulats de la théorie, à l'effet que des variables externes n'ont aucun impact direct sur l'intention. Nous avons obtenu un R^2 passant de 0,41 à 0,52. Dans le modèle final, les croyances normatives n'ont eu aucun effet significatif, leur effet étant neutralisé par la croyance liée au rôle social, autre variable d'ordre normatif.

Ces résultats démontrent donc l'effet de facteurs personnels, soit l'attitude, de facteurs de contrôle, soit les croyances de contrôle, mais aussi l'effet de facteurs normatifs (importance du groupe social d'appartenance ou de la norme reconnue chez les pairs) sur l'intention des adolescents à utiliser le condom. Ces trois facteurs devraient être considérés dans la planification de futures interventions, d'autant plus que ces résultats sont conséquents avec maintes études réalisées auprès des adolescents relativement à leurs intentions d'adopter différents comportements de santé (Gerber, Newman & Martin, 1988; Grube, Morgan & McGree, 1986; Koballa, 1986) et plus particulièrement en ce qui a trait à l'intention d'utiliser le condom (Otis et al., 1990; Fisher, 1984; Lavoie, 1989; Traën, Rise & Kraft;1989). Dans l'étude de Otis et al. (1990), comme dans celle-ci, l'attitude (mesure directe) était le meilleur déterminant.

7.3 Déterminants de l'utilisation du condom chez les adolescents actifs sexuellement

La théorie du comportement planifié s'est avérée relativement soutenue en ce qui concerne la prévision de l'utilisation du condom chez les actifs sexuellement, puisque l'intention et les croyances de contrôle (mesure indirecte de la perception du contrôle comportemental) ont été associées au comportement. Ces variables expliquaient 23 % de la variation totale du comportement. Cependant, après avoir ajouté des variables externes au modèle, une amélioration de 41% sur la variation expliquée a été obtenue, le coefficient de détermination ajusté passant de 0,23 à 0,64.

L'utilisation de la pilule viendrait s'opposer à l'utilisation du condom lors de rapports sexuels. L'utilisation du condom à la première relation serait un déterminant important du comportement étudié. Ainsi, l'utilisation du condom augmente en relation avec l'intention de l'utiliser et selon que le condom a été utilisé lors de la première relation. Toutefois, plus les adolescents ont utilisé la pilule par le passé, moins l'utilisation du condom a été privilégiée. Nos résultats vont dans le même sens que ceux de Otis et collaborateurs (1990), Sauvageau et Bayard (1988), White et Johnson (1988), Rotheram-Borus et collaborateurs (1988). Les futures interventions devraient considérer l'antagonisme entre pilule et condom et promouvoir l'utilisation du condom auprès des jeunes, avant même qu'ils ne s'engagent dans leur vie sexuelle active, puisque l'utilisation du condom à la première relation semble déterminante dans la poursuite de ce comportement.

7.4 Structure cognitive des adolescents face à l'utilisation du condom

Dans cette étude, le profil cognitif des répondants face à l'utilisation du condom a été établi à partir d'un ensemble de croyances qu'ils exprimaient à propos de ce comportement. Ces croyances avaient été recueillies de façon qualitative avant l'enquête, de manière à bien saisir les enjeux cognitifs, favorables ou défavorables, qui jouaient tout à la fois dans le processus de décision d'un(e) jeune d'utiliser le condom avec un(e) partenaire amoureux(se), dans le contexte où la fille était déjà protégée d'une éventuelle grossesse par la prise d'anovulants. Cette démarche allait en quelque sorte recueillir les représentations sociales des jeunes à l'égard de l'utilisation du condom.

L'utilisation des contraceptifs oraux et le fait d'être avec un(e) partenaire régulier(e) étant des facteurs importants associés à la non utilisation du condom chez les adolescents (Chapman & Hodgson, 1988; Ishii-Kuntz, Whitbeck & Simons, 1990; Maticka-Tyndale, 1991; Otis et al, 1990; Traëen, Rise & Kraft, 1989), il était probable que les croyances des jeunes face à l'utilisation du condom dans ce contexte soient moins positives. Or, les présents résultats laissent supposer que, malgré ce contexte, les croyances des répondants étaient tout de même favorables à l'utilisation du condom.

En ce qui concerne leurs croyances comportementales, les répondants semblaient hautement convaincus d'abord de l'efficacité contraceptive, puis de l'efficacité prophylactique de l'utilisation conjointe de la pilule et du condom avec un(e) partenaire régulier(e). Ces résultats traduisent peut-être la grande préoccupation des adolescent(e)s d'être d'abord protégé(e)s d'une grossesse, mais aussi la rétention parmi ceux-ci, d'un message hautement désirable, amplement diffusé auprès des jeunes concernant la nécessité de se protéger contre les MTS et le sida. Visiblement, les jeunes auraient compris ce message, mais ceci ne serait certes pas suffisant, une forte proportion d'entre eux n'utilisant pas le condom de façon constante. Le seul désavantage avec lequel les sujets à l'étude semblaient d'accord, était lié à la peur que le condom se brise lors de la relation. Cette inquiétude est quelque peu en contradiction avec la haute valeur protectrice qu'ils accordent à ce produit, mais il semblerait que cette croyance ne soit pas un facteur déterminant de la non utilisation du condom, les utilisateurs constants du condom craignant autant le bris du condom sinon plus, que les non utilisateurs (Otis et al., 1990; Otis, Godin & Lambert, 1993). Malgré leur léger désaccord avec certains désavantages, certaines croyances laissent apparaître des côtés moins positifs de l'utilisation du condom: elle interrompt la relation, la rend moins naturelle, moins romantique, mais elle est surtout... lassante à la longue. Ce dernier énoncé souligne toute la difficulté chez les adolescents d'utiliser le condom à toutes leurs relations. Ils sont certes de plus en plus familiers avec ce comportement (Drapeau, Janelle, Lafond & Noël, 1992), mais son maintien dans le temps, selon certaines circonstances, reste problématique et incertain. Les recherches futures devraient s'attarder aux dimensions et aux contextes associés au maintien à plus long terme de ce comportement. Finalement, les répondants ne croyaient pas vraiment que l'utilisation du condom signifiait un manque de confiance, enlevait le goût de faire l'amour et rendait l'érection du garçon plus difficile. Ces deux dernières croyances étaient toutefois plus présentes chez les répondants recrutés dans les organismes à vocation particulière (OVP). Encore faut-il souligner que ceux-ci étaient de moins bons utilisateurs du condom. De plus, pour eux, il était plus probable que le condom interrompe le déroulement de la relation.

Ces éléments devraient sans doute être considérés lors d'activités éducatives à leur intention, surtout parce que ces éléments sont associés à une intention faible ou au fait de n'être qu'un utilisateur occasionnel. À ce propos, on a observé que, lorsque l'intention était faible, les désavantages étaient perçus plus négativement. Toutes les conséquences négatives étaient moins probables pour ceux dont l'intention semblait forte, sauf la peur du bris du condom et la crainte de perdre l'érection. De même, les plus motivés étaient plus sensibles au fait que le condom agisse comme méthode contraceptive. Pour leur part, les utilisateurs occasionnels trouvaient plus d'inconvénients face à l'utilisation du condom que les utilisateurs réguliers, ils pensaient davantage que l'utilisation du condom rend la relation sexuelle moins naturelle, qu'elle interrompt son déroulement et qu'elle crée un sentiment de non confiance entre les partenaires.

Les jeunes rejoints dans cette étude ne percevaient pas d'obstacles majeurs à l'utilisation du condom, leurs croyances de contrôle étant relativement élevées. Selon eux, aucune situation ou émotion ne semblait rendre l'utilisation du condom vraiment difficile. Ces résultats sont cohérents avec ceux que nous avons observé en 1989, dans une étude réalisée auprès d'élèves de cinquième secondaire (Otis et al., 1990). Toutefois, l'importance accordée à l'une ou l'autre de ces barrières semble différente. Dans la présente étude, les difficultés sembleraient davantage liées au fait de ne pas avoir pensé avoir de condoms sur soi au bon moment, à l'oubli compte tenu du caractère passionné des ébats amoureux, à la conviction profonde que le partenaire n'a pas de MTS ou tout simplement au désaccord de celui-ci. En 1989, la gêne à l'achat et à l'installation étaient les principaux obstacles mentionnés. Cette divergence peut être liée aux caractéristiques différentes des populations à l'étude, mais elle témoigne peut-être d'un changement dans l'opinion des jeunes à ce

propos. Ils sont plus familiers avec ce comportement, la pression sociale les pousse de plus en plus à utiliser le condom, ils sont de plus en plus capables d'évaluer de façon concrète les obstacles réels à l'utilisation: la coopération ou non du partenaire et le jeu de la confiance et de la passion. La gêne d'acheter et d'installer le condom restent des barrières toutes personnelles relativement faciles à surmonter lorsqu'on est vraiment décidé à utiliser le condom; la passion, la confiance aveugle qu'on a en l'autre et son désaccord face au condom sont des situations qui ne dépendent plus seulement de ses propres habiletés, mais qui impliquent l'autre et tout ce qu'il signifie pour soi.

