

**LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES LIÉS À LA SEXUALITÉ  
CHEZ LES ADOLESCENTES ET LES ADOLESCENTS**

**Recension des programmes d'éducation et de prévention  
et enquête auprès de jeunes de 15 à 18 ans**

Dominic Garneau, B.Sc.Soc.  
Édith Guilbert, M.D., M.Sc.  
Francine Michaud, B.A., M.A.

Direction régionale de santé publique  
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale  
Octobre 2006

## Collaboration

Commission scolaire de la Capitale, Québec

## Rédaction

Édith Guilbert, M.D., M. Sc.

Médecin-conseil, équipe Adaptation familiale et sociale,  
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale  
et Institut national de santé publique du Québec

Dominic Garneau, B.A.

Agent de planification, équipe Adaptation familiale et sociale,  
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Francine Michaud, M.A.

Agent de planification, équipe Adaptation familiale et sociale,  
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

## Collecte des données

Dominic Garneau, B.A.

Agent de planification, équipe Adaptation familiale et sociale,  
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

## Traitement des données

Dominic Garneau, B.A.

Agent de planification, équipe Adaptation familiale et sociale,  
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Édith Guilbert, M.D., M.Sc.

Médecin-conseil, équipe Adaptation familiale et sociale,  
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale  
et Institut national de santé publique du Québec

Francine Michaud, M.A.

Agent de planification, équipe Adaptation familiale et sociale,  
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

## Éditique et correction des textes, tableaux et figures

Virginie Rompré

Révisseuse linguistique, Italiques Inc.

Danielle Gagné

Secrétaire, équipe Adaptation familiale et sociale, Direction  
régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

---

## Distribution du document

Madame Sylvie Bélanger

Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

2400, avenue D'Estimauville

Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : 418 666-7000, poste 217

Télécopieur : 418 666-2776

Courriel : [s.belanger@ssss.gouv.qc.ca](mailto:s.belanger@ssss.gouv.qc.ca)

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives Canada, 2006

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN-10 : 2-89496-320-3 (version imprimée)

2-89496-321-1 (PDF)

ISBN-13 : 978-2-89496-320-3 (version imprimée)

978-2-89496-321-0 (PDF)

Le document est accessible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.dspq.qc.ca/asp/listPublication.asp>

Cette publication a été versée dans la banque Santécom.

## Référence suggérée

GARNEAU, D., GUILBERT, E., MICHAUD, F. (2006). *La prévention des problèmes liés à la sexualité chez les adolescentes et les adolescents – Recension des programmes d'éducation et de prévention et enquête auprès de jeunes de 15 à 18 ans*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 139 pages.

Note : Le genre masculin utilisé dans ce document l'est uniquement dans le but d'alléger le texte et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

L'appellation « région de la Capitale-Nationale » désigne, dans ce document, ce qui était auparavant connu sous le nom de « région de Québec ».

## AVANT-PROPOS

Nous avons le plaisir de vous présenter ce document sur la prévention des problèmes liés à la sexualité chez les adolescents, qui non seulement fait la recension des programmes d'éducation à la sexualité et de prévention des grossesses à l'adolescence et des infections transmissibles sexuellement pour les jeunes de 15 à 18 ans, mais qui décrit, également, les besoins et les préoccupations en matière de sexualité des jeunes de la troisième à la cinquième année du secondaire du centre-ville de Québec.

L'un des mandats du directeur régional de santé publique est d'élaborer et d'implanter, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté, une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation scolaire. Afin de remplir ce mandat et de bien orienter les actions nécessaires, en particulier celles en relation avec les problématiques liées à la sexualité, un travail de connaissance des programmes efficaces d'éducation et de prévention de même qu'une mise à jour des besoins et des préoccupations des adolescents étaient nécessaires et font l'objet de ce document.

Le Programme national de santé publique 2003-2012 a formulé des objectifs relativement à la réduction des grossesses à l'adolescence et des infections transmissibles sexuellement. La Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale a également inscrit ces problématiques comme des cibles d'action prioritaires sur lesquelles elle entend agir au cours des prochaines années, en l'occurrence par la poursuite de l'implantation d'un projet concerté de prévention des grossesses à l'adolescence dans Québec-centre.

En tant que directeur régional de santé publique, je me réjouis qu'une telle revue de la littérature scientifique sur les programmes d'éducation et de prévention en matière de sexualité vienne enrichir les connaissances des intervenants de notre région. Je reconnais également l'importance de recueillir les opinions des jeunes en matière de sexualité afin de répondre de la façon la plus adéquate possible à leurs besoins et de les stimuler à adopter des comportements sains et sécuritaires. J'espère que l'information fournie dans ce document sera utile et facilitera la prise de décision des partenaires locaux et régionaux préoccupés par la santé sexuelle des jeunes, et qu'il les soutiendra dans leurs actions de prévention et de promotion de la santé.

Le directeur régional de santé publique,

A handwritten signature in black ink, reading "François Desbiens". The signature is written in a cursive, flowing style.

François Desbiens

## REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes qui ont contribué à la production du présent document.

Nos remerciements vont d'abord aux adolescentes et aux adolescents qui ont participé à l'évaluation de besoins. En nous faisant part de leurs préoccupations et de leurs questionnements, ils ont profondément enrichi notre démarche de recherche. Grâce à eux, nous croyons saisir un peu mieux les différents besoins des jeunes au regard de l'éducation à la sexualité.

Nous tenons également à remercier les directions des écoles ainsi que les enseignants qui nous ont donné accès aux élèves et ont accepté d'accorder du temps de classe à cette enquête afin que nous puissions interroger les jeunes, et ce, dans un contexte facilitant.

Nos remerciements s'adressent enfin à plusieurs personnes impliquées à la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale qui ont contribué, à un moment ou à un autre, à l'avancement de ce document. Citons à cet égard Marika Munger, analyste informatique, Sylvie Bélanger, documentaliste, Julie Pelletier, sexologue, Virginie Rompré, réviseuse linguistique, et Danielle Gagné, secrétaire.

## TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux .....	VII
<b>1 Introduction .....</b>	<b>9</b>
<b>2 Méthodologie .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Recension des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA .....</b>	<b>11</b>
<u>2.1.1 Population visée .....</u>	11
<u>2.1.2 Banques de données .....</u>	11
<u>2.1.3 Mots-clés .....</u>	11
<u>2.1.4 Classification des programmes .....</u>	11
a) <i>Type de population visée .....</i>	11
b) <i>Génération de programmes .....</i>	12
c) <i>Type d'approche du programme .....</i>	13
<u>2.1.5 Analyse des programmes .....</u>	14
a) <i>Caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité, selon la description des programmes .....</i>	14
b) <i>Critères d'efficacité établis selon les résultats des évaluations de programmes .....</i>	15
<b>2.2 Évaluation des besoins et préoccupations des adolescents au regard de la sexualité .....</b>	<b>15</b>
<u>2.2.1 Population visée .....</u>	16
<u>2.2.2 Échantillon .....</u>	16
<u>2.2.3 Instrument de collecte de données .....</u>	16
<u>2.2.4 Déroulement .....</u>	16
<u>2.2.5 Compilation des données .....</u>	17
<u>2.2.6 Méthode d'analyse .....</u>	17
a) <i>Analyse des données sociodémographiques .....</i>	17
b) <i>Analyse de contenu des trois questions .....</i>	17
<u>2.2.7 Considérations éthiques .....</u>	18
<b>3 Résultats .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Recension des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA .....</b>	<b>19</b>
<u>3.1.1 Description des programmes .....</u>	19
<u>3.1.2 Classification des programmes .....</u>	21
<u>3.1.3 Performance des programmes selon les caractéristiques favorisant l'efficacité .....</u>	23
<u>3.1.4 Performance des programmes selon les critères d'efficacité établis d'après les évaluations de programmes .....</u>	26
<u>3.1.5 Discussion .....</u>	26
<u>3.1.6 Limites .....</u>	27

<b>3.2 Évaluation des besoins et des préoccupations des jeunes de 15 à 18 ans des écoles secondaires de Québec-centre</b> .....	<b>31</b>
<u>3.2.1 Description sociodémographique</u> .....	31
<u>3.2.2 Description des opinions des jeunes</u> .....	31
a) <i>Questions et préoccupations des jeunes relativement à la sexualité</i> .....	31
b) <i>Opinions des jeunes sur la sexualité en général</i> .....	38
c) <i>Opinions des jeunes sur la sexualité des jeunes de leur âge</i> .....	46
<u>3.2.3 Discussion</u> .....	57
a) <i>Résumé des résultats</i> .....	57
b) <i>Thèmes convergents</i> .....	58
c) <i>Les grands constats</i> .....	59
<u>3.2.4 Limites</u> .....	65
<b>4. Conclusion</b> .....	<b>67</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>69</b>
<b>Annexe 1 Questionnaire présenté aux jeunes</b> .....	<b>77</b>
<b>Annexe 2 Programmes visant les populations à faible risque</b> .....	<b>79</b>
<b>Annexe 3 Programmes visant les populations à moyen risque</b> .....	<b>91</b>
<b>Annexe 4 Programmes visant les populations à haut risque</b> .....	<b>119</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des populations considérées comme à moyen et à haut risque sur les plans psychosocial, sexuel et comportemental .....	12
Tableau 2 : Caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité, selon la description des programmes .....	14
Tableau 3 : Liste des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA.....	19
Tableau 4 : Liste des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA, selon le type de population visée, la génération du programme et le type d'approche .....	21
Tableau 5 : Présence ou absence des caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité dans les programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA .....	23
Tableau 6 : Liste des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA évalués, selon le nombre de caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité qu'ils possèdent, par ordre décroissant (du plus élevé au plus faible) .....	25
Tableau 7 : Scores des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA, selon les critères d'efficacité établis d'après les évaluations de programmes.....	28
Tableau 8 : Liste des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA évalués, selon leur score relativement aux critères d'efficacité établis d'après les évaluations de programmes, par ordre décroissant (du plus élevé au plus faible) .....	30





## 1 INTRODUCTION

Les questions liées à la sexualité font partie intégrante de la réalité des jeunes d'aujourd'hui.