Pour les jeunes des organismes à vocation particulière (OVP), ce dernier élément semblait particulièrement important. De la même façon qu'ils ressentaient moins l'approbation venant des pairs, de la même façon le désaccord du partenaire à l'utilisation du condom devenait un obstacle plus lourd. La gêne à l'achat et trouver l'argent pour acheter des condoms signifient peu, quand on croit que le(la) partenaire ne voudra pas utiliser le condom. À ce propos, il faut se rappeler que les jeunes des organismes à vocation particulière étaient davantage des filles, s'étaient engagés dans des conduites plus à risque et semblaient moins nombreux à utiliser le condom de façon constante. Ceci nous amène à croire qu'il serait peut-être important que les recherches futures s'attardent à tout le contexte de l'utilisation du condom en fonction de la dyade sexuelle, des relations de pouvoir et des rapports de sexe, particulièrement auprès des jeunes en difficulté. En effet, les résultats que nous avons observés au niveau des croyances de contrôle nous semblent sous-estimer des dimensions affectives latentes relatives à tout le contexte amoureux qui pourraient peut-être s'exprimer à travers des approches plus qualitatives: elles mériteraient d'être explorées par d'autres études. Malgré tout, nous croyons que dans le cadre d'une intervention d'éducation sexuelle préventive, des activités permettant l'expression de ces affects et émotions seraient profitables. Soulignons aussi que dans cette étude, il semblait plus difficile pour les utilisateurs occasionnels d'utiliser le condom quand ils croient que le partenaire sexuel n'a pas de MTS, ou quand ils ont passé eux-mêmes un test de dépistage. Pour ceux-ci, le fait de ne pas avoir de condom à la portée de la main, le désaccord du partenaire et l'oubli seraient des difficultés plus importantes que pour les utilisateurs réguliers.

Les normes sociales perçues par les répondants quant au fait qu'ils utilisent le condom de façon conjointe à la pilule seraient fort favorables, du moins en ce qui concerne les normes provenant des figures d'autorité. En effet, les répondants ressentent une forte approbation venant de la mère, du médecin et de l'animateur-éducateur. Par contre, les normes provenant des pairs et du(de la) partenaire sexuel(le) seraient moins probantes. Ces résultats semblent concordants avec ceux de nombreux auteurs (Brown, DiClemente & Park, 1992; DiClemente et al. 1993; Fortin, Kérouac & Taggart, 1988; Rohrbach & Montgomery, 1993; Shaffer & Boyer, 1991; Svenson, Hansson et Johnsson, 1993; Valdiserri et al., 1989; Walter et al., 1992). Les plus motivés à utiliser le condom sentaient une approbation plus forte de la part du partenaire sexuel, des ami(e)s et des parents (père, mère), que les moins motivés, de la même façon que les utilisateurs réguliers sentaient surtout de l'approbation du partenaire sexuel, des ami(e)s de sexe opposé et de leur mère vis-à-vis le fait qu'ils utilisent le condom. De plus, chez les jeunes recrutés dans les organismes à vocation particulière (OVP), l'écart était plus grand entre la haute approbation perçue des figures d'autorité et le plus faible accord perçu des pairs. La norme associée aux pairs serait-elle déterminante dans le fait qu'ils utilisent moins le condom? Il est probable que oui et l'influence des pairs devrait sans doute être un facteur à retenir dans l'élaboration d'activités éducatives, particulièrement auprès de ces jeunes.

En somme, les attitudes, normes et perception de contrôle des adolescents face à l'utilisation du condom sont le reflet de leurs croyances à l'égard de ce comportement. Ce sont ces croyances qui doivent être l'objet direct de toutes interventions éducatives. Elle définissent les messages à véhiculer, les habiletés à développer et les figures de renforcement à utiliser lorsqu'on veut modifier ces attitudes, perception de contrôle et normes et par conséquent, ce comportement. Les interventions doivent donc prévoir des stratégies de persuasion, de formation et de renforcement, orientées vers ces croyances, tout en créant un environnement favorable à l'adoption et au maintien de ce comportement.

Bibliographie

- AJZEN I. (1985). *From Intentions to Actions: A theory of Planned Behavior*. In J. Kuhl & Beckman (Eds). Action-control: from cognition to behavior. Springer, Heidelberg, 11-39.
- ANDERSON J.E., KANN H., HOLTZMAN D., ARDAY S., TRUMAN B. & KOLBE H. (1990). HIV/AIDS knowledge and behaviors among high school students. *Family Planning Perspectives*, 22, 252-255.
- BAKER C.J., MORRIS R., HUSOROFT S., RE O., ZELJKOVIC S. & ESSEX A. (1991). Survey of Sexual behaviors as HIV risks factors in incarcerated minors. *Ville International Conference on Aids*, Florence, Italy.
- BAKER C.J., MORRIS R., HUSOROFT S., RE O., ZELJKOVIC S. & ESSEX A. (1991). Survey of sexual behaviors as HIV risk factors in incarcerated minors. *Ville International Conference on Aids*, Florence, Italy.
- BALDO M., AGGLETON P. & SLUTKIN G. (1993). Does sex education lead to earlier or increased sexual activity in youth? *IXe conférence internationale sur le sida*, Berlin, Allemagne.
- BANDURA A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- BANDURA A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- BARLING N.R. & MOORE S.M. (1990). Adolescents' attitudes towards AIDS precautions and intention to use condoms. *Psychological Reports*, 67, 883-890.
- BASEN-ENGQUIST K. & PARCEL G.S. (1992). Attitudes, norms, and self-efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behaviors. *Health Education Quarterly*, 19, 263-277.
- BECKER M. et al. (1974). Selected psychosocial models and correlates of individual health related behavior. *Medical Care*, 15(5), 27-49.
- BECKER M.H. & JOSEPH J.G. (1988). AIDS and behavioral change to reduce risk: a review. *American Journal of Public Health*, 78, 394-410.
- BERNARD M.C. & FORTIN L. (1988). *MTS et comportements préventifs chez les étudiants: la situation au Cégep de Shawinigan*. DSC du Centre Hospitalier Régional de la Mauricie.
- BINSON D., DOLCINI M.M. & CATANIA J. (1993). U.S. young adults have lots of sex, lots of partners, yet refuse to use condoms: the National AIDS Behavioral Surveys, *IXe conférence internationale sur le sida*, Berlin, Allemagne.
- BOWLER S., SHEAN A.R., D'ANGELO H.J. & VERMUND S.H. (1992). HIV and AIDS among adolescents in the United States: increasing risk in the 1990s. *Journal of Adolescence*, 15, 345-371.
- BOYD B. & WANDERSMAN A. (1991). Predicting undergraduate condom use with the Fishbein and Ajzen and the Triandis attitude- behavior models: implications for public health interventions. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1810-1830.
- BRAFFORD L.J. & BECK K.H. (1991). Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *Journal of American College Health*, 39, 219-225.
- BROWN H.K., DICLEMENTE R.S. & PARK T. (1992). Predictors of condom use in sexually active adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 13, 651-657.
- BULLETIN DE NOUVELLES DE L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ DES ADOLESCENTS (1993). Les grossesses chez les adolescentes de 14-17 ans au Québec, en 1990, 2, 7.

8. Conclusion

Les résultats de la présente étude doivent être interprétés avec nuance: ils proviennent d'un échantillon non probabiliste relativement restreint, tiré d'une population très circonscrite de jeunes fréquentant des organismes communautaires dans un territoire donné. Il n'est pas certain que les présents résultats puissent s'appliquer à l'ensemble des jeunes rejoints dans les organismes communautaires québécois. Malgré tout, ils dégagent pour les planificateurs d'interventions éducatives dans ces milieux, des pistes d'actions intéressantes: d'une part, l'urgence de travailler d'abord auprès des jeunes fréquentant les organismes à vocation particulière dans un contexte plus large de promotion de la santé; d'autre part, la nécessité de développer une attitude plus positive face à l'utilisation du condom chez ces jeunes en réduisant particulièrement l'antagonisme entre le condom, la romance et le rythme de la relation, l'importance d'utiliser les pairs dans la valorisation de ce comportement et l'intérêt de développer des habiletés personnelles et interpersonnelles dans le contexte d'une relation amoureuse où la confiance et la passion font du condom un intrus, un artifice qu'on préfère oublier.

En dépit de croyances relativement favorables à l'utilisation du condom, les jeunes de cette étude ont rapporté des conduites à risque, utilisent le condom de manière irrégulière et semblent préférer d'autres stratégies moins efficaces, mais à leurs yeux peut-être plus réalistes, comme le dépistage. Leurs croyances sont en partie à l'image des messages auxquels ils ont été exposés. Ils semblent avoir compris la nécessité de se protéger et reconnaître l'utilité du condom à ce niveau. L'objet «condom» semble démystifié et ceci n'est certes pas étranger aux campagnes de sensibilisation des dernières années. Ils ne savent toutefois pas encore comment intégrer le condom dans leurs scénarios amoureux et le rendre compatible avec cette quête d'intimité. Pour les aider à faire cet apprentissage, il faudrait peut-être aller au-delà des discours persuasifs, qui ont eu leur importance, et privilégier des stratégies éducatives davantage axées sur le développement d'habiletés concrètes où les dimensions émotives sont prises en considération.

Compte tenu de ces résultats, bien que nous croyons à la nécessité d'implanter des programmes d'éducation et de prévention de l'infection au VIH auprès de tous les adolescents, peu importe le milieu où on peut les rejoindre (communautaire ou scolaire), il nous semble urgent que ces programmes soient prioritairement offerts aux jeunes des milieux communautaires, principalement à ceux des organismes à vocation particulière (OVP). De plus, il nous semblerait important que les recherches futures explorent davantage auprès de ces jeunes, le sens même d'un engagement précoce dans leur vie sexuelle, cet engagement laissant sans doute transparaître des besoins profonds d'amour, d'affection et d'affirmation de soi non comblés, qui cherchent une réponse à travers la relation intime avec l'autre et ce, peu importe le prix. Il est peu probable qu'un programme d'éducation à leur intention soit efficace, si on n'arrive pas d'abord à comprendre et à considérer le contexte plus global et les conditions de vie auxquels ces jeunes sont confrontés, ces éléments allant à l'encontre même d'une sexualité saine et responsable, par conséquent de la prévention de l'infection au VIH.

- BURKE D.S., BRUNDAĞE J.F., GOLDENBAWM M., GARDNER I., PETERSON M. & VISINTINE R. (1990). Human immunodeficiency virus infections in teenagers, seroprevalence among applicants for U.S. military service. *JAMA*, 263(15), 2074-2077.
- CHAPMAN S. & HODGSON J. (1988). Showers in raincoats: attitudinal barriers to condom use in high-risk heterosexuals. *Community Health Studies*, 12(1), 97-105.
- CHEVALIER N., OTIS J. & DESAULNIERS M.-P. (1994). *Éduquer pour prévenir le sida*. Beauport: Publications MNH Enr., 343 p.
- COLLINS J., HOLTZMAN D., KANN H. & KOLBE L. (1993). Predictors of condom use among U.S. high school students, 1991. *IXe conférence internationale sur le sida*, Berlin, Allemagne.
- CUNNINGHAM I., RODRIGUEZ SANCHEZ M.H., DIAZ ESTEVE C. & GONZALEZ SANTIAGO M.I. (1993). Condom use among university of Puerto Rico students. *IXe conférence internationale sur le sida*, Berlin, Allemagne.
- DESJARDINS M.F., LANGLOIS S. & LEMOYNE Y. (1986). Enquête épidémiologique sur la sexualité d'adolescents fréquentant un Cégep. *Union médicale du Canada*, 115, 668-671.
- DEVRIES H., DIJKSTRA M. & KUHLMAN P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Education and Research*, 3 (3), 273-282.
- DICLEMENTE R. & DUNAH R. (1989). A comparative analysis of risk behaviors among a school-based and juvenile detention facility sample of adolescents in San Francisco. *Ve International Conference on Aids*, Montréal, Canada.
- DICLEMENTE R., LODICO M., EVANS P., COLEMAN J., HUNTER-GAMBLE D., COATES T. et al. (1993) Some african-american adolescents in a high-risk urban environment use condoms consistently. *IXe conférence internationale sur le sida*, Berlin, Allemagne.
- DRAPEAU M., JANELLE F., LAFOND J.S. & NOËL L. (1992). *Les jeunes québécois et québécoises et leurs comportements sexuels. Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS: la population des 15-29 ans, 1991*. Santé Québec.
- DUVAL B. & LAVOIE M. (1990). Sélection des comportements devant faire l'objet d'une intervention en éducation pour la santé: application à la prévention des MTS chez les adolescents. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 81, 363-369.
- FISHBEIN M. & AJZEN I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: an introduction to theory and research*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- FISHBEIN M. & STASSON M. (1990). The role of desires, self-predictions, and perceived control in the prediction of training session attendance. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 173-198.
- FISHER W.T. (1984). Predicting contraceptive behavior among university men: the role of emotions and behavioral intentions. *Journal of Applied Social Psychology*, 14(2), 104-123.
- FORTIN M.F., KÉROUAC S. & TAGGART M.E. (1988). Sexualité et contraception à l'adolescence. *Apprentissage et Socialisation*, 11, 15-27.
- GAUDREAU L. & DUPONT M. (1991). Les comportements sexuels, les connaissances et les attitudes des 14-18 ans face au sida et aux maladies sexuellement transmissibles (MST). *Contraception, Fertilité et Sexualité*, 19(11), 919-927.
- GERBER R.W., NEWMAN I.M. & MARTIN G.L. (1988). Applying the theory of reasoned action to early adolescent tobacco chewing. *Journal of School Health*, 58(10), 410-413.
- GRUBE J.W., MORGAN M. & MCGREE S.T. (1986). Attitudes and normative beliefs as predictors of smoking intentions and behaviours: a test of three models. *British Journal of Social Psychology*, 25(2), 81-93.

- HAYMAN C., ST-LOUIS M., PETERSEN L. & MILLER C. (1990). H.I.V. infection in underprivileged teenagers: update from the job corps. *Vie International Conference on AIDS*, San Francisco, USA.
- HINGSON R., STRUNIN L. & BERLIN B. (1990). Acquired immuno-deficiency syndrome transmission: change in knowledge and behaviors among teenagers, Massachusetts Stadewide Surveys, 1986 to 1988. *Pediatrics*, 85(1), 24-29.
- HINGSON R., STRUNIN L., BERLIN M.S. & HEEREN T. (1990). Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health*, 80(3), 295-299.
- HUSIROF S., MORRIS R., RE O., BAKER C., AQUINO K. & ROSEMAN J. (1990). Survey of sexual behavior risk factors for HIV infection in incarcerated adolescents. *Vie International Conference on Aids*, Florence, Italy.
- ISHII-KUNTZ., WHITBECK L.B. & SIMONS R.H. (1990). Aids and perceived change in sexual practice: an analysis of a college students sample from California and Iowa. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1301-1321.
- JEMMOTT R.S. & JEMMOTT III J.B. (1991). Applying the theory of reasoned action to AIDS risk behavior: condom use among black women. *Nursing Research*, 40, 228-235.
- KASEN S., VAUGHAN R.D. & WALTER H.J. (1992). Self-efficacy for AIDS prevention behaviors among tenth grade students. *Health Education Quarterly*, 19, 187-202.
- KEGELES S.M., ADLER N.E. & IRWIN C.E. (1988). Sexually active adolescents and condoms: changes over one year in knowledge attitudes and use. *American Journal of Public Health*, 78(4), 460-461.
- KOBALLA T.R. (1986). Teaching hands-on science activities: variables that moderate attitude-behavior consistency. *Journal of Research in Science Teaching*, 23(6), 493-502.
- KOOPMAN C., MEYER-BAHLBURG H. & ROTHERAM-BORUS M.J. (1990). Gayard runaway male adolescent's sexual risk behaviors, *Vie International Conference on Aids*, San Francisco, USA.
- LAMPTEY P., COATES T., PIOT P. & SLUTKIN G. (1993). Prevention: is it working? *IXe conférence internationale sur le sida*, Berlin, Allemagne.
- LAVOIE M. & GODIN G. (1991). Correlates of intention to use condoms among auto mechanic students. *Health Education Research*, 6, 313-316.
- LUTZ R.J. (1976). Conceptual and operational issues in the extended Fishbein model. *Advances in Consumer Research*, 3, 469-476.
- M.S.S.S. (1992). *Fichier MADO*. Direction de la Santé publique (données actualisées le 92-10-29).
- MATHEWS C., KUHN H., METCALF C.A., JOUBERT G. & CAMERON N.A. (1990). *South African Medicine Journal*, 78, 511-516.
- MATICKA-TYNDAL E. (1991). Sexual scripts and aids prevention. Variations in adherence to safer-sex guidelines by heterosexual adolescents. *Journal of Sex Research*, 28(1), 45-66.
- MCCAUL K.D., O'NEIL H.K. & GLASGOW R.E. (1988). Predicting the performance of dental hygiene behaviors: an examination of the Fishbein and Ajzen model and self-efficacy expectations. *Journal of Applied Social Psychology*, 18(2), 114-128.
- MERSON M.H. (1993). The HIV pandemic: global spread and global response. *IXe conférence internationale sur le sida*, Berlin, Allemagne.
- MESSIER C. (1989). *Les troubles de comportement à l'adolescence et leur traitement en centre d'accueil, cahier synthèse*. Commission de Protection des Droits de la Jeunesse, Québec, 69 p.

- MICHAUD P.A. & HAUSSER D. (1989). La sexualité des adolescents à l'heure du Sida. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 109, 319-326.
- MIDDLESTADT S.E. & FISHBEIN M. (1990). Factors influencing experienced and inexperienced college women's intentions to tell their partners to use condoms. *Vie International Conference on AIDS*, San Francisco, USA.
- MORRIS R., BAKER C., HUSCROFT S., EVANS C.A. & ZELJKOVIC S. (1991). Two year variation in HIV risk behaviors in detained minors. *VIII International Conference on Aids*, Florence, Italy.
- NGUYEN M.N., MAHEUX B. & PICA L.A. (1994). Sexual behaviors and condom use: a study of suburban male adolescents. *Adolescence*.
- NGUYEN M.N., SAUCIER J.F. & PICA L.A. (1994). Influence of attitudes on the intention to use condoms in Québec sexually-active male adolescents. *Journal of Adolescent Health*.
- NORRIS A.E. & FORD K. (1993). Condom use by urban, minority youth. *IXe conférence internationale sur le sida*, Berlin, Allemagne.
- NOVICK L.F., GLEBATHIS D. & STRICOF R.L. (1989). HIV infection in adolescent childbearing women, *Ve International Conference on AIDS*, Montréal, Canada.
- O'LEARY A., CELANTANO D., MAIBACH E., WEISMAN C., MCCORMACK M., RAFFAELLI M. et al. (1993). Social cognitive predictors of HIV preventive behavior among urban STD clinic patients. *IXe conférence internationale sur le sida*, Berlin, Allemagne.
- OSWALD H. & PFORR P. (1993). Predicting acceptance and use of condoms in adolescence in West and East Berlin. *IXe conférence internationale sur le sida*, Berlin, Allemagne.
- OTIS J. (1992). *Étude des déterminants psychosociaux des comportements sexuels sécuritaires des adolescents et adolescentes fréquentant les organismes communautaires du territoire du département de santé communautaire de l'hôpital Charles LeMoine*. Document-synthèse à l'intention des intervenants. Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec, Bibliothèque nationale du Canada, 4e trimestre 1992. ISBN 2-921223-06-6.
- OTIS J., GODIN G. & LAMBERT J. (1991). The importance of context predicting condom use among adolescents. *119e conférence annuelle de l'American Public Health Association*, Atlanta, USA.
- OTIS J., GODIN G. & LAMBERT J. (1993). Motivational factors towards a choice for prevention of HIV infection among adolescents: continence or condom use. *IXe conférence internationale sur le sida*, Berlin, Allemagne.
- OTIS J., GODIN G., LAMBERT J. & PRONOVOST R. (1990). *Étude des déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom chez les adolescents et adolescentes de cinquième secondaire*. Rapport de recherche présenté au CQRS. Dépôt légal: bibliothèque nationale du Québec; bibliothèque nationale du Canada; 4e trimestre; ISBN 2-921223-01-5.
- OTIS J., LONGPRÉ D., GOMEZ B. & THOMAS R. (1994). *L'infection par le HIV et les adolescents: profil comportemental et cognitif de jeunes de milieux communautaires différentes*. In: N. Chevalier, J. Otis et M.-P. Desaulniers (Eds). *Éduquer pour prévenir le sida*. Beauport: Publications MNH Enr., 37-56.
- PENDERGRAST R.A., DURANT R.H. & GAILLARD G.H. (1992). Attitudinal and behavioral correlates of condom use in urban adolescent males. *Journal of Adolescent Health*, 13, 133-139.
- PETOSA R. & JACKSON K. (1991). Using the Health Belief Model to predict safer sex intentions among adolescents. *Health Education Quarterly*, 18(4) 463-476.
- RADFORD J.L., KING A.J.C. & WARREN W.K. (1989). *Street Youth & AIDS. Social Program Evaluation Group Queen's University at Kingston*. Funded by National Health Research and Development Program. Health and Welfare Canada.