On estime qu'au Québec, environ une adolescente sur douze deviendra enceinte avant son dix-huitième anniversaire et qu'à peu près une sur quatre le sera avant son vingtième anniversaire<sup>1</sup>. Le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les jeunes de 15 à 19 ans n'a cessé d'augmenter depuis les années soixante-dix, et ce n'est que récemment que le taux d'IVG chez cette tranche d'âge s'est stabilisé autour de 23 pour 1 000<sup>2</sup>. Le taux de fécondité (naissances) chez les femmes de 15 à 19 ans semble s'être stabilisé depuis le début des années quatre-vingt-dix – entre 17 et 18 pour 1 000 adolescentes de 1990 à 1995 –, et une diminution soutenue s'est amorcée depuis 1995 pour atteindre un taux de 10,3 pour 1 000, en 2004<sup>3</sup>. Chaque année, entre 2 000 et 2 500 bébés naissent de mères de moins de 20 ans<sup>3</sup>. Les conséquences d'une grossesse précoce menée à terme pour la santé de la mère et celle de l'enfant sont nombreuses et elles peuvent être d'ordre physique, psychologique ou social : ce sont, par exemple, un risque accru de prématurité, d'insuffisance de poids à la naissance ou de décrochage scolaire<sup>1</sup>.

Quant aux infections transmissibles sexuellement (ITS), elles affectent particulièrement les jeunes québécois de 15 à 24 ans. Entre 1997 et 2001, le taux d'incidence annuel des infections génitales à *Chlamydia trachomatis* est passé de 87 à 133 pour 100 000 personnes. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, le taux d'incidence moyen a atteint 956 pour 100 000<sup>1</sup>. Chez les femmes, les infections génitales à *Chlamydia trachomatis* sont la cause la plus fréquente d'infertilité; de plus, toutes les ITS peuvent engendrer une morbidité importante et des dommages irréversibles au système reproducteur<sup>1</sup>.

Dans la région de la Capitale-Nationale, le taux de grossesse à l'adolescence et les taux d'ITS suivent les mêmes tendances que ceux de la province, avec une exception : Québec-centre. En effet, on enregistre un taux record de grossesse à l'adolescence dans le centre-ville de Québec, autour de 56 pour 1 000, en 1998-2000, soit près du double de celui de la province<sup>4</sup>.

Le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale-Nationale<sup>5</sup> propose, dans sa cible 5, de *favoriser le développement et le maintien de compétences personnelles et sociales tant chez les enfants et les jeunes que chez les parents, particulièrement chez ceux exposés à des situations de vulnérabilité connues*. Pour ce faire et en relation avec le Programme national de santé publique 2003-2012, il est question d'élaborer et d'implanter graduellement une approche globale et concertée de prévention et de promotion de la santé à partir de l'école avec l'objectif de soutenir l'implantation de programmes jugés efficaces et prometteurs.

Dans ce contexte, la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, par l'entremise du Comité Québec-centre de prévention de la grossesse à l'adolescence et de soutien des jeunes familles, a implanté et évalué, durant les années 2000 à 2005, un programme d'éducation à la sexualité basé sur le pouvoir d'agir et de réfléchir (E.S.P.A.R.). Implanté en 2001 dans quatre écoles secondaires du centre-ville de Québec, le programme E.S.P.A.R. s'adresse aux élèves de première et de deuxième secondaire et est maintenant offert dans toutes les écoles publiques du centre-ville de Québec (six écoles) et dans une école du territoire de la Jacques-Cartier. L'évaluation de son implantation en a révélé les effets prometteurs; c'est la raison pour laquelle une version complète et révisée est maintenant accessible pour la province<sup>6</sup>.

En écho au programme E.S.P.A.R., qui s'adresse aux jeunes de 12 à 14 ans, le Comité Québec-centre de prévention de la grossesse à l'adolescence et de soutien des jeunes familles vise également à soutenir l'implantation d'interventions éducatives en matière de sexualité auprès des jeunes de 15 à 18 ans du secteur régulier, de la formation professionnelle et de l'éducation des adultes. Le présent document se veut, par la revue de littérature qu'il présente sur les programmes efficaces d'éducation à la sexualité et de prévention des problèmes liés à la sexualité, une étape préalable à l'implantation d'interventions nouvelles auprès de cette clientèle.

De plus, le Comité Québec-centre de prévention de la grossesse à l'adolescence et de soutien des jeunes familles est, par sa nature, directement branché sur le milieu dont il s'occupe. C'est donc dans cet esprit que notre équipe a voulu rencontrer la clientèle-cible et présente, dans ce document, une évaluation des besoins et des préoccupations des jeunes en rapport avec la sexualité.

Les résultats obtenus grâce à la recension des écrits et à l'analyse des opinions des jeunes sur la sexualité permettront au Comité Québec-centre de prévention de la grossesse à l'adolescence et de soutien des jeunes familles de prendre les décisions nécessaires afin mettre en place des stratégies efficaces pour réduire le taux de grossesse à l'adolescence dans le centre-ville de Québec ainsi que d'autres problèmes d'ordre sexuel. Ce document peut également être utile aux autres partenaires régionaux chargés d'implanter l'approche globale et concertée de prévention et de promotion de la santé à partir de l'école.

## 2 MÉTHODOLOGIE

La section sur la méthodologie est divisée en deux parties : la première fait référence à la recension des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA; la seconde s'applique à l'évaluation des besoins de la population visée et l'analyse de ces besoins.

### **2.1 Recension des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA**

Afin de recenser les programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA, nous avons défini la population visée par ces programmes. Puis, nous avons examiné plusieurs banques de données à l'aide de mots-clés précis. Après lecture et analyse de chacun des programmes, nous les avons classés en fonction de certains paramètres (degré de risque couru par la population visée, générations de programmes, approches). Puis, nous les avons analysés et évalués en fonction de deux séries de critères : 1) les caractéristiques favorisant l'efficacité, selon la description des programmes, 2) les critères d'efficacité établis d'après les évaluations de programmes. Sont décrits ci-après ces divers éléments.

#### 2.1.1 Population visée

La population visée par les programmes recensés était constituée des garçons et des filles de 15 à 18 ans du secteur scolaire régulier, de la formation professionnelle ou de l'éducation des adultes.

#### 2.1.2 Banques de données

Les banques de données suivantes ont été consultées durant les mois d'octobre et de novembre 2004 : Eric database, PSYinfo, AgeLine, Current Contents, FRANCIS, NASW clinical register, Social Work Abstracts, Sociological abstracts et Social Science Abstracts. Des recherches complémentaires ont été effectuées sur le site de Santé Canada et au moyen du moteur de recherche Google.

#### 2.1.3 Mots-clés

La consultation des banques de données s'est faite à l'aide des mots-clés suivants, utilisés en français et en anglais et au moyen de différentes combinaisons : AIDS, adolescent, adolescent sexuality education, alternative school, curricula, curriculum, education, effectiveness, evaluation, experimentation, HIV, MTS, pédagogie, pregnancy, prevention, program, program effectiveness, program evaluation, promotion, school, school-based, sex, sex education, sexuality education, STI, teen, training, VIH, youth.

#### 2.1.4 Classification des programmes

##### *a) Type de population visée*

En nous basant sur des classifications et des distinctions déjà établies<sup>7, 8</sup>, nous avons classifié les programmes en fonction des risques psychosociaux, sexuels et comportementaux courus par la population visée. La documentation consultée sur la classification des risques nommait plusieurs facteurs de risque, notamment des facteurs tels que l'âge, le sexe, la religion et le

statut matrimonial. Cependant, ces derniers facteurs n'ont pas été retenus pour le présent classement des programmes, car nous ciblions déjà une population d'une tranche d'âge précise, le plus souvent célibataire. Quant au sexe, la recension des programmes s'adressant à l'un ou l'autre ou aux deux sexes nous apparaissait nécessaire.

Les programmes ont été classés selon qu'ils s'adressaient à l'une des trois catégories de population suivantes : population à faible risque, à moyen risque ou à haut risque. Les trois auteurs ont contribué à la classification selon cette typologie. Le tableau 1 présente les facteurs permettant de considérer les populations comme à moyen ou à haut risque. Les programmes classés dans la catégorie « faible risque » sont ceux dont la population-cible n'avait aucune de ces caractéristiques.

**Tableau 1 : Caractéristiques des populations considérées comme à moyen et à haut risque sur les plans psychosocial, sexuel et comportemental**

	<b>Facteurs démographiques</b>	<b>Facteurs relatifs aux pratiques sexuelles</b>	<b>Facteurs comportementaux</b>
<i>Population à risque moyen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provenir d'un milieu socioéconomique défavorisé</li> <li>• Avoir un retard scolaire</li> <li>• Avoir eu sa première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir des relations sexuelles sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues</li> <li>• Avoir eu plus de trois partenaires sexuels dans la dernière année</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consommer des drogues non injectables et/ou de l'alcool</li> <li>• Avoir des antécédents d'infection sexuellement transmise</li> </ul>
<i>Population à risque élevé</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être sans abri ou en fugue</li> <li>• Faire partie d'une minorité ethnique ou provenir d'un pays où le SIDA est endémique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir des relations vaginales et/ou anales non protégées</li> <li>• Échanger des relations sexuelles contre de la drogue, des biens, des services et/ou de l'argent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consommer des drogues injectables</li> <li>• Avoir été victime d'abus, de violence et/ou de viol</li> </ul>

#### b) *Génération de programmes*

Dans le domaine de la sexualité et de la prévention des comportements sexuels à risque, il existe, à ce jour, cinq générations de programmes<sup>9, 10</sup>.

À l'instar des méthodes de transmission des connaissances généralement répandues dans les écoles des années soixante et soixante-dix, la première génération misait sur les exposés et les cours magistraux pour atteindre des fins préventives. Le postulat à la base de cette première génération de programmes était que, si les jeunes ont accès à de l'information adaptée et pertinente au sujet de la sexualité et de ses risques, ils seront en mesure de prendre des décisions éclairées concernant leur sexualité et ils éviteront ainsi de s'engager dans des relations sexuelles non protégées. Or, il s'avère qu'en dépit d'une augmentation des connaissances sur la sexualité, aucune diminution des comportements sexuels à risque n'a pu être observée chez les jeunes à qui étaient appliqués ces programmes.