- REMIS R. (1994). *Surveillance des cas du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), Québec, cas cumulatifs 1979-1994, mise à jour no 944*. Centre d'études sur le sida, Hôpital général de Montréal.
- RICHARD R. & VAN DER PLIGT J. (1991). Factors affecting condom use among adolescents. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1, 105-116.
- ROBERTSON M.J., KOEGEL P. & GRELLA C. (1990). Homeless adolescents in Hollywood; high risk behaviors for HIV exposure. *Ville International Conference on Aids*, Florence, Italy.
- ROHRBACH L. & MONTGOMERY S.B. (1993). The importance of theory to tailor prevention messages to subgroups in an STD clinic population. *IXe conférence internationale sur le sida*, Berlin, Allemagne.
- ROSENSTOCK I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 328-35
- ROSENSTOCK I.M., STRECHER V.J. & BECKER M.H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15, 175-183.
- ROSENTHAL D., MOORE S. & FLYNN I. (1991). Adolescent self-efficacy, self-esteem and sexual risk-taking. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 77-88.
- ROTHERAM-BORUS M.J. & KOOPMAN C. (1991). Sexual risk behaviors, AIDS knowledge and beliefs about AIDS among runaways. *American Journal of Public Health*, 81 (2). 208-210.
- ROTHERAM-BORUS M.J., KOOPMAN C. & EHRHARDT A.A. (1991). Homeless Youth and HIV Infection. *American Psychological Association*, 46 (11), 1-10.
- ROTHERAM-BORUS M.J., KOOPMAN, C. & BRADLEY J.S. (1988). *Barriers to successful AIDS prevention programs with runaway youth*. National Institute of Mental Health. Child and adolescent service system program. Georgetown University Child Development Center. Washington D.C.
- ROTHERAM-BORUS M.J., ROSARIO M. & KOOPMAN C. (1991). *Minority youths at high risk: gay males and runaways*. In S. Gore & M.E. Colton (Eds.) *Adolescence, stress and coping* (pp 181-200). New York; Aldine Press.
- ROTHERAM-BORUS M.J., ROSARIO M. & KOOPMAN C. *Minority youths at high risk: gay males an runaways. Adolescent stress: causes and consequences*. S. Gere & ME Colton (Rds). New York: Adlene de Gruyter (in press).
- ROY E. (1993). Transmission de l'infection par le V.I.H. chez les adolescents et les jeunes adultes. Actes du colloque "Compte-rendu de la 9e conférence internationale sur le sida: enseignement pour le Québec." Centre québécois de coordination pour le sida.
- SAUVAGEAU Y. & BAYARD J. (1988). *Recherche Santé des Jeunes*. CLSC Longueuil-est et DSC de l'Hôpital Charles LeMoyné. Document non publié.
- SCHAALMA H., KOK G. & PETERS H. (1993). Determinants of consistent condom use by adolescents: the impact of experience of sexual intercourses. *Health Education Research*, 8, 255-269.
- SCHIFTER D.E. & AJZEN I. (1985). Intention, perceived control and weight loss: an application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (3), 843-851.
- SHAFFER M.A. & BOYER C.B. (1991). Psychosocial and behavioral factors associates with risk of sexually transmitted diseases, including human immunodeficiency virus infection, among urban high school students. *The Journal of Pediatrics*, 119 (5), 826-833.
- SIEGEL D., LAZARUS N., KRASNOVSKI F., DURBIN M. & CHESNEY M. (1991). AIDS knowledge, attitudes, and behavior among inner city, junior high school students. *Journal of School Health*, 61, 160-165.

- SKURNICK J.H., JOHNSON R.H., QUINONES M.A., FOSTER J.D. & LOURIA D.B. (1991). New Jersey high school students' knowledge, attitudes and behavior regarding AIDS. *AIDS Education and Prevention*, 3, 21-30.
- SOILEAU E.J., OH K. & FEINSTEIN R.A. (1989). Condom use among incarcerated male adolescents. *Annual Conference of the Society for Adolescent Medicine*.
- SOLOMON M.Z. & DE JONG W. (1986). Recent sexually transmitted disease prevention efforts and their implications for Aids health education. *Health Education Research*, 13(4), 301-316.
- ST-LAWRENCE J.S., BRASFIELD T.L., JEFFERSON K.W., ALLEYNE E. & SHIRLEY A. (1993). Social support as a factor in african-american adolescents' risk for HIV infection, *IXe conférence internationale sur le sida*, Berlin, Allemagne.
- STEINBERG J., HOWLAND J., HINGSON R., MAYE J., MCNIFF K. & BUTTON G. (1990). Condom use and AIDS related knowledge and behaviors among patients of an inner city public STD clinic. *Vie International Conference on AIDS*, San Francisco, USA.
- STRADER M.K. & BEAMAN M.L. (1989). College students' knowledge about AIDS and attitudes toward condom use. *Public Health Nursing*, 6, 62-66.
- STRICOF R., NOVICK L.F. & KENNEDY J. (1990). HIV-seroprevalence in facilities for runaway and homeless adolescents in four states: Florida, Texas, Louisiana and New York. *Vie International Conference on AIDS*, San Francisco, USA.
- SVENSON G., HANSSON B.S. & JOHNSON K. (1993) Utilizing peer education and target group empowerment to induce diffusional behavior change on a university campus. *IXe conférence internationale sur le sida*, Berlin, Allemagne.
- TRAEEN B., RISE J. & KRAFT P. (1989). Condom behavior in 17, 18 and 19 year-old norwegians. *Ve International Conference on AIDS*, Montréal, Canada.
- TRIANDIS H.C. (1977). *Interpersonal behavior*. Brooks/Cole, Monterey, C.A.
- TYDEN T., NORDEN L. & RUUSUVAARA L. (1991). Swedish adolescents' knowledge of sexually transmitted diseases and their attitudes to the condom. *Midwifery*, 7, 25-30.
- VALDISERRI R.O., ARENA V.C., PROCTOR D. & BONATI F.A. (1989). The relationship between women's attitudes about condoms and their use: implications for condom promotion programs. *American Journal of Public Health*, 79 (4), 499-501.
- VALOIS P., DESHARNAIS R. & GODIN G. (1988). A comparison of the Fishbein and Ajzen and the Triandis attitudinal models for the prediction of exercise intention and behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 459-472.
- WALTER H.J., VAUGHAN R.D., GLADIS M.M., RAGIN D.F., KASEN S. & COHALL A.T. (1992). Factors associated with AIDS risk behaviors among high school students in an AIDS epicenter. *American Journal of Public Health*, 82, 528-532.
- WANG E.-L., KING S., GOLDBERG E., BOCK B., MILNER R. & READ S. (1991). Hepatitis B and human immunodeficiency virus infection in street youths in Toronto, Canada. *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 10, 130-133.
- WEISMAN C.S., NATHANSON C.A., ENSMINGER M., TEITELBAUM M.A., ROBINSON J.C. & PLICHTA S. (1989). AIDS knowledge, perceived risk and prevention among adolescent clients of a family planning clinic. *Family Planning Perspectives*, 21, 213-217.
- WENDELL D., ONORATO I., ALLEN, P., MCGRAY E. & SWEENEY P. (1990). H.I.V. seroprevalence among adolescent and young adults in selected clinical settings, United States, 1988-90. *Vie International Conference on AIDS*, San Francisco, USA.

WHITE H.R. & JOHNSON V. (1988). Risk taking as a predictor of adolescent sexual activity and use of contraception. *Journal of Adolescent Research*, 3, 317-331.

WILSON D., MANUAL A. & LAVALLE S. (1991). Psychosocial predictors of condom use to prevent HIV transmission among Zimbabwean students. *International Journal of Psychology*, 26, 705-721.

Annexe 1

Liste des organismes communautaires participants

LISTE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES PARTICIPANTS

ORGANISMES	RÉPONDANTS	CLASSEMENT	
		OVG ¹	OVP ²
Maison des jeunes de Sainte-Julie	24	X	
Maison des jeunes de Varennes	37	X	
Maison des jeunes Saint-Pie X	5	X	
Maison des jeunes de Verchères	19	X	
Maison des jeunes de Longueuil	15	X	
Maison des jeunes de Boucherville	5	X	
Maison des jeunes Sac-Ado	10	X	
L'escalier en mon temps	9	X	
Des cliques et des gangs	24	X	
Centre Pierre-Bernard Lucas	16	X	
Meunier	28	X	
Maison des jeunes de Candiac	9	X	
Saint-Thomas de Villeneuve	19	X	
Intersection jeunesse	8	X	
Labrosse	8	X	
Le trait d'union	7	X	
Projets jeunesse (rue de l'église)	2	X	
Centre Boisvert	3	X	
Service Jeunesse Benado Inc.	10		X
La Source	8		X
Maison Jonathan	5		X
L'Antre-temps Inc.	9		X
Maricourt	4		X
Maison Marie-Lucille	4		X
Le Virage	2		X
Le Traversier	7		X
Méto Longueuil	9	X	

¹ OVG: organismes à vocation générale

² OVP: organismes à vocation particulière

Annexe 2

Questionnaire de l'étude principale

G

--	--	--	--

**CONNAISSANCES; ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES JEUNES
FACE AUX MTS ET AU SIDA**

Nom de l'organisme: _____

Initiales de l'administrateur: ___ ___

Durant cet entretien, je vais te poser toutes sortes de questions. Y a des questions simples au début, puis après les questions sont plus intimes; elles concernent ton opinion sur la drogue et sur la sexualité.

Y a jamais de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est seulement ton opinion qui compte. C'est donc bien important que tu te sentes à l'aise et que tu me répondes le plus franchement que tu peux. Je ne suis pas là pour te juger...

De toute façon, tout ce que tu vas me dire va rester strictement entre nous. C'est complètement anonyme et confidentiel.

Faut pas que tu oublies une chose. Ton opinion est très très importante. Ça va nous aider à mieux comprendre les besoins des jeunes. Faut que tu réalises que la qualité de ce que je fais dépend seulement de ta franchise et de ton honnêteté. Je te fais confiance...

On commence?

Les premières questions sont des questions d'Informations générales sur toi et ta famille.

1. **J'aimerais savoir ton âge:** ____ ans

2. **À la maison, tu parles:**

surtout le français?

surtout l'anglais?

autant le français que l'anglais?

surtout une autre langue?

laquelle? _____

3. **Où habites-tu actuellement?**

avec tes deux parents?

autant chez ton père que chez ta mère?

surtout chez ta mère?

surtout chez ton père?

autre précise-le _____

Si la personne est en centre d'accueil:

Depuis combien de temps es-tu ici? ____

4. **Ton père naturel est-il né:** (lisez les catégories jusqu'à ce qu'il réponde)

au Québec?

dans une autre province au Canada

dans un autre pays?

ne sais pas

lequel? _____

Sais-tu depuis combien d'années il est au Canada? _____

5. **Ta mère naturelle est-elle née:** (lisez les catégories jusqu'à ce qu'il réponde)

au Québec?

dans une autre province au Canada

dans un autre pays

lequel? _____ ne sais pas

Sais-tu depuis combien d'années elle est au Canada? _____

6. a) C'est qui le gars que tu considères comme ton père? (Q. ouverte)

père naturel

autre

Précisez: _____

b) C'est qui la femme que tu considères comme ta mère? (Q. ouverte)

mère naturelle

autre

Précisez: _____

7. À quelle nationalité (groupe ethnique) appartiens-tu? (Q. ouverte)

8. Quelle religion est pratiquée à la maison? (Q. ouverte)

catholique

pratiquant

non pratiquant

protestant

autre

laquelle: _____

9. Toi, quelle religion pratiques-tu? (Q. ouverte)

catholique

pratiquant

non pratiquant

protestant

autre

laquelle: _____

10 a) Vas-tu à l'école?

non

Depuis combien de temps as-tu lâché? _____

Travailles-tu? non

oui

à temps partiel?

à temps complet?

oui

le jour

le soir

As-tu déjà lâché l'école?

non

oui

b) Qu'est-ce que tu veux faire l'année prochaine? (Q. ouverte)

école

travail

autre

ne sais pas

11. Lesquels des énoncés ressemblent le plus à ta famille (lisez tous les énoncés)

	famille	père	mère
<i>Ma famille est très à l'aise; on peut se payer beaucoup de choses</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ma famille est assez à l'aise; on a tout ce dont on a besoin, mais pas plus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ma famille n'est pas très à l'aise, il arrive qu'on ait des problèmes d'argent</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ma famille n'est pas à l'aise du tout; on a tout le temps des problèmes d'argent</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les prochaines questions concernent tes connaissances à propos des MTS, du sida et du condom. MTS veut dire "maladies transmises sexuellement" comme par exemple, la gonorrhée, la chlamydia, les condylomes, etc. Tu réponds par vrai ou faux; si tu ne sais pas, sois à l'aise et dis-moi "Je ne sais pas".

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 12. Quand on est porteur du virus du sida, on le sait immédiatement. | V | F | ? |
| 13. Sans aucun symptôme du sida, une personne porteuse du virus peut le transmettre à d'autres personnes. | V | F | ? |
| 14. Les insectes comme les maringouins peuvent nous transmettre le virus du sida. | V | F | ? |
| 15. Le virus du sida se transmet par les relations sexuelles avec pénétration et par contact avec le sang. | V | F | ? |
| 16. On peut attraper le virus du sida si une personne infectée éternue près de nous. | V | F | ? |
| 17. Les filles qui prennent la pilule ont moins de chances d'attraper le sida. | V | F | ? |
| 18. On peut attraper le virus du sida à sa première relation sexuelle avec pénétration. | V | F | ? |
| 19. Le virus du sida peut se transmettre lors de relations sexuelles avec pénétration <u>seulement</u> si le garçon éjacule. | V | F | ? |
| 20. Le virus du sida vit dans le sang, le sperme et les sécrétions vaginales. | V | F | ? |
| 21. Une personne qui a attrapé le virus du sida "en se piquant" peut le transmettre à une autre, si elle a une relation sexuelle avec pénétration avec cette personne. | V | F | ? |
| 22. On a plus de chances d'attraper le virus du sida par une relation sexuelle vaginale ou anale que par une relation orale. | V | F | ? |
| 23. La vaseline rend le condom moins efficace. | V | F | ? |
| 24. Avant d'utiliser le condom, il faut le vérifier en le gonflant ou en l'étirant. | V | F | ? |
| 25. On peut utiliser le même condom plus d'une fois. | V | F | ? |
| 26. Il y a une date d'expiration sur une boîte de condoms. | V | F | ? |
| 27. Avant de dérouler condom sur le pénis, on doit retirer l'air au bout du condom. | V | F | ? |

Maintenant avant de te poser d'autres questions, j'aimerais connaître ton opinion personnelle sur l'utilisation du condom pour un gars comme toi.

28. **Es-tu plutôt pour ou plutôt contre?**

pour contre

Peux-tu me dire pourquoi? (Q. ouverte)

Avant de continuer l'entretien, j'ai besoin que tu me répondes franchement à la prochaine question. Pour ça, c'est pas important que tu aies déjà eu des relations sexuelles ou non.

Rassurez le répondant.

Peux-tu me dire si sexuellement parlant, tu as une préférence:

plutôt pour les filles (Continuez l'entrevue avec les questions marquées **A**)

plutôt pour les garçons (Continuez l'entrevue avec les questions marquées **B**)

pour les deux (Continuez l'entrevue avec les questions marquées **A** et **B**)

Remarques: Lorsqu'une question n'est pas marquée **A** ou **B**, elle s'adresse à tout répondant, indépendamment de son orientation sexuelle.

Les prochaines questions demandent ton opinion sur l'utilisation du condom dans différentes situations. Tu dois me dire ce que tu penserais si l'étais dans cette situation-là. "Tu fais comme si"

Quand je vais dire "faire l'amour", pense que ça veut dire avoir des relations sexuelles avec pénétration complète du pénis dans le vagin ou dans l'anus (derrière) (relation vaginale ou anale).

CONSIGNES POUR L'INTERVIEWER

Pour les prochaines questions (dont les réponses doivent être cochées sur une échelle à cinq niveaux), vous devez poser la question au répondant en deux temps.

Exemple, question 29:

a) Demandez d'abord au répondant s'il est "en accord" ou en "désaccord" avec l'énoncé. Laissez-le répondre.

b) Ensuite, compte tenu de sa réponse, demandez-lui s'il est "plutôt en accord" ou "très en accord", "plutôt en désaccord" ou "très en désaccord".

Si le répondant hésite ou qu'il n'a pas vraiment d'opinion, il peut répondre par "ni l'un, ni l'autre".

Cochez sa réponse sur l'échelle.

29. **A.** Quand un gars de ton âge a une blonde qui prend la pilule, c'est mieux qu'ils utilisent le condom lorsqu'ils font l'amour. Es-tu...

très en
désaccord

plutôt en
désaccord

ni en accord
ni en désaccord

plutôt en
accord

très en
accord

B. Quand un gars de ton âge a un chum, c'est mieux qu'ils utilisent le condom lorsqu'ils font l'amour. Es-tu...

très en
désaccord

plutôt en
désaccord

ni en accord
ni en désaccord

plutôt en
accord

très en
accord

30. **A.** Si tu avais une blonde qui prend la pilule, tu ne vois pas pourquoi vous devriez utiliser le condom lorsque vous faites l'amour. Es-tu...