Reconnaissant que les connaissances relatives à la sexualité étaient nécessaires mais non suffisantes, la seconde génération de programmes s'attarda davantage à la clarification des valeurs et à l'acquisition d'habiletés en relation avec la communication et la prise de décision. Le postulat de base était que, si les jeunes clarifient leurs valeurs et exercent leurs habiletés à faire des choix et à les faire respecter, ils seront plus en mesure d'éviter les risques liés à la sexualité. Mais, comme pour la première génération, les évaluations de ces programmes ont démontré que les jeunes connaissaient effectivement mieux la sexualité et leurs valeurs à l'égard de celle-ci, mais que cela avait peu ou n'avait pas d'effet sur leurs comportements.

La troisième génération de programmes, davantage exploitée aux États-Unis, s'est élaborée en réaction, voire en opposition, aux deux premières. En effet, les tenants de cette troisième génération considéraient que les deux premières n'avaient pas de valeurs morales (*value-free*) ou prônaient un relativisme moral (*morally relativistic*). Ce sont alors élaborés des programmes prônant exclusivement l'abstinence et véhiculant, au sujet de la sexualité avant le mariage, le message « just say no ». Le postulat à la base de cette génération de programmes était que les programmes des générations précédentes véhiculaient un double message, puisqu'en faisant la promotion des méthodes contraceptives, on encourageait les jeunes à avoir des relations sexuelles. Cela a été démenti par les études menées à ce sujet. De plus, les programmes de la troisième génération ne sont pas parvenus à modifier les comportements sexuels des jeunes dans le sens attendu.

Les programmes de la quatrième génération ont été conçus à partir des forces de ceux des trois premières, tout en évitant leurs faiblesses. Ce qui les caractérise, c'est qu'ils reposent sur des théories de modification du comportement qui ont démontré leur efficacité, comme la théorie de l'apprentissage social, la théorie de l'action raisonnée, la théorie de l'efficacité personnelle, etc. Les programmes de cette génération ne sont ni exempts de valeurs, ni moralisants. L'accent est plutôt mis sur le fait qu'il est préférable pour les jeunes de reporter leur première relation sexuelle et qu'il est extrêmement important d'utiliser des méthodes contraceptives efficaces dans le cas où ils auraient des relations sexuelles.

Dans les quatre premières générations, les programmes d'éducation à la sexualité étaient conçus en réaction aux différents problèmes sociaux entourant la sexualité. Le propre de la cinquième génération est de ne plus se concentrer sur la prévention des conséquences négatives de la sexualité (grossesse non désirée, ITS, VIH). La cinquième génération de programmes se veut globale (*comprehensive*), positive et proactive, tout en se basant sur des théories reconnues de modification du comportement. Elle s'intéresse donc à l'ensemble des besoins de la personne, dans la globalité de son développement sexuel. Les thèmes à explorer deviennent alors nombreux : l'amour, le désir, l'intimité, l'amitié, l'engagement, l'estime de soi, les habiletés relationnelles, la clarification des valeurs, les rôles et les stéréotypes, la reconnaissance et l'appréciation de la diversité, la résolution de problème, la parentalité, la vie saine, l'influence des médias, les aspects spirituels de la sexualité, la réalisation personnelle et le bonheur avec ou sans relation sexuelle, etc.

### c) *Type d'approche du programme*

On distingue cinq types d'approches parmi les différents programmes d'éducation à la sexualité qui ont été recensés et évalués<sup>11, 12</sup> :

- 1) *l'approche morale*, de type « just say no », qui met l'accent uniquement sur l'abstinence et ses avantages et sur les habiletés à décliner les avances sexuelles;

- 2) l'*approche clinique*, qui facilite l'accès à diverses méthodes contraceptives par l'entremise de cliniques de planification familiale et de cliniques de santé situées dans l'école ou dans la communauté et qui inclut l'accès à des consultations privées pour les troubles de comportement des adolescents;
- 3) l'*approche globale*, qui fait, d'une part, la promotion de l'abstinence comme meilleure façon de prévenir les ITS et la grossesse et, d'autre part, la promotion du condom et des autres méthodes contraceptives comme deuxième meilleure façon de prévenir ITS et grossesse;
- 4) l'*approche bénévole*, qui inclut une expérience de bénévolat dans la communauté et prévoit des périodes de préparation et de réflexion avant, pendant ou après le bénévolat (groupe de discussion, journal de bord);
- 5) l'*approche développementale*, qui inclut des activités d'aide scolaire, de préparation à l'emploi et de mentorat reposant sur le principe que la vision d'un avenir viable et le désir d'atteindre des objectifs personnels incitent fortement à éviter la grossesse.

### 2.1.5 Analyse des programmes

Nous avons établi différents critères de sélection afin de pouvoir choisir le ou les programmes les plus susceptibles de répondre aux besoins des jeunes de la région de Québec-centre.

#### *a) Caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité, selon la description des programmes*

Un grand nombre de caractéristiques favorisant l'efficacité des programmes d'intervention dans le domaine de la sexualité ont été dégagées par plusieurs chercheurs. Ces critères sont énumérés au tableau 2.

**Tableau 2 : Caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité, selon la description des programmes**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Être adapté à l'âge, au langage, aux normes et aux valeurs des jeunes<sup>13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</sup></li> <li>2. Utiliser une pédagogie active<sup>13, 22, 14, 15, 16, 17, 18, 20</sup></li> <li>3. Reposer sur un modèle théorique efficace<sup>22, 14, 15, 16, 17, 18, 20</sup></li> <li>4. Cibler les pairs les plus motivés et les former<sup>13, 14, 16, 19, 23, 20</sup></li> <li>5. Cibler les enseignants les plus motivés et les former<sup>13, 14, 16, 19, 23, 20</sup></li> <li>6. Travailler avec la communauté (<i>empowerment</i>) et avec les ressources du milieu (réseautage et soutien)<sup>13, 15, 18, 19, 23, 20</sup></li> <li>7. Procéder à une évaluation des besoins<sup>17, 16, 23, 19, 15, 13</sup></li> <li>8. Prévoir des mises en situation qui visent l'amélioration des habiletés sociales, de communication, de négociation et d'affirmation de soi dans le but de susciter l'adoption de comportements sexuels sécuritaires<sup>22, 14, 16, 17, 18, 19, 23, 21</sup></li> <li>9. Donner de l'information précise sur les risques associés aux relations sexuelles non protégées<sup>22, 14, 15, 16, 20, 21</sup></li> <li>10. Donner de l'information précise sur les comportements sécuritaires relativement à la sexualité<sup>22, 14, 16, 18, 20</sup></li> <li>11. Aborder le thème de la pression des pairs et de la société<sup>22, 14, 16, 17, 20, 21</sup></li> <li>12. Avoir une durée et une intensité suffisantes<sup>24, 14, 16, 17, 19</sup></li> <li>13. Avoir une approche globale<sup>16, 19, 23, 21</sup></li> </ol>
--

14. Utiliser plus d'un moyen de communication (plusieurs milieux, médias)<sup>16, 15</sup>.
15. Utiliser des incitatifs (cadeaux de nature diverses)<sup>19, 20</sup>.

Chaque programme recensé a été analysé au regard de chacune de ces caractéristiques. La présence ou l'absence de chacune était comptabilisée, pour un nombre maximal de quinze caractéristiques présentes. Comme notre analyse se basait sur l'information fournie par les articles traitant des programmes et non sur les programmes eux-mêmes, il est possible que cette évaluation ne rende pas pleinement justice à certains programmes. De plus, chacune des caractéristiques n'a pas la même importance au regard de l'efficacité du programme. Par contre, la possession de plusieurs caractéristiques milite en faveur d'une efficacité accrue du programme.

#### b) *Critères d'efficacité établis selon les résultats des évaluations de programmes*

Afin de comparer l'efficacité des programmes en fonction des résultats de leur évaluation, nous avons établi six critères que nous avons pondérés. Cette pondération avait pour but de tenir compte, le plus fidèlement possible, des résultats des évaluations de programmes et, ainsi, de déceler les programmes les plus efficaces. Bien que nous ayons eu le souci d'être le plus équitable possible, nous sommes conscients des limites d'un tel exercice. Mais cela nous a permis de procéder à une comparaison des programmes au moyen d'une mesure unique.

Les critères et leur pondération sont les suivants :

1. Devis d'évaluation robuste (expérimental et quasi expérimental) (15 points)
2. Efficacité en relation avec les connaissances (5 points)
3. Efficacité en relation avec les attitudes et/ou perceptions et/ou croyances (5 points)
4. Efficacité en relation avec la communication (5 points)
5. Efficacité en relation avec les intentions de comportement (10 points)
6. Efficacité en relation avec les comportements (15 points)

D'une part, nous avons accordé une plus grande valeur aux critères « Devis d'évaluation robuste » (15 points) et « Comportements » (15 points), car, à notre avis, la qualité du devis garantit la validité des résultats, et la modification des comportements est l'indicateur le plus tangible de l'efficacité d'un programme. D'autre part, les critères « Connaissances », « Attitudes » et « Communication » ont été pondérés sur 5, car proximaux aux comportements étudiés. Le critère « Intentions de comportement » a été pondéré sur 10, en tant que facteur le plus directement lié au comportement étudié. Le score maximal final possible est de 55 points. Dans les cas où le programme n'avait pas été évalué sur l'un ou l'autre de ces critères, nous avons attribué à ce critère un score moyen calculé à partir des résultats obtenus à ce critère par les autres programmes. Cependant, cette moyenne n'était pas attribuée dans les cas où le programme n'obtenait pas un score moyen (au moins 8/15) au critère « Comportements ». Un astérisque (\*) paraît à côté du score résultant du calcul de la moyenne, et un tiret (—) en l'absence de résultat.

## **2.2 Évaluation des besoins et préoccupations des adolescents au regard de la sexualité**

Afin d'évaluer les besoins et préoccupations des adolescents au regard de la sexualité, nous avons défini la population visée et nous avons établi une grandeur d'échantillon nous permettant d'obtenir une saturation des données. Afin de recueillir l'information recherchée, nous avons visité certains milieux scolaires et nous avons distribué un questionnaire aux élèves

(annexe 1). Les réponses aux questions ont été transcrites intégralement, et une analyse de contenu a été effectuée. Sont décrits ci-après les divers éléments énumérés plus haut.

### 2.2.1 Population visée

La population visée par notre étude était des jeunes de 15 à 18 ans du secteur régulier et de cheminement particulier des écoles secondaires de la Commission scolaire de la Capitale visées par le Plan d'action Québec-centre de prévention de la grossesse et de soutien des jeunes familles.

### 2.2.2 Échantillon

Nous avons déterminé que l'administration d'un questionnaire simple et court à une classe de troisième, à une classe de quatrième et à une classe de cinquième secondaire ainsi qu'à d'autres types de classe (classe d'accueil, cheminement particulier, préformation au travail et insertion socioprofessionnelle) dans chacune des écoles secondaires de Québec-centre permettrait de constituer un échantillon suffisant. Hypothétiquement, en considérant une moyenne de vingt-cinq élèves par classe et de quatre classes par école pour cinq écoles différentes, nous projetions un échantillon d'environ cinq cents élèves. Il semblait raisonnable de penser que, dans le contexte d'une étude exploratoire, largement descriptive, un tel échantillon permettrait d'obtenir une saturation de l'information par sexe et par année scolaire<sup>25</sup>.

### 2.2.3 Instrument de collecte de données

Comme pour l'évaluation de besoins effectuée avant la conception du programme E.S.P.A.R. en 2000, nous avons procédé à la collecte des données au moyen d'un questionnaire comprenant trois questions ouvertes. Les trois questions étaient les suivantes : 1) Quelles sont tes préoccupations, quelles questions te poses-tu par rapport à la sexualité? 2) Que voudrais-tu nous dire par rapport à la sexualité en général? 3) Que voudrais-tu nous dire par rapport à la sexualité des jeunes de ton âge?

Outre ces trois questions, les données sociodémographiques suivantes étaient collectées : le nom de l'école et du professeur, le sexe, l'année scolaire, le pays d'origine et si le jeune avait suivi ou non le programme E.S.P.A.R. en première ou en deuxième secondaire. Le questionnaire était rempli de façon anonyme.

### 2.2.4 Déroulement

Avant de procéder à cette enquête, la Direction régionale de santé publique a, tout d'abord, obtenu l'accord et la collaboration des directeurs et directrices des écoles secondaires situées sur le territoire de Québec-centre ainsi que du coordonnateur des études secondaires de la Commission scolaire de la Capitale, dont font partie lesdites écoles. Ces écoles étaient les suivantes : Cardinal-Roy, Jean-de-Brébeuf, Vanier, Joseph-François-Perrault et La Camaradière. Par la suite, selon les écoles, la personne de la Direction régionale de santé publique procédant à l'enquête a pris contact soit avec un membre de la direction, soit directement avec les enseignants désignés par la direction.

Quand il rencontrait les classes, l'agent de planification de la Direction régionale de santé publique chargé de l'enquête procédait de la façon suivante : généralement, les élèves étaient prévenus à l'avance de sa visite et ils étaient sommairement informés du but de celle-ci. Le jour



de la visite, l'enseignante ou l'enseignant présentait l'agent de planification et lui cédait la parole afin qu'il explique le but de sa présence et procède à la collecte de données.

On fournissait aux élèves de l'information sur deux des principaux rôles de la Direction régionale de santé publique, soit la connaissance-surveillance et la prévention, et on les mettait en relation avec les données épidémiologiques sur la sexualité (véhiculées par les médias par exemple) et l'implantation du programme E.S.P.A.R. dans les écoles secondaires de Québec-centre. De plus, pour encourager la participation, il était mentionné que l'anonymat était assuré et que les réponses serviraient à recommander un programme qui ne serait pas « déconnecté » des besoins des jeunes, mais lié à leurs préoccupations.

Avant de distribuer le questionnaire, l'agent de planification de la Direction régionale de santé publique lisait chacune des questions et donnait des exemples de thèmes<sup>1</sup> pouvant être abordés dans les trois questions principales. Cette présentation durait environ cinq minutes. Ensuite, le questionnaire était distribué, et les jeunes disposaient de vingt à vingt-cinq minutes pour le remplir. Il était précisé qu'il n'y avait aucune obligation à le remplir, mais que leur participation serait fort appréciée. L'agent de planification et/ou l'enseignant répondaient aux questions des jeunes, toujours en prenant soin de ne pas suggérer de réponse. Quand les élèves avaient rempli le questionnaire ou s'ils refusaient de le faire, ils levaient la main, et le questionnaire était récupéré. Une fois tous les questionnaires récupérés, l'agent de planification de la Direction régionale de santé publique remerciait les élèves de leur participation, les saluait et quittait la classe.

#### 2.2.5 Compilation des données

Un numéro a été attribué à chaque questionnaire. Les réponses aux trois questions ont été intégralement transcrites dans une banque de données du logiciel Excel<sup>26</sup>, tandis que les données sociodémographiques ont été compilées à l'aide du logiciel SAS<sup>27</sup>.

#### 2.2.6 Méthode d'analyse

##### *a) Analyse des données sociodémographiques*

Les données sociodémographiques ont été analysées à l'aide du logiciel SAS. Des fréquences simples selon le sexe, l'année scolaire, le pays d'origine et la participation au programme E.S.P.A.R. ont été effectuées. Ces données n'ont fait l'objet d'aucun test statistique.

##### *b) Analyse de contenu des trois questions*

Tout d'abord, chacun des trois auteurs de ce document a lu les réponses aux questions *in extenso*, en les annotant et en commençant à les classer. Lors de la deuxième lecture, plus approfondie, chacun des auteurs a lu le matériel transcrit selon l'un ou l'autre des trois angles suivants : 1) selon le sexe, 2) selon l'année scolaire, 3) selon l'origine ethnique. Cette deuxième lecture a permis aux auteurs d'établir un certain nombre de catégories d'analyse pour chacune des trois questions. Lors d'une première rencontre, les auteurs se sont entendus sur des

---

<sup>1</sup> Il était délicat de donner des exemples. Il fallait, d'une part, montrer que tout était possible, que le thème de la sexualité pouvait être abordé sous tous ses angles et, d'autre part, il fallait éviter de suggérer des réponses. Plus précisément, il était dit aux élèves que la sexualité pouvait être abordée par ses côtés négatifs ou positifs, que les questionnements pouvaient provenir de situations tirées du quotidien ou d'observations faites chez les pairs ou dans la société en général et que les thèmes possibles étaient nombreux : relation amoureuse, relation sexuelle, corps, vêtements, plaisir, jouissance, séduction, masturbation, méthode contraceptive, ITSS, SIDA, violence, abus, pression, etc.

catégories d'analyse communes aux trois questions et ont dégagé grossièrement les différences liées au sexe, à l'année scolaire et à l'origine ethnique. La variable concernant la participation au programme E.S.P.A.R. s'est avérée peu utile, car les jeunes ne faisaient pas le lien entre le nom de ce programme et le programme lui-même, auquel une majorité avait pourtant participé, selon les enseignants. Ensuite, le premier et le deuxième auteur ont procédé à une troisième lecture des réponses aux questions et ont classé l'information recueillie selon les catégories d'analyse établies. Lors d'une deuxième rencontre, ces auteurs ont dégagé des thèmes majeurs et des thèmes mineurs pour chacune des questions, en comptabilisant le nombre de réponses par thème. Finalement, une comptabilisation des réponses pour chaque thème par sexe, par année scolaire et par origine ethnique a permis de faire ressortir les influences de ces facteurs sur les thèmes dégagés.

### 2.2.7 Considérations éthiques

L'évaluation des besoins et préoccupations des jeunes était une étape préalable à l'implantation d'interventions éducatives en matière de sexualité auprès des jeunes de 15 à 18 ans du secteur régulier, de la formation professionnelle et de l'éducation des adultes dans le cadre du projet d'actions concertées du Comité Québec-centre de prévention de la grossesse et de soutien des jeunes familles. Afin de respecter l'implication des jeunes dans ce processus, on a obtenu l'accord des directions d'école et de la commission scolaire. Toutes les précautions pour assurer l'anonymat des participants et des participantes et la confidentialité des données ont été prises. Avant de participer à l'évaluation des besoins, les élèves se sont vu expliquer les objectifs du projet; ils sont en outre restés libres d'y participer ou non.

### 3 RÉSULTATS

La section sur les résultats, tout comme celle sur la méthodologie, est divisée en deux sections : la première présente la recension des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA, et la seconde porte sur l'évaluation des besoins et des préoccupations des jeunes de 15 à 18 ans des écoles secondaires de Québec-centre.

#### 3.1 Recension des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA

##### 3.1.1 Description des programmes

Tous les programmes recensés sont listés pour chaque type de population, par ordre chronologique d'année de publication, du plus ancien au plus récent, au tableau 3.

De notre recherche documentaire, nous avons conservé vingt-huit programmes. Certains programmes ont été exclus parce qu'ils s'adressaient à des populations dont les tranches d'âge ou le type (personnes avec déficience intellectuelle ou physique) différaient de ceux de notre population-cible. Nous avons également exclu *a priori* tous les programmes de troisième génération, ces derniers n'ayant démontré aucune efficacité<sup>10</sup> et ne correspondant pas aux objectifs de santé publique de notre région.

De ces vingt-huit programmes, vingt-trois avaient fait l'objet d'une évaluation quant à leurs effets, deux quant à leur degré d'implantation, un quant à la satisfaction des participants et deux n'avaient pas été évalués. Les programmes et leur évaluation (quand elle a été faite) sont présentés, de façon plus détaillée, aux annexes 2, 3 et 4, selon la classification énoncée plus bas, à savoir selon qu'ils s'adressent à des populations à faible, moyen ou haut risque.