très en
désaccord

plutôt en
désaccord

ni en accord
ni en désaccord

plutôt en
accord

très en
accord

B. Si tu avais un chum, tu ne vois pas pourquoi vous devriez utiliser le condom lorsque vous faites l'amour: Es-tu...

très en
désaccord

plutôt en
désaccord

ni en accord
ni en désaccord

plutôt en
accord

très en
accord

31. **A. Si en plus de la pilule, vous utilisiez le condom,**

a) **ce serait...**

très
moche

plutôt
moche

ni moche
ni excitant

un peu
excitant

très
excitant

b) **ce serait...**

très
plate

plutôt
plate

ni plate
ni le "fun"

un peu
"le fun"

très
"le fun"

c) **ce serait...**

très
inutile

plutôt
inutile

ni inutile
ni utile

un peu
utile

très
utile

d) **ce serait...**

très
inquiétant

plutôt
inquiétant

ni inquiétant
ni rassurant

un peu
rassurant

très
rassurant

e) **ce serait...**

très
irresponsable

plutôt
irresponsable

ni irresponsable
ni responsable

un peu
responsable

très
responsable

f) **tu serais...**

très
embarrassé

plutôt
embarrassé

ni embarrassé
ni à l'aise

un peu
à l'aise

très
à l'aise

B. Si vous utilisiez le condom,

a) **ce serait...**

très
moche

plutôt
moche

ni moche
ni excitant

un peu
excitant

très
excitant

b) **ce serait...**

très
plate

plutôt
plate

ni plate
ni le "fun"

un peu
"le fun"

très
"le fun"

c) **ce serait...**

très
inutile

plutôt
inutile

ni inutile
ni utile

un peu
utile

très
utile

d) **ce serait...**

très
inquiétant

plutôt
inquiétant

ni inquiétant
ni rassurant

un peu
rassurant

très
rassurant

e) **ce serait...**

très
irresponsable

plutôt
irresponsable

ni irresponsable
ni responsable

un peu
responsable

très
responsable

f) **tu serais...**

très
embarrassé

plutôt
embarrassé

ni embarrassé
ni à l'aise

un peu
à l'aise

très
à l'aise

32. **A. Si en plus de la pilule, vous utilisiez le condom,**

- a) **la relation serait moins naturelle**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- b) **tu aurais de la misère à avoir une érection**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- c) **tu n'aurais pas de MTS**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- d) **tu aurais moins de plaisir sexuel**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- e) **ce serait un signe de manque de confiance**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- f) **la relation serait moins romantique**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- g) **tu serais protégé contre le sida**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- h) **ça interromprait le déroulement de la relation sexuelle**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- i) **tu serais inquiet que le condom brise**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- j) **tu perdrais le goût de faire l'amour**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- k) **ça éviterait que ta blonde tombe enceinte**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- l) **ce serait "tannant à la longue" de toujours utiliser le condom**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord

32. **B.** Si vous utilisiez le condom,

a) **la relation serait moins naturelle**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) **tu aurais de la misère à avoir une érection**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) **tu n'aurais pas de MTS**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) **tu aurais moins de plaisir sexuel**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) **ce serait un signe de manque de confiance**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f) **la relation serait moins romantique**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

g) **tu serais protégé contre le sida**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

h) **ça interromprait le déroulement de la relation sexuelle**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i) **tu serais inquiet que le condom brise**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

j) **tu perdrais le goût de faire l'amour**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

k) **ce serait "tannant à la longue" de toujours utiliser le condom**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. **A.** Dans le cas où ce serait moins facile d'utiliser le condom en plus de la pilule, est-ce que ce serait parce que:

a) **tu ne saurais pas où acheter des condoms?**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) **tu n'aurais pas assez d'argent pour acheter des condoms?**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) **tu serais gêné d'acheter des condoms?**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) **tu serais sûr que ta blonde n'a pas de MTS?**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) **ta blonde ne voudrait pas utiliser des condoms?**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f) **tu serais gêné de dire à ta blonde que tu veux utiliser un condom?**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

g) **t'en aurais pas sur toi au bon moment?**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

h) **tu serais gêné de mettre le condom devant ta blonde?**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i) **tu aurais pris de l'alcool (ou de la drogue) avec ta blonde?**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

j) **dans le "feu" de l'action tu oublierais de mettre le condom?**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

k) **tu aurais passé un test qui te dis que tu n'a pas de MTS?**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

l) **ça ne t'intéresse tout simplement pas?**

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. **B.** Dans le cas où ce serait moins facile d'utiliser le condom, est-ce que ce serait parce que:

- a) **tu ne saurais pas où acheter des condoms?**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- b) **tu n'aurais pas assez d'argent pour acheter des condoms?**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- c) **tu serais gêné d'acheter des condoms?**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- d) **tu serais sûr que ton chum n'a pas de MTS?**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- e) **ton chum ne voudrait pas utiliser des condoms?**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- f) **tu serais gêné de dire à ton chum que tu veux utiliser un condom?**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- g) **t'en aurais pas sur toi au bon moment?**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- h) **tu serais gêné de mettre le condom devant ton chum?**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- i) **tu aurais pris de l'alcool (ou de la drogue) avec ton chum?**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- j) **dans le "feu" de l'action tu oublierais de mettre le condom?**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- k) **tu aurais passé un test qui te dis que tu n'a pas de MTS?**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord
- l) **ça ne t'intéresse tout simplement pas?**
 très en désaccord plutôt en désaccord ni en accord ni en désaccord plutôt en accord très en accord

34. **A.** Les gens importants pour toi pourraient être pour, contre ou indifférents au fait que tu utilises le condom même si ta blonde prend déjà la pilule.

De façon particulière:

a) ton père serait...

<i>très</i>	<i>plutôt</i>	<i>ni pour</i>	<i>plutôt</i>	<i>très</i>
<i>contre</i>	<i>contre</i>	<i>ni contre</i>	<i>pour</i>	<i>pour</i>
<input type="checkbox"/>				

b) ta mère serait...

<i>très</i>	<i>plutôt</i>	<i>ni pour</i>	<i>plutôt</i>	<i>très</i>
<i>contre</i>	<i>contre</i>	<i>ni contre</i>	<i>pour</i>	<i>pour</i>
<input type="checkbox"/>				

c) ta blonde serait...

<i>très</i>	<i>plutôt</i>	<i>ni pour</i>	<i>plutôt</i>	<i>très</i>
<i>contre</i>	<i>contre</i>	<i>ni contre</i>	<i>pour</i>	<i>pour</i>
<input type="checkbox"/>				

d) tes amis de gars seraient...

<i>très</i>	<i>plutôt</i>	<i>ni pour</i>	<i>plutôt</i>	<i>très</i>
<i>contre</i>	<i>contre</i>	<i>ni contre</i>	<i>pour</i>	<i>pour</i>
<input type="checkbox"/>				

e) tes amies de filles seraient...

<i>très</i>	<i>plutôt</i>	<i>ni pour</i>	<i>plutôt</i>	<i>très</i>
<i>contre</i>	<i>contre</i>	<i>ni contre</i>	<i>pour</i>	<i>pour</i>
<input type="checkbox"/>				

f) ton médecin serait...

<i>très</i>	<i>plutôt</i>	<i>ni pour</i>	<i>plutôt</i>	<i>très</i>
<i>contre</i>	<i>contre</i>	<i>ni contre</i>	<i>pour</i>	<i>pour</i>
<input type="checkbox"/>				

g) ton éducateur (animateur ou tuteur) serait...

<i>très</i>	<i>plutôt</i>	<i>ni pour</i>	<i>plutôt</i>	<i>très</i>
<i>contre</i>	<i>contre</i>	<i>ni contre</i>	<i>pour</i>	<i>pour</i>
<input type="checkbox"/>				

34. **B.** Les gens importants pour toi pourraient être pour, contre ou indifférents au fait que tu utilises le condom.

De façon particulière:

a) ton père serait...

très contre	plutôt contre	ni pour ni contre	plutôt pour	très pour
<input type="checkbox"/>				

b) ta mère serait...

très contre	plutôt contre	ni pour ni contre	plutôt pour	très pour
<input type="checkbox"/>				

c) ton chum serait...

très contre	plutôt contre	ni pour ni contre	plutôt pour	très pour
<input type="checkbox"/>				

d) tes amis de gars seraient...

très contre	plutôt contre	ni pour ni contre	plutôt pour	très pour
<input type="checkbox"/>				

e) tes amies de filles seraient...

très contre	plutôt contre	ni pour ni contre	plutôt pour	très pour
<input type="checkbox"/>				

f) ton médecin serait...

très contre	plutôt contre	ni pour ni contre	plutôt pour	très pour
<input type="checkbox"/>				

g) ton éducateur (animateur ou tuteur) serait...

très contre	plutôt contre	ni pour ni contre	plutôt pour	très pour
<input type="checkbox"/>				

35. **A.** Personnellement, si tu faisais l'amour avec ta blonde, serais-tu décidé à utiliser le condom, même si ta blonde prend déjà la pilule?

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Personnellement si tu faisais l'amour avec ton chum, serais-tu décidé à utiliser le condom?

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. **A.** Si tu voulais, pourrais-tu facilement utiliser le condom même si ta blonde prenait la pilule?

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. **B.** Si tu voulais, pourrais-tu facilement utiliser le condom?

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Habituellement as-tu tendance à tenir compte de l'opinion de:

a) ton père?

pas du tout un peu beaucoup

b) ta mère?

pas du tout un peu beaucoup

c) A) ta blonde?

pas du tout un peu beaucoup

B) ton chum?

pas du tout un peu beaucoup

d) tes amis de gars?

pas du tout un peu beaucoup

e) tes amies de fille?

pas du tout un peu beaucoup

f) ton médecin?

pas du tout un peu beaucoup

g) ton éducateur?

pas du tout un peu beaucoup

Maintenant compte tenu du genre de gars que tu es et de ce que tu vis, essaie d'évaluer ton risque personnel compte tenu de certaines situations.

38. **A.** *Si tu faisais l'amour avec ta blonde, le risque qu'elle tombe enceinte,*

- **sans pilule et sans condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé
- **sans pilule et avec condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé
- **avec pilule et sans condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé
- **avec pilule et avec condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé

Si tu faisais l'amour avec ta blonde, le risque que tu attrapes ou que tu lui transmettes une MTS,

- **sans pilule et sans condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé
- **sans pilule et avec condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé
- **avec pilule et sans condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé
- **avec pilule et avec condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé

Si tu faisais l'amour avec ta blonde, le risque tu attrapes ou que tu lui transmettes le sida,

- **sans pilule et sans condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé
- **sans pilule et avec condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé
- **avec pilule et sans condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé
- **avec pilule et avec condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé

38. B. Si tu faisais l'amour avec ton chum, le risque que tu attrapes ou que tu lui transmettes une MTS,

- **avec condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé
- **sans condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé

Si tu faisais l'amour avec ton chum, le risque tu attrapes ou que tu lui transmettes le sida,

- **sans condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé
- **avec condom, serait...**
presque nul faible moyen élevé

Les questions suivantes cherchent à savoir sur QUOI ET OÙ tu as eu de l'information sur les MTS et le sida.