**Tableau 3 : Liste des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA**

*Programmes visant les populations à faible risque (annexe 2)*

Année de publication de la description du programme	Année de publication de l'évaluation du programme	Auteurs du programme	Nom du programme
1986	1998	Ministère de l'Éducation (1986)	Formation personnelle et sociale <sup>28, 29</sup>
1991	1991 et 1998	Kirby et coll. (1991)	Reducing the risk <sup>30, 31</sup>
1993	2000	Robertson et coll. (1993)	Compétences pour des relations saines <sup>32, 33</sup>
1994	1993	Forget et coll. (1994)	S'exprimer pour une sexualité responsable <sup>34, 35</sup>
1999	2002	Caron et coll. (1999)	Programme Express Protection (PEP) <sup>17, 37, 38</sup>

*Programmes visant les populations à moyen risque (annexe 3)*

<b>Année de publication de la description du programme</b>	<b>Année de publication de l'évaluation du programme</b>	<b>Auteurs du programme</b>	<b>Nom du programme</b>
1986	1986	Zabin et coll. (1986)	Self Center <sup>39</sup>
1987	1987, 1994, 1999	Vincent et coll. (1987)	School/community program for sexual risk reduction among teens <sup>40, 41, 42</sup>
1990	1990, 1997, 2001	Allen et coll. (1990)	Teen Outreach Program <sup>43, 44, 45</sup>
1994	1994	Sellers et coll. (1994)	Poder Latino <sup>46</sup>
1998	2002	Paquet et Pelletier (1998)	Sex-oh-fun <sup>18, 48</sup>
1999	1999	Otis et coll. (1999)	Mon bien-être sexuel et celui de l'autre <sup>49</sup>
2000	2000	Haiek et coll. (2000)	Cascade aux pairs <sup>50</sup>
2001	2001	Coyle et coll. (2001)	Safer Choices <sup>51</sup>
2001	2001	Gottsegen et Philliber (2001)	Wise Guys <sup>52, 53</sup>
2002	2002	Haiek et coll. (2002)	Juste entre nous <sup>54</sup>
2003	2003	East et coll. (2003)	California's adolescents sibling pregnancy prevention program <sup>55</sup>
2003	2003	Silva et Ross (2003)	Decisión adolescente responsable <sup>56</sup>

*Programmes visant les populations à haut risque (annexe 4)*

<b>Année de publication de la description du programme</b>	<b>Année de publication de l'évaluation du programme</b>	<b>Auteurs du programme</b>	<b>Nom du programme</b>
1991	1991	Rotherram-Borus et coll. (1991)	Adolescent living safely <sup>57</sup>
1992	1992	Jemmott et coll. (1992)	Be Proud! Be Responsible! <sup>58</sup>
1993	1993	Walter et Vaughan (1993)	AIDS prevention for adolescents in school <sup>59</sup>
1994	1994	Main et coll. (1994)	Get real about AIDS <sup>60</sup>
1995	1995	St. Lawrence et coll. (1995)	Becoming a Responsible Teen <sup>61</sup>
1996	1996	Haiek et Brochu (1996)	Sans condom c'est non <sup>62</sup>
1998	1998	Godin et coll. (1998)	Programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du SIDA <sup>63, 64</sup>
1999	1999	Durocher et Fortier (1999)	Programme d'éducation sexuelle <sup>65</sup>

2000	2000	Becker et Barth (2000)	Power through choices <sup>66</sup>
2002	2002	Carrera et coll. (2002)	Children's Society <sup>67</sup>
2005	2005	Jemmott III et coll. (2005)	Skill-Based HIV/STD Risk-Reduction Intervention <sup>68</sup>

### 3.1.2 Classification des programmes

Tel que nous l'avons indiqué dans la méthodologie, nous avons classifié les programmes selon leur population-cible, la génération du programme et le type d'approche de celui-ci.

De vingt-huit programmes, cinq ont été catalogués comme s'adressant à des populations à faible risque, douze, à des populations à moyen risque et onze, à des populations à haut risque. Le tableau 4 présente les programmes selon cette typologie ainsi que selon la génération de programmes et le type d'approche.

Par ailleurs, il convient de noter que, parmi les programmes retenus, certains visent les jeunes de 12 à 17 ans et d'autres, les jeunes de 15 à 19 ans. Comme l'âge des populations visées par ces programmes recoupe l'âge de la population-cible de notre travail (15 à 18 ans), nous avons jugé bon de les inclure dans notre recension. Notons cependant deux exceptions : les évaluations des programmes Wise Guys et Children's Society ont été effectuées sur des populations de 12 à 13 ans et de 13 à 15 ans respectivement, même s'ils s'adressent à des populations de 11 à 17 ans et de 11 à 18 ans respectivement.

Enfin, la majorité des programmes s'adresse à des populations de garçons et de filles, à l'exception des programmes Cascade aux pairs, Sans condom c'est non et Skill-Based HIV/STD Risk-Reduction Intervention, qui s'adressent aux filles, et aux programmes Wise Guys et Be Proud! Be Responsible!, qui s'adressent uniquement aux garçons.

**Tableau 4 : Liste des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA, selon le type de population visée, la génération du programme et le type d'approche**

Type de population visée	Nom du programme	Génération du programme	Type d'approche
<i>Faible risque</i>	• Formation personnelle et sociale <sup>28, 29</sup>	• 5 <sup>e</sup> génération	• Approche globale
	• Reducing the risk <sup>30, 31</sup>	• 4 <sup>e</sup> génération	• Approche globale
	• Compétences pour des relations saines <sup>32, 33</sup>	• 4 <sup>e</sup> génération	• Approche globale
	• S'exprimer pour une sexualité responsable <sup>34, 35</sup>	• 4 <sup>e</sup> génération	• Approche clinique
	• Programme Express Protection (PEP) <sup>17, 37, 38</sup>	• 4 <sup>e</sup> génération	• Approche globale

<p><i>Moyen risque</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Self Center<sup>39</sup></li> <li>• School/community program for sexual risk reduction among teens<sup>40, 41, 42</sup></li> <li>• Teen Outreach Program<sup>43, 44, 45</sup></li> <li>• Poder Latino<sup>46</sup></li> <li>• Sex-oh-fun<sup>18, 48</sup></li> <li>• Mon bien-être sexuel et celui de l'autre<sup>49</sup></li> <li>• Cascade aux pairs<sup>50</sup></li> <li>• Safer Choices<sup>51</sup></li> <li>• Wise Guys<sup>52, 53</sup></li> <li>• Juste entre nous<sup>54</sup></li> <li>• California's adolescents sibling pregnancy prevention program<sup>55</sup></li> <li>• Decisión adolescente responsable<sup>56</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2<sup>e</sup> génération</li> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li>   <li>• 4<sup>e</sup> génération</li>   <li>• 2<sup>e</sup> génération</li> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> <li>• 5<sup>e</sup> génération</li>   <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> <li>• 2<sup>e</sup> génération</li>   <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche clinique</li> <li>• Approche globale</li>   <li>• Approche bénévole</li>   <li>• Approche globale</li> <li>• Approche globale</li> <li>• Approche globale</li>   <li>• Approche clinique</li> <li>• Approche globale</li> <li>• Approche globale</li> <li>• Approche globale</li> <li>• Approche développementale</li>   <li>• Approche globale</li> </ul>
<p><i>Haut risque</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescent living safely<sup>57</sup></li> <li>• Be Proud! Be Responsible!<sup>58</sup></li> <li>• AIDS prevention for adolescents in school<sup>59</sup></li> <li>• Get real about AIDS<sup>60</sup></li> <li>• Becoming a Responsible Teen<sup>61</sup></li> <li>• Sans condom c'est non<sup>62</sup></li> <li>• Programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du SIDA<sup>63, 64</sup></li> <li>• Programme d'éducation sexuelle<sup>65</sup></li> <li>• Power through choices<sup>66</sup></li> <li>• Children's Society<sup>67</sup></li> <li>• Skill-Based HIV/STD Risk-Reduction Intervention<sup>68</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> <li>• 2<sup>e</sup> génération</li> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> <li>• 5<sup>e</sup> génération</li> <li>• 4<sup>e</sup> génération</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche globale</li> <li>• Approche globale</li> <li>• Approche globale</li> <li>• Approche globale</li> <li>• Approche globale</li> <li>• Approche clinique</li> <li>• Approche globale</li>   <li>• Approche globale</li>   <li>• Approche globale</li>   <li>• Approche développementale</li> <li>• Approche globale</li> </ul>

### 3.1.3 Performance des programmes selon les caractéristiques favorisant l'efficacité

Tel que nous l'avons indiqué dans la méthodologie, nous avons classifié les programmes selon qu'ils possédaient ou non les caractéristiques favorisant l'efficacité, à partir de la description que leurs auteurs en faisaient. Le tableau 5 indique la présence ou l'absence des caractéristiques favorisant l'efficacité dans chacun des programmes. Le tableau 6 présente la liste des programmes par nombre décroissant de caractéristiques possédées. Lors de cette analyse, nous avons été placés devant le fait que certaines descriptions de programmes étaient incomplètes. Si une caractéristique n'était pas mentionnée, elle était considérée comme absente. Cette décision fait ressortir les limites des publications existantes et de notre analyse.

Selon les tableaux 5 et 6, les programmes ayant le plus de caractéristiques (10/15 et plus) sont au nombre de quatre : Compétences pour des relations saines<sup>32, 33</sup>, School/community program for sexual risk reduction among teen<sup>40, 41, 42</sup>, Programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du SIDA<sup>63, 64</sup> et Children's Society<sup>67</sup>. De plus, les programmes ayant le moins de caractéristiques (7/15 et moins) sont au nombre de huit : S'exprimer pour une sexualité responsable<sup>34, 35</sup>, Self Center<sup>39</sup>, Sex-oh-fun<sup>18, 48</sup>, Cascade aux pairs<sup>50</sup>, California's adolescents sibling pregnancy prevention program<sup>55</sup>, Get real about AIDS<sup>60</sup>, Programme d'éducation sexuelle<sup>65</sup> et Skill-Based HIV/STD Risk-Reduction Intervention<sup>68</sup>.

Les critères les plus souvent non satisfaits sont les suivants : caractéristique n° 4 : cibler les pairs les plus motivés et les former; caractéristique n° 6 : travailler avec la communauté (*empowerment*) et avec les ressources du milieu (réseautage et soutien); caractéristique n° 7 : procéder à une évaluation des besoins; caractéristique n° 11 : aborder le thème de la pression des pairs et de la société; caractéristique n° 13 : avoir une approche globale; caractéristique n° 14 : utiliser plus d'un moyen de communication (plusieurs milieux, médias); caractéristique n° 15 : utiliser des incitatifs. Les critères qui ne sont pas remplis par les programmes ayant un nombre élevé de caractéristiques de l'efficacité ne le sont pas non plus par les programmes qui ont un faible nombre de caractéristiques.

**Tableau 5 : Présence ou absence des caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité dans les programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA**

#### *Programmes visant les populations à faible risque*

Caractéristiques* Programmes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	T
Formation personnelle et sociale <sup>28, 29</sup>	X	X	X	—	—	—	—	X	X	X	—	X	X	—	—	8
Reducing the risk <sup>30, 31</sup>	X	X	X	—	X	—	—	X	X	X	X	X	—	—	—	9
Compétences pour des relations saines <sup>32, 33</sup>	X	X	X	X	X	—	—	X	X	X	X	X	—	—	—	10
S'exprimer pour une sexualité responsable <sup>34, 35</sup>	X	X	X	—	—	X	—	X	—	X	—	X	—	—	—	7
Programme Express Protection (PEP) <sup>17, 37, 38</sup>	X	X	X	X	—	—	—	X	X	X	—	X	—	—	—	8

*Programmes visant les populations à moyen risque*

<b>Caractéristiques</b> <b>Programmes</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	T
Self Center <sup>39</sup>	X	—	—	—	—	X	—	—	—	X	—	—	—	X	—	4
School/community program for sexual risk reduction among teens <sup>40, 41, 42</sup>	X	X	X	X	X	X	—	X	—	X	—	X	X	X	—	11
Teen Outreach Program <sup>43, 44, 45</sup>	X	X	X	—	X	X	—	X	X	—	—	X	X	—	—	9
Poder Latino <sup>46</sup>	X	X	—	X	—	X	—	—	X	X	—	X	—	X	—	8
Sex-oh-fun <sup>18, 48</sup>	X	X	X	—	—	—	X	—	X	X	—	X	—	—	—	7
Mon bien-être sexuel et celui de l'autre <sup>49</sup>	X	X	X	—	X	—	—	X	X	X	—	X	X	—	—	9
Cascade aux pairs <sup>50</sup>	X	X	X	X	—	—	—	X	X	X	—	—	—	—	—	7
Safer Choices <sup>51</sup>	X	X	X	—	X	X	—	—	X	X	—	X	—	X	—	9
Wise Guys <sup>52, 53</sup>	X	X	X	—	X	—	X	X	X	X	—	X	—	—	—	9
Juste entre nous <sup>54</sup>	X	X	X	—	—	—	—	X	X	X	X	X	—	—	X	9
California's adolescents sibling pregnancy prevention program <sup>55</sup>	X	X	—	—	—	X	—	X	X	X	—	X	—	—	—	7
Decisión adolescente responsable <sup>56</sup>	X	X	—	—	X	—	—	X	X	X	X	X	—	—	—	8

*Programmes visant les populations à haut risque*

<b>Caractéristiques</b> <b>Programmes</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	T
Adolescent living safety <sup>57</sup>	X	X	—	—	X	—	—	X	X	X	—	X	—	—	X	8
Be Proud! Be Responsible! <sup>58</sup>	X	X	X	—	X	—	—	X	X	X	—	—	—	—	X	8
AIDS prevention for adolescents in school <sup>59</sup>	X	X	X	—	X	—	X	X	X	X	—	X	—	—	—	9
Get real about AIDS <sup>60</sup>	X	X	X	—	X	—	—	X	—	X	—	X	—	—	—	7
Becoming a Responsible Teen <sup>61</sup>	X	X	X	—	X	—	—	X	X	X	X	X	—	—	—	9
Sans condom c'est non <sup>62</sup>	X	X	X	X	—	—	—	X	X	X	X	—	—	X	—	9
Programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du SIDA <sup>63, 64</sup>	X	X	X	—	X	—	X	X	X	X	—	X	X	—	—	10
Programme d'éducation sexuelle <sup>65</sup>	X	X	X	—	—	—	—	X	X	X	—	X	—	—	—	7



Power through choices <sup>66</sup>	X	X	X	—	X	—	X	X	X	X	—	X	—	—	—	9
Children's Society <sup>67</sup>	X	X	X	—	X	X	—	—	X	X	X	X	X	X	—	11
Skill-Based HIV/STD Risk-Reduction Intervention <sup>68</sup>	X	X	X	—	X	—	—	X	—	X	—	—	—	—	—	6

\* Caractéristiques présentées au tableau 2.

**Tableau 6 : Liste des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA évalués, selon le nombre de caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité qu'ils possèdent, par ordre décroissant (du plus élevé au plus faible)**

Programmes	Score total
School/community program for sexual risk reduction among teens <sup>40, 41, 42</sup>	11
Children's Society <sup>67</sup>	11
Programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du SIDA <sup>63, 43</sup>	10
Compétences pour des relations saines <sup>32, 33</sup>	10
Reducing the risk <sup>30, 31</sup>	9
Teen Outreach Program <sup>43, 44, 45</sup>	9
Mon bien-être sexuel et celui de l'autre <sup>49</sup>	9
Safer Choices <sup>51</sup>	9
Wise Guys <sup>52, 53</sup>	9
Juste entre nous <sup>54</sup>	9
AIDS prevention for adolescents in school <sup>59</sup>	9
Becoming a Responsible Teen <sup>61</sup>	9
Sans condom c'est non <sup>62</sup>	9
Power through choices <sup>66</sup>	9
Formation personnelle et sociale <sup>28, 29</sup>	8
Programme Express Protection (PEP) <sup>17, 37, 38</sup>	8
Poder Latino <sup>46</sup>	8
Decisión adolescente responsable <sup>56</sup>	8
Adolescent living safety <sup>57</sup>	8
S'exprimer pour une sexualité responsable <sup>34, 35</sup>	7
Sex-oh-fun <sup>18, 48</sup>	7
Cascade aux pairs <sup>50</sup>	7
California's adolescents sibling pregnancy prevention program <sup>55</sup>	7
Get real about AIDS <sup>60</sup>	7
Programme d'éducation sexuelle <sup>65</sup>	7
Be Proud! Be Responsible! <sup>58</sup>	6
Skill-Based HIV/STD Risk-Reduction Intervention <sup>68</sup>	6
Self Center <sup>39</sup>	4

### 3.1.4 Performance des programmes selon les critères d'efficacité établis d'après les évaluations de programmes

Tel que nous l'avons indiqué dans la méthodologie, nous avons classifié les programmes selon qu'ils possédaient ou non les six critères d'efficacité préalablement établis. Nous avons pondéré la valeur de chaque critère en fonction des données issues de l'évaluation des programmes. Nous avons utilisé uniquement les données d'évaluation qui avaient trait aux effets du programme. Le tableau 7 présente les scores des programmes à chacun des critères. Le tableau 8 présente la liste des programmes selon l'importance du score obtenu.

Selon les tableaux 7 et 8, les programmes ayant les scores les plus élevés (47/55 et plus) sont au nombre de cinq : Reducing the risk (reproduction)<sup>31</sup>, Programme Express Protection (PEP)<sup>17, 37, 38</sup>, Teen Outreach Program (reproduction 1)<sup>44</sup>, Be Proud! Be Responsible!<sup>58</sup> et AIDS prevention for adolescents in school<sup>59</sup>.

Par ailleurs, les programmes ayant les scores les plus bas (moins de 39/55) sont au nombre de six : Compétences pour des relations saines<sup>32, 33</sup>, S'exprimer pour une sexualité responsable<sup>34, 35</sup>, Mon bien-être sexuel et celui de l'autre<sup>49</sup>, Cascade aux pairs<sup>50</sup>, Sans condom c'est non<sup>62</sup> et Programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du SIDA<sup>63, 64</sup>. Les principales raisons pour lesquelles ces programmes ont de faibles scores sont liées au fait que les évaluations n'ont pas mesuré les modifications de comportement ou que le devis d'évaluation n'était pas robuste.

Deux programmes n'ont carrément pas été évalués : Sex-oh-fun<sup>18,48</sup> et Juste entre nous<sup>54</sup>.

### 3.1.5 Discussion

Lorsque nous comparons les programmes au regard du nombre de caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité qu'ils possèdent et de leur score selon les critères d'efficacité établis d'après les évaluations de programmes, nous constatons une certaine cohérence entre les deux systèmes de classification. Une cohérence favorable (nombre élevé de caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité et score élevé selon les critères d'efficacité établis d'après les évaluations de programmes) est reconnue pour les huit programmes suivants :

- Reducing the risk (reproduction)<sup>31</sup>
- School/community program for sexual risk reduction among teen<sup>40, 41, 42</sup>
- Teen Outreach Program<sup>43,44,45</sup>
- Safer Choices<sup>51</sup>
- Wise Guys<sup>52, 53</sup>
- Becoming a responsible teen!<sup>61</sup>
- AIDS prevention for adolescents in school<sup>59</sup>
- Children's Society<sup>67</sup>

Ces programmes ont en commun d'être de quatrième ou de cinquième génération; ils prévoient tous des formations pour les intervenants, leur durée et leur intensité sont de grandes à très grandes, et les parents ou la communauté sont souvent impliqués, caractéristiques souvent absentes des autres programmes.

Trois programmes se démarquent également par des scores élevés quant aux critères d'efficacité établis d'après les évaluations de programmes et un faible nombre de

caractéristiques théoriques liées à l'efficacité, peut-être à cause d'une description insuffisante du programme dans la publication consultée. Ces trois programmes sont :

- Programme Express Protection (PEP)<sup>17, 37, 38</sup>
- Decisión adolescente responsable<sup>56</sup>
- Be Proud! Be Responsible!<sup>58</sup>

Pour tous les autres programmes, il y a soit une cohérence moins favorable entre les deux systèmes de classification, soit une incohérence (nombre élevé de caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité et faible score quant aux critères d'efficacité établis d'après les évaluations de programmes). Dans le cas de la cohérence moins favorable, il est possible que l'évaluation du programme n'ait pu mesurer la modification du comportement et que la description du programme soit incomplète dans la publication consultée. Les principales caractéristiques manquantes dans ces programmes, sur un plan théorique, sont qu'ils ne prévoient pas de formation des intervenants ou des autres acteurs sociaux, qu'ils ont une durée ou une intensité insuffisantes, ou encore qu'ils n'impliquent pas les parents ou les autres acteurs de la communauté dans l'intervention. Il est aussi possible que ces programmes soient réellement moins efficaces et que, dans le cas de l'incohérence, un grand nombre de caractéristiques théoriques de l'efficacité ne soit pas la garantie d'effets probants.

### 3.1.6 Limites

Outre le fait que les descriptions et les évaluations de programmes soient incomplètes et limitent l'évaluation que nous en avons faite, les résultats de cette recension et de cette analyse critique méritent d'être pris avec circonspection. D'abord, le fait d'appliquer les mêmes critères d'efficacité à tous les programmes nous a amenés à comparer entre eux des programmes ne reposant pas sur les mêmes assises théoriques. Or, ces modèles théoriques ne tenant pas nécessairement compte des mêmes facteurs des conduites à risque, cela a pu mener à des écarts dans les résultats, attribuables au fait qu'on a comparé des objets différents en eux-mêmes.