39. As-tu déjà entendu parler:

- **de l'importance du sida et des MTS chez les jeunes?**

pas du tout *un peu* *beaucoup*

- **de la façon dont se transmet le virus du sida?**

pas du tout *un peu* *beaucoup*

- **des comportements à risque de MTS et de sida?**

pas du tout *un peu* *beaucoup*

- **de la façon de se protéger contre le sida et les MTS?**

pas du tout *un peu* *beaucoup*

- **de la façon d'utiliser le condom?**

pas du tout *un peu* *beaucoup*

- **du "safe sex", du sexe sécuritaire?**

pas du tout *un peu* *beaucoup*

Pour l'interviewer: Il faut que le répondant mentionne "relations sexuelles sans pénétration" ou tout autre terme similaire.

Sinon cochez pas du tout

Si oui cochez un peu ou beaucoup dépendamment de sa réponse

40. As-tu entendu parler des MTS et du sida:

- a) par ton médecin?
pas du tout un peu beaucoup
- b) par les gens du CLSC?
pas du tout un peu beaucoup
- c) à l'école?
pas du tout un peu beaucoup
- d) par ton père?
pas du tout un peu beaucoup
- e) par ta mère?
pas du tout un peu beaucoup
- f) par tes amis et amies?
pas du tout un peu beaucoup
- g) par ton éducateur (tuteur, animateur)?
pas du tout un peu beaucoup
- h) par des adolescents plus vieux que toi?
pas du tout un peu beaucoup
- i) par tes frères et tes soeurs?
pas du tout un peu beaucoup
- j) par la télévision?
pas du tout un peu beaucoup
- k) par la radio?
pas du tout un peu beaucoup
- l) par les journaux/revues?
pas du tout un peu beaucoup
- m) par des affiches?
pas du tout un peu beaucoup
- n) par des dépliants?
pas du tout un peu beaucoup
- o) par des livres?
pas du tout un peu beaucoup
- lequel ou lesquels? _____

41. As-tu déjà rencontré quelqu'un qui était atteint du sida?

- Était-ce un ou une amie? non oui
- Oui
- As-tu eu des relations sexuelles avec cette personne? non oui
- Non

Donne-moi ton opinion sur les énoncés suivants

42. A. **C'est plus au garçon d'acheter les condoms. Es-tu..**
- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------|
| <i>très en
désaccord</i> | <i>plutôt en
désaccord</i> | <i>ni en accord
ni en désaccord</i> | <i>plutôt en
accord</i> | <i>très en
accord</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
43. A. **C'est plus à la fille de demander au garçon d'utiliser le condom. Es-tu...**
- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------|
| <i>très en
désaccord</i> | <i>plutôt en
désaccord</i> | <i>ni en accord
ni en désaccord</i> | <i>plutôt en
accord</i> | <i>très en
accord</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
44. A. **C'est plus à la fille de décider du meilleur moment pour installer le condom. Es-tu...**
- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------|
| <i>très en
désaccord</i> | <i>plutôt en
désaccord</i> | <i>ni en accord
ni en désaccord</i> | <i>plutôt en
accord</i> | <i>très en
accord</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
45. A. **C'est plus au garçon d'installer lui-même le condom. Es-tu...**
- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------|
| <i>très en
désaccord</i> | <i>plutôt en
désaccord</i> | <i>ni en accord
ni en désaccord</i> | <i>plutôt en
accord</i> | <i>très en
accord</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les prochaines questions sont plus délicates. Elles concernent tes habitudes de consommation d'alcool ou de drogues et tes comportements sexuels.

46. **T'est-il arrivé de prendre de l'alcool?**

- jamais
quelquefois
souvent

47. a) **T'est-il arrivé de prendre de la drogue?**

- jamais **passez à la question 54**
quelquefois **laquelle ou lesquelles? _____**
souvent **laquelle ou lesquelles? _____**

b) **À quel âge as-tu commencé? _____**

c) **Qui t'a initié à prendre de la drogue? _____**

48. **T'es-tu déjà piqué dans tes veines ou sous ta peau?**

- jamais **passez à la question 53**
quelquefois **passez à la question 49**
souvent **passez à la question 49**

49. **Quel âge avais-tu la première fois que tu t'es piqué? _____**

50. **Qui t'a initié à l'injection de drogues? (Q. ouverte)**

- toi-même
blonde/chum
ami/amie
connaissance
autre _____

Quel âge avait cette personne? _____

51. **As-tu déjà utilisé une seringue usagée que quelqu'un d'autre t'avait donnée?**

non

oui les nettoyas-tu avant de t'en servir? non oui Comment?

- javel

- alcool

- eau froide

- eau chaude

- autre

52. **As-tu déjà passé (donné) à une autre personne une seringue dont tu t'étais servi?**

non

oui

53. **Habituellement, est-ce que tu te procures toi-même ta drogue (dope)?**

non

oui

54. **A. As-tu à l'heure actuelle une blonde?**

non

oui

tu sors avec elle depuis:

moins d'un mois

un à cinq mois

six mois à un an

plus d'un an

54. **B. As-tu à l'heure actuelle un chum?**

non

oui

tu sors avec lui depuis:

moins d'un mois

un à cinq mois

six mois à un an

plus d'un an

55. **Selon toi, combien de tes amis ou amies ont déjà fait l'amour?**

aucun

peu

la moitié

beaucoup

tous

prenez à la question 57.

prenez à la question 56.

56. **A.** Selon toi, combien de tes amis ou amies utilisent toujours le condom?

a) si la fille prend la pilule

aucun la minorité la moitié la majorité tous

b) si la fille ne prend pas la pilule

aucun la minorité la moitié la majorité tous

56. **B.** Selon toi, combien de tes amis ou amies utilisent toujours le condom?

aucun la minorité la moitié la majorité tous

61. **As-tu déjà été forcé à des contacts sexuels sans que tu le veuilles? (Q. ouverte)**
non
oui

62. **As-tu déjà fait l'amour? (relations sexuelles avec pénétration complète du pénis dans le vagin ou dans l'anus)**
non passez à la question 89
oui passez à la question 63

63. **Donne-moi ton opinion sur l'énoncé suivant:**

"Compte tenu du genre de gars que tu es, tu considères que tu es une personne qui pourrait attraper ou transmettre une MTS ou le sida".

très en désaccord	plutôt en désaccord	ni en accord ni en désaccord	plutôt en accord	très en accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. **Dis-moi l'énoncé qui te définit le mieux**

A. J'ai fait l'amour uniquement avec une fille ou des filles qui était ma blonde. passez à la question 65

B. J'ai fait l'amour uniquement avec un gars ou des gars qui était mon chum. passez à la question 65

A. J'ai fait l'amour uniquement avec une fille ou des filles qui n'était pas ma blonde. passez à la question 65

B. J'ai fait l'amour uniquement avec un gars ou des gars qui n'était pas mon chum. passez à la question 65

A. J'ai fait l'amour des fois avec une blonde, des fois avec une partenaire occasionnelle (aventure, "one night"). passez à la question 68

B. J'ai fait l'amour des fois avec un chum, des fois avec un partenaire occasionnel (aventure, "one night"). passez à la question 68

65. **Combien de fois as-tu fait l'amour jusqu'à maintenant?**
 Quinze fois ou moins Peux-tu me dire exactement combien? _____ fois.
 Plus de quinze fois

66. **A. Combien de partenaires sexuelles différentes as-tu eues jusqu'à maintenant?**
 Moins de dix Peux-tu me dire exactement combien? _____
 Dix ou plus

B. Combien de partenaires sexuels différents as-tu eus jusqu'à maintenant?
 Moins de dix Peux-tu me dire exactement combien? _____
 Dix ou plus

67. **Pourrais-tu me dire combien de tes relations sexuelles ont eu lieu...**

A. a) avec la pilule et le condom en même temps?
 aucune la minorité la moitié la majorité toutes
b) avec la pilule seulement?
 aucune la minorité la moitié la majorité toutes
c) avec le condom seulement?
 aucune la minorité la moitié la majorité toutes
d) avec le retrait (coït interrompu)?
 aucune la minorité la moitié la majorité toutes
e) sans aucune méthode?
 aucune la minorité la moitié la majorité toutes

B. a) avec le condom seulement?
 aucune la minorité la moitié la majorité toutes
b) avec le retrait (coït interrompu)?
 aucune la minorité la moitié la majorité toutes
e) sans aucune méthode?
 aucune la minorité la moitié la majorité toutes

PASSEZ À LA QUESTION 71

68. **Combien de fois as-tu fait l'amour jusqu'à maintenant...**

A. a) avec quelqu'un qui était ta blonde?
quinze fois ou moins **Peux-tu me dire exactement combien?** _____ fois
plus de quinze fois

A. b) avec quelqu'un qui n'était pas ta blonde?
quinze fois ou moins **Peux-tu me dire exactement combien?** _____ fois
plus de quinze fois

B. a) avec quelqu'un qui était ton chum?
quinze fois ou moins **Peux-tu me dire exactement combien?** _____ fois
plus de quinze fois

B. b) avec quelqu'un qui n'était pas ton chum?
quinze fois ou mois **Peux-tu me dire exactement combien?** _____ fois
plus de quinze fois

69. **A. Combien de partenaires sexuelles différentes as-tu eues jusqu'à maintenant...**

a) partenaires sexuelles qui étaient ta blonde?
moins de dix **Peux-tu me dire exactement combien?** _____
plus de dix

b) partenaires sexuelles qui n'étaient pas ta blonde?
moins de dix **Peux-tu me dire exactement combien?** _____
plus de dix

B. Combien de partenaires sexuels différents as-tu eus jusqu'à maintenant...

a) partenaires sexuels qui étaient ton chum?
moins de dix **Peux-tu me dire exactement combien?** _____
plus de dix

b) partenaires sexuels qui n'étaient pas ton chum?
moins de dix **Peux-tu me dire exactement combien?** _____
plus de dix

70. a) **A. Pourrais-tu me dire combien de tes relations sexuelles ont eu lieu:
lorsque tu étais avec une fille qui était ta blonde...**

avec la pilule et le condom en même temps?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

avec la pilule seulement?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

avec le condom seulement?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

avec le retrait (coït interrompu)?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

sans aucune méthode?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

70. b) **B.** Pourrais-tu me dire combien de tes relations sexuelles ont eu lieu...
lorsque tu étais avec une fille qui n'était pas ta blonde,

avec la pilule et le condom en même temps?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

avec la pilule seulement?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

avec le condom seulement?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

avec le retrait (coït interrompu)?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

sans aucune méthode?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

70. a) **B.** Pourrais-tu me dire combien de tes relations sexuelles ont eu lieu...
lorsque tu étais avec un garçon qui était ton chum,

avec le condom seulement?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

avec le retrait (coït interrompu)?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

sans aucune méthode?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

70. b) **B.** Pourrais-tu me dire combien de tes relations sexuelles ont eu lieu...
lorsque tu étais avec un garçon qui n'était pas ton chum,

avec le condom seulement?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

avec le retrait (coït interrompu)?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

sans aucune méthode?

aucune la minorité la moitié la majorité toutes

71. Quand tu as fait l'amour, t'est-il arrivé...

A. a) d'exciter avec ta bouche les organes génitaux de la fille? (sucrer)?

jamais une fois quelquefois souvent

b) de mettre ton pénis dans la bouche de la fille (te faire sucer)?

jamais une fois quelquefois souvent

c) de mettre ton pénis dans l'anus (le derrière) de la fille?

jamais une fois quelquefois souvent

B. a) d'exciter avec la bouche les organes génitaux du gars (sucrer)?

jamais une fois quelquefois souvent

b) de mettre ton pénis dans la bouche du gars (te faire sucer)?

jamais une fois quelquefois souvent

c) de mettre ton pénis dans l'anus (derrière) du gars?

jamais une fois quelquefois souvent

d) de recevoir le pénis du gars dans ton anus?

jamais une fois quelquefois souvent

72. De façon générale, quand tu as fait l'amour...

a) aviez-vous pris de l'alcool juste avant?

toi:

jamais **une fois** **quelquefois** **souvent**

l'autre personne:

jamais **une fois** **quelquefois** **souvent**

b) aviez-vous pris de la drogue juste avant?

toi:

jamais **une fois** **quelquefois** **souvent**

l'autre personne:

jamais **une fois** **quelquefois** **souvent**

Maintenant, je vais te poser certaines questions concernant la première fois où tu as fait l'amour (faire l'amour veut dire relations sexuelles avec pénétration complète du pénis dans le vagin ou dans l'anus).

73. Quel âge avais-tu la première fois que tu as fait l'amour? _____ ans

74. Était-ce avec une personne plus vieille que toi?

non

oui Quel âge avait-elle? _____ ans

75. T'es-tu senti obligé?

non

oui

76. Aviez-vous pris de ...

a) de l'alcool?

toi:

non

oui

l'autre personne:

non

oui

b) de la drogue?

toi:

non

oui

l'autre personne:

non

oui

77. Comment cela s'est-il passé?

très bien

plutôt bien

plutôt mal

très mal

78. Après tu t'es senti comment? _____

As-tu eu du plaisir sexuel? non oui

79. Avez-vous utilisé une méthode de protection?

- | | | | |
|--------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| A et B | aucune | <input type="checkbox"/> | prenez la question 80. |
| A | la pilule et le condom | <input type="checkbox"/> | prenez la question 81. |
| A | la pilule seulement | <input type="checkbox"/> | prenez la question 80. |
| A et B | le condom seulement | <input type="checkbox"/> | prenez la question 81. |
| A et B | le retrait | <input type="checkbox"/> | prenez la question 80. |
| A et B | une autre méthode | <input type="checkbox"/> | laquelle? _____ |

80. Pourquoi n'as-tu pas utilisé le condom? (Q. ouverte)

Maintenant, pense à la dernière fois où tu as fait l'amour.

81. **Était-ce ...**

A

- avec une fille qui était ta blonde?
- avec une fille qui n'était pas ta blonde?

B

- avec un gars qui était ton chum?
- avec un gars qui n'était pas ton chum?

82. **Aviez-vous pris...**

a) de l'alcool?

toi:

- non
- oui

l'autre personne:

- non
- oui

b) de la drogue?

toi:

- non
- oui

l'autre personne:

- non
- oui

83. **Avez-vous utilisé une méthode de protection quelconque?**

- A et B aucune passez à la question 84.
- A la pilule et le condom passez à la question 85.
- A la pilule seulement passez à la question 84.
- A et B le condom seulement passez à la question 85.
- A et B le retrait passez à la question 84.
- A et B une autre méthode laquelle? _____

passer à la question 84.

84. **Peux-tu me dire pourquoi tu n'as pas utilisé le condom? (Q. ouverte)**

Les prochaines questions concernent ton expérience possible face à la grossesse, aux MTS et au sida

85. A Une de tes partenaires a-t-elle déjà été enceinte de toi?

non

oui

s'est-elle faite avorter?

non

oui

ne sais pas

86. As-tu déjà eu des symptômes (malaises, douleurs, pertes, rougeurs, etc.) te faisant croire que tu avais attrapé une MTS?

non

oui

87. As-tu déjà passé un test pour une MTS?

non

oui

88. As-tu déjà été traité pour une MTS?

non

oui

pour laquelle ou lesquelles _____

Pense maintenant à ce qui s'est passé dans ta vie dans les six derniers mois.

89. As-tu vécu les situations suivantes...

- a) **des problèmes à la maison entre tes deux parents?**
non oui, un peu oui, beaucoup
- b) **des problèmes entre toi et tes parents?**
non oui, un peu oui, beaucoup
- c) **des problèmes avec un ou de tes amis?**
non oui, un peu oui, beaucoup
- d) **des problèmes avec ta blonde/chum?**
non oui, un peu oui, beaucoup
- e) **des problèmes d'argent?**
non oui, un peu oui, beaucoup
- f) **des problèmes avec la police?**
non oui, un peu oui, beaucoup
- g) **des problèmes avec l'école?**
non oui, un peu oui, beaucoup

90. As-tu ressenti le besoin de parler de tes problèmes personnels avec quelqu'un?

- jamais quelquefois souvent

91. Avec combien de personnes as-tu parlé de tes problèmes personnels?

- aucune **Passez à la question 94**
une seule
plusieurs **Combien environ? _____**

92. Était-ce avec...

- un membre de ta famille? **spécifiez _____**
un ou des amis (amies)?
une ou d'autres personnes? **spécifiez _____**

93. **T'es-tu senti satisfait après ces discussions?**
 non, pas vraiment
 oui, un peu
 oui, beaucoup
94. **As-tu eu besoin que quelqu'un te rende service (ex. te reconduire, te passer de l'argent, etc.)**
 jamais quelquefois souvent
95. **Combien de personnes ont pu te rendre service?**
 aucune **Passez à la question 98**
 une seule
 plusieurs **Combien environ? _____**
96. **Était-ce...**
 un membre de ta famille? **spécifiez _____**
 un ou des amis (amies)?
 une ou d'autres personnes? **spécifiez _____**
97. **Étais-tu content des services qui t'ont été rendus?**
 non, pas vraiment
 oui, un peu
 oui, beaucoup
98. **As-tu ressenti le besoin de te changer les idées, de relaxer, d'avoir du fun?**
 jamais quelquefois souvent
99. **Avec combien de personnes as-tu pu le faire?**
 aucune **Passez à la question 102.**
 une seule
 plusieurs **Combien environ? _____**
100. **Était-ce...**
 un membre de ta famille? **spécifiez _____**
 un ou des amis (amies)?
 une ou d'autres personnes? **spécifiez _____**
101. **Est-ce que ça t'a fait du bien?**
 non, pas vraiment
 oui, un peu
 oui, beaucoup

102. **As-tu ressenti le besoin de parler de contraception, de MTS ou de sida avec quelqu'un?**

jamais

quelquefois

souvent

103. **Avec combien de personnes as-tu parlé de ces sujets?**

aucune

Passez à la question 106

une seule

plusieurs

Combien environ? _____

104. **Était-ce ...**

un membre de ta famille?

spécifiez _____

un ou des amis (amies)?

une ou d'autres personnes?

spécifiez _____

105. **As-tu reçu l'information dont tu avais besoin?**

non, pas vraiment

oui, un peu

oui, beaucoup

106. **As-tu eu d'autres problèmes? (Q. ouverte)**

107. **Dans les six derniers mois, t'es-tu senti...**

déprimé?

non

oui, un peu

oui, beaucoup

agressif ou violent?

non

oui, un peu

oui, beaucoup

108. **As-tu déjà pensé à te suicider?**

non

oui

As-tu déjà fait des tentatives de suicide?

non

oui

Combien de fois? _____

Était-ce dans les six derniers mois?

non

oui

**Vollà, c'est tout!
Je te remercie beaucoup
T'as été super correct!**

Remarques pour l'interviewer: prenez quelques minutes pour demander au répondant ses commentaires, etc., compte tenu de sa réponse à la question 108, suggérez-lui d'en parler avec son animateur ou son éducateur-conseiller. Assurez-vous d'une forme de suivi.

109. Appréciation de la qualité de l'entrevue

Bon

Douteux

Mauvais

Commentaires:

K 9782
ex.2

E-1258

Otis, Joanne

AUTEUR

Les déterminants psychosociaux de
l'utilisation du condom chez des
adolescent(e)s fréquentant des
organismes comm

K 9782
Ex. 2