De plus, les programmes examinés ici ciblaient des populations dont le niveau de risque était fort différent : jeunes à faible risque, jeunes à moyen risque et jeunes à haut risque. Les milieux où étaient présentés ces programmes et les stratégies utilisées pour toucher ces populations-cibles (par exemple : jeunes en milieu scolaire, jeunes de la rue, jeunes en centre de réadaptation) variaient de façon importante, ce qui a pu constituer des obstacles majeurs, voire des limites importantes, pour les études évaluatives menées.

En outre, l'utilisation de critères comme les caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité et les résultats des évaluations des programmes a pu avoir pour conséquence de nous faire rejeter des programmes potentiellement prometteurs quant à l'atteinte de leurs propres objectifs. Mentionnons tout de même que l'absence d'évaluation de programme rend difficile la promotion d'un programme, même s'il semble présenter un nombre intéressant de caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité.

En somme, certains programmes semblent plus efficaces que d'autres en matière d'éducation à la sexualité et de prévention. Quoiqu'il faille être prudent quant aux résultats de cette analyse en raison des limites que nous avons évoquées, nous constatons une cohérence entre les programmes qui possèdent un grand nombre de caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité et ceux qui obtiennent un score élevé quant aux critères d'efficacité établis d'après les évaluations de programmes. Un devis robuste et une mesure des modifications du

comportement sont précieux pour évaluer ces programmes. Ils offrent une certaine garantie quant à la possibilité de les reproduire dans un autre milieu, comme c'est le cas pour le School/community program for sexual risk reduction among teen<sup>40, 41, 42</sup> et le Teen Outreach Program<sup>43, 44, 45</sup>.

**Tableau 7 : Scores des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA, selon les critères d'efficacité établis d'après les évaluations de programmes**

*Programmes visant les populations à faible risque*

Programmes	Critères*						
	1	2	3	4	5	6	T
Formation personnelle et sociale <sup>28, 29</sup>	<i>Évaluation de l'implantation</i>						
Reducing the risk <sup>30</sup>	15	5	5	4	0	10	39
Reducing the risk (reproduction) <sup>31</sup>	15	5*	4*	4	5*	15	48
Compétences pour des relations saines <sup>32, 33</sup>	13	3	5	5	5	2	33
S'exprimer pour une sexualité responsable <sup>34, 35</sup>	13	3	0	0	—	2	18
Programme Express Protection (PEP) <sup>17, 37, 38</sup>	13	5*	5	4*	10	13	50

*Programmes visant les populations à moyen risque*

Programmes	Critères						
	1	2	3	4	5	6	T
Self Center <sup>39</sup>	13	4	1	4*	5*	13	40
School/community program for sexual risk reduction among teens <sup>40,41,42</sup>	13	5*	4*	4*	5*	15	46
School/community program (reproduction) <sup>40</sup>	13	5*	4*	4*	5*	10	41
Teen Outreach Program <sup>43, 44, 45</sup>	13	5*	4*	4*	5*	15	46
Teen Outreach Program (reproduction 1) <sup>44</sup>	15	5*	4*	4*	5*	15	48
Teen Outreach Program (reproduction 2) <sup>45</sup>	13	5*	4*	4*	5*	15	46
Poder Latino <sup>46</sup>	13	5*	4*	4*	5*	10	41
Sex-oh-fun <sup>18, 48</sup>	<i>Évaluation de l'implantation</i>						
Mon bien-être sexuel et celui de l'autre <sup>49</sup>	5	5	4	5	8	10	37
Cascade aux pairs <sup>50</sup>	15	—	—	—	—	5	20
Safer Choices <sup>51</sup>	13	5	3	5	5*	14	45
Wise Guys <sup>52, 53</sup>	13	5	3	4*	5*	15	45
Juste entre nous <sup>54</sup>	<i>Aucune évaluation</i>						
California's adolescents sibling pregnancy prevention program <sup>55</sup>	13	5*	4*	4*	5	10	41
Decisión adolescente responsable <sup>56</sup>	13	5*	5	5	5*	12	45

*Programmes visant les populations à haut risque*

<b>Programmes</b>	<b>Critères</b>						<b>T</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	
Adolescent living safety <sup>57</sup>	13	5*	4*	4*	5*	12	43
Be Proud! Be Responsible! <sup>58</sup>	15	5	4	4*	10	13	51
AIDS prevention for adolescents in school <sup>59</sup>	15	5	5	4*	5*	14	48
Get real about AIDS <sup>60</sup>	13	5	5	4*	9	11	43
Becoming a Responsible Teen <sup>61</sup>	15	5	4*	5	5*	12	45
Sans condom c'est non <sup>62</sup>	13	—	0	—	0	5	18
Programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du SIDA <sup>63, 64</sup>	13	5	4	—	10	0	32
Programme d'éducation sexuelle <sup>65</sup>	<i>Aucune évaluation</i>						
Power through choices <sup>66</sup>	<i>Évaluation de la satisfaction</i>						
Children's Society <sup>67</sup>	15	5	4*	4*	5*	13	46
Skill-Based HIV/STD Risk-Reduction Intervention <sup>68</sup>	15	4	4	4*	5	10	42

\* Voir les critères présentés à la section 2.1.5 b.

**Tableau 8 : Liste des programmes d'éducation à la sexualité ou de prévention de la grossesse, des ITS et du SIDA évalués, selon leur score relativement aux critères d'efficacité établis d'après les évaluations de programmes, par ordre décroissant (du plus élevé au plus faible)**

Programmes	Critères						T
	1	2	3	4	5	6	
Be Proud! Be Responsible! <sup>58</sup>	15	5	4	4*	10	13	51
Programme Express Protection (PEP) <sup>17, 37, 38</sup>	13	5*	5	4*	10	13	50
Reducing the risk (reproduction) <sup>30, 31</sup>	15	5*	4*	4	5*	15	48
Teen Outreach Program (reproduction 1) <sup>31</sup>	15	5*	4*	4*	5*	15	48
AIDS prevention for adolescents in school <sup>59</sup>	15	5	5	4*	5*	14	48
School/community program for sexual risk reduction among teens <sup>40, 41, 42</sup>	13	5*	4*	4*	5*	15	46
Teen Outreach Program <sup>43, 44, 45</sup>	13	5*	4*	4*	5*	15	46
Teen Outreach Program (reproduction 2) <sup>45</sup>	13	5*	4*	4*	5*	15	46
Children's Society <sup>67</sup>	15	5	4*	4*	5*	13	46
Safer Choices <sup>51</sup>	13	5	3	5	5*	14	45
Wise Guys <sup>52, 53</sup>	13	5	3	4*	5*	15	45
Decisión adolescente responsable <sup>56</sup>	13	5*	5	5	5*	12	45
Becoming a Responsible Teen <sup>61</sup>	15	5	4*	5	5*	12	45
Adolescent living safety <sup>57</sup>	13	5*	4*	4*	5*	12	43
Get real about AIDS <sup>60</sup>	13	5	5	4*	9	11	43
Skill-Based HIV/STD Risk-Reduction Intervention <sup>68</sup>	15	4	4	4*	5	10	42
California's adolescents sibling pregnancy prevention program <sup>55</sup>	13	5*	4*	4*	5	10	41
School/community... (reproduction) <sup>40</sup>	13	5*	4*	4*	5*	10	41
Poder Latino <sup>46</sup>	13	5*	4*	4*	5*	10	41
Self Center <sup>39</sup>	13	4	1	4*	5*	13	40
Reducing the risk <sup>30, 31</sup>	15	5	5	4	0	10	39
Mon bien-être sexuel et celui de l'autre <sup>49</sup>	5	5	4	5	8	10	37
Compétences pour des relations saines <sup>32, 33</sup>	13	3	5	5	5	2	33
Programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du SIDA <sup>63, 64</sup>	13	5	4	—	10	0	32
Cascade aux pairs <sup>50</sup>	15	—	—	—	—	5	20
S'exprimer pour une sexualité responsable <sup>34, 35</sup>	13	3	0	0	—	2	18
Sans condom c'est non <sup>62</sup>	13	—	0	—	0	5	18

## 3.2 Évaluation des besoins et des préoccupations des jeunes de 15 à 18 ans des écoles secondaires de Québec-centre

### 3.2.1 Description sociodémographique

Notre échantillon était composé de 442 jeunes (225 garçons [51 %], 213 filles [49 %]). La distribution par école secondaire était la suivante : 95 jeunes (21,5 %) pour l'école Jean-de-Brébeuf, 80 jeunes (18,1 %) pour l'école Cardinal-Roy, 98 jeunes (22,1 %) pour l'école Vanier, 97 jeunes (22 %) pour l'école Joseph-François-Perreault, 72 jeunes (16,3 %) pour l'école La Camaradière.

Par année, nous retrouvions 132 jeunes de troisième secondaire (29,9 %), 114 jeunes de quatrième secondaire (25,8 %), 126 jeunes de cinquième secondaire (28,5 %) et 70 jeunes d'autres types de classes (classes d'accueil, de cheminement particulier, de préformation au travail et d'insertion socioprofessionnelle) (15,8 %).

Parmi eux, 382 (87 %) avaient pour pays d'origine le Canada, et 57 (13 %) provenaient de pays étrangers.

Pour ce qui est du programme E.S.P.A.R., 306 jeunes (70,5 %) ont dit ne pas l'avoir suivi, tandis que 36 jeunes (8,3 %) ont dit l'avoir suivi en première secondaire, 38 jeunes (8,8 %), en deuxième secondaire, et 54 jeunes (12,4 %), en première et en deuxième secondaire. Soulignons que ce résultat ne semble pas fiable, car l'évaluation annuelle de l'implantation du programme E.S.P.A.R. depuis cinq ans indique que les élèves de ces écoles l'ont à peu près tous suivi. Il est probable que les jeunes ne connaissaient pas le nom du programme ou qu'ils n'aient pas compris à quel programme précisément faisait référence le sigle E.S.P.A.R.

### 3.2.2 Description des opinions des jeunes

#### a) *Questions et préoccupations des jeunes relativement à la sexualité*

La première question posée aux jeunes était la suivante : « Quelles sont tes préoccupations, quelles questions te poses-tu par rapport à la sexualité? » Bien que l'accent fut mis, lors de la présentation du questionnaire, sur le fait que « la parole leur était donnée et que leurs réponses étaient importantes » (agent de planification), bon nombre de jeunes n'avaient « rien à dire, ne savai[ent] pas quoi dire ou n'avai[ent] aucune question » (verbatim). Sur 442, 125 jeunes (28 %), dont 70 garçons (56 %), n'ont rien répondu à cette question, pour un taux de réponse global de 71,7 %. Le plus bas taux de réponse se retrouve chez les jeunes de troisième secondaire, avec 64 %, suivis par ceux de cinquième secondaire (67 %) et des autres types de classes<sup>2</sup> (70 %), tandis que les jeunes de quatrième secondaire ont affiché le plus haut taux, avec 87 % de répondants. Les élèves nés au Canada ont pour leur part répondu dans une proportion de 70 %, comparativement à 74 % pour ceux nés à l'étranger.

Les questions et les préoccupations des jeunes par rapport à la sexualité ont été regroupées en six thèmes majeurs et plusieurs thèmes mineurs selon l'importance du nombre de répondants. Les thèmes majeurs sont : 1) les infections transmissibles sexuellement et le SIDA; 2) l'activité sexuelle à l'adolescence et ses débuts; 3) les agressions sexuelles et la pédophilie; 4) la prévention et la protection; 5) la physiologie sexuelle; 6) l'orientation sexuelle. Les thèmes

<sup>2</sup> Les autres types de classes sont : ISPJ : insertion socioprofessionnelle des jeunes, CP : cheminement particulier, et PFT : préformation au travail.

mineurs sont la grossesse, la pornographie, les pratiques sexuelles et l'association drogues, alcool et sexualité.

### 1) Les infections transmissibles sexuellement (ITS) et le SIDA

Près d'un jeune sur sept (14,3 %) de notre échantillon a abordé le thème des ITS ou du SIDA. Les jeunes se questionnent tout d'abord sur les risques de contracter l'une ou l'autre de ces infections ou sur leurs manifestations et conséquences :

- « Par combien de manières peut s'attraper le SIDA? » (182G4)
- « Quels sont les dangers et pourquoi sont-ils en augmentation (MTS)? » (108F5)
- « Il paraît que certaines MTS n'ont aucun symptôme alors je me demande qu'est-ce que font les MTS? Je sais qu'on peut mourir du SIDA mais pour les autres maladies quelles sont les conséquences? » (100G3)
- « Comment s'attrapent les MTS et quels sont leurs effets? » (209G3)

Quelques jeunes sont aussi préoccupés par les moyens mis à leur disposition dans l'éventualité où ils seraient atteints d'une ITS et ils s'interrogent sur les possibilités de guérir du SIDA :

- « Que faire si on a des MTS? » (191F3)
- « Si jamais on a des MTS comment fait-on pour s'en débarrasser? » (65GA)
- « Peut-on guérir du SIDA? » (225F4)

Enfin, nombreux sont les jeunes qui ont simplement manifesté le désir d'entendre davantage parler de ces thèmes parce qu'ils les trouvaient importants :

- « Pour moi mes préoccupations sont les MTS. Il ne faut surtout pas arrêter d'en parler. » (234G5)
- « Plus d'information sur les MTS. Trop de jeunes les prennent à la légère. » (107F5)

Paradoxalement, bon nombre de jeunes, surtout des filles, ont déploré le fait que l'information s'adressant aux jeunes sur ces thèmes soit souvent redondante :

- « SVP parlez de ce que vous voulez mais d'autre chose que des MTS et de contraception! » (217F4)
- « On entend trop parler du condom et MTS. » (225F4)
- « Assez parlé de MTS et contraception, parler plus de l'amour et du bon côté des relations sexuelles. » (229F4)
- « Bien on parle toujours des mêmes maladies comme MTS mais on parle pas des autres. » (163F3)

### 2) L'activité sexuelle à l'adolescence et ses débuts

Près d'un jeune sur huit (12,5 %) a abordé des thèmes entourant l'activité sexuelle à l'adolescence. Les filles l'ont d'ailleurs fait deux fois plus que les garçons. En premier lieu, les questions et les préoccupations des jeunes concernent la première relation sexuelle :

- « Est-ce que les filles ont un peu mal la première fois qu'elles font l'amour? » (230G4)
- « Qu'est-ce que ça fait quand tu as une relation sexuelle pour la première fois? » (297GA)
- « Comment te sens-tu pour la première fois quand tu couches avec un gars? » (403F4)



Toujours au sujet de la première relation sexuelle, les jeunes se questionnent sur ce qui pourrait leur indiquer qu'ils sont bel et bien prêts à avoir leur premier rapport sexuel :

- « *Quand sommes-nous préparés à avoir des relations sexuelles?* » (329G3)
- « *Comment savoir quand nous sommes vraiment prêts [ou] prêtes à passer à l'acte?* » (339F3)
- « *Lors de notre première relation sexuelle, est-ce qu'on est vraiment prêt?* » (142F5)

D'autres jeunes se questionnent sur la normalité de l'âge à la première relation sexuelle et sur les parallèles à faire avec les autres générations :

- « *À quel âge en moyenne les jeunes ont-ils leurs premières relations sexuelles?* » (249F5)
- « *C'est quoi la moyenne d'âge des personnes qui font l'amour la première fois, ex. : 1960, 1980, 2000?* » (384G3)

Certains exposent leurs préoccupations par rapport à la précocité de la première relation sexuelle chez les jeunes :

- « *Pourquoi les jeunes sont portés à avoir des relations si vite?* » (377F3)
- « *Je trouve que les rapports sexuels commencent très jeunes et parfois sans protection. Donc il y a augmentation des MTS. Pourquoi en est-il ainsi? Les pratiques sexuelles ont trop commencé jeunes et, quand on voit une jeune de 15 ans qui a déjà tout fait... c'est surprenant.* » (369F3)
- « *Comment se fait-il qu'il y ait toujours des préjugés par rapport à l'âge (exemple) puis de quelle façon la société pourrait davantage améliorer ce point?* » (141F5)

D'autres veulent simplement entendre parler davantage des relations sexuelles ou mieux comprendre la distinction entre « sexe » et « amour » :

- « *Assez parlé de MTS et contraception, parler plus de l'amour et du bon côté des relations sexuelles.* » (229F4)
- « *Aspects positifs et négatifs qui sont apportés par les relations.* » (391FA)
- « *Qu'est-ce que sont les différences entre l'amour et le sexe?* » (98G5)
- « *Est-ce devenu le sexe avant les sentiments amoureux?* » (235F5)
- « *Comment savoir si la personne t'aime vraiment et que ce n'est pas juste pour le cul?* » (403F4)

### 3) Les agressions sexuelles et la pédophilie

Au total, un jeune sur neuf (11,1 %) a abordé un sujet lié aux agressions sexuelles, que ce soient les abus sexuels, le viol ou la pédophilie. De ce nombre, plus des trois quarts sont des filles. Tout d'abord, certains jeunes désirent trouver du sens ou des causes à ces phénomènes :

- « *C'est quoi que les pédophiles trouvent le fun avec des p'tits jeunes?* » (152G3)
- « *Pourquoi la pédophilie existe-t-elle?* » (371F3)
- « *Que se passe-t-il dans la tête des agresseurs sexuels? Ont-ils été abusés dans leur enfance? Ont-ils honte d'eux? Ont-ils confiance en eux?* » (121F5)
- « *Est-ce que la pédophilie est une maladie mentale?* » (385F3)
- « *Qu'est-ce qui pousse les gens à en agresser d'autres?* » (399F4)

Quelques filles se questionnent sur les répercussions de ces gestes sur une personne et leur influence sur sa sexualité future, tandis que d'autres sont à la recherche de solutions, que ce soit pour les agresseurs, pour les agressés ou pour les victimes potentielles :

*« Peut-on oublier des événements d'agression sexuelle sans le vouloir (automatiquement)? » (174F4)*

*« Peut-on se débarrasser de nos craintes dues au passé au niveau sexuel? » (238F5)*

*« Est-ce que la pédophilie est une maladie curable? » (396F4)*

*« Trucs pour se libérer de l'emprise d'agression sexuelle. » (69F4)*

*« Je voudrais juste dire que vous pourriez peut-être parler plus de la pédophilie, pour notre sécurité, etc. » (366F3)*

Enfin, trois jeunes sont préoccupés par la drogue du viol :

*« La drogue du viol GHB et autres. » (82F4)*

*« Le viol et la drogue du viol en parler parce que beaucoup de personnes ont peur d'en parler. » (89G4)*

#### 4) La prévention et la protection

Sur les plans de la contraception et de la protection, un peu plus d'un jeune sur dix (9,5 %) est préoccupé par les questions entourant les méthodes contraceptives et le condom. Nombreux sont ceux qui se questionnent sur l'efficacité des différentes méthodes accessibles :

*Le condom : « Le condom s'il se brise est-ce que c'est sûr que tu vas avoir une MTS? » (296G0) « Est-ce que je peux attraper une MTS même après avoir utilisé un condom? » (185G4)*

*La pilule : « Quels médicaments altèrent l'efficacité de la pilule? Son efficacité est-elle diminuée si on prend de la drogue? » (232F4) « J'ai peur de tomber enceinte même si je prends la pilule! » (320FA) « Une fille peut-elle devenir enceinte pendant une relation sexuelle même si elle prend la pilule? » (182G4)*

Les jeunes sont effectivement soucieux de connaître les meilleurs moyens de se protéger ou désirent être au courant des innovations :

*« Quels sont les meilleurs préservatifs? » (241F5)*

*« Y a-t-il des sortes de condoms que l'on ne devrait pas utiliser pour n'importe quelle raison? » (332G3)*

*« Quels sont les nouveaux moyens de contraception à venir? » (117F5)*

Ils se posent également des questions d'ordre technique :

*Sur le condom : « Comment on fait pour savoir comment la grosseur du condom ou la largeur, comment on peut savoir si c'est la bonne longueur qui est dans la boîte? » (293G0) « Est-ce que le condom peut rester coincé dans le vagin? » (174F4) « Est-ce normal que lors d'une relation sexuelle mon partenaire vient proche d'éjaculer mais ne le fait pas puis débände? Est-ce normal qu'un condom le fasse débänder? » (103F5)*

*Sur la pilule : « Est-ce que la pilule contraceptive fait grossir? » (248F5) « Les avantages et les inconvénients de la pilule contraceptive? » (338G3) « Est-ce que la pilule peut avoir des effets dangereux pour notre santé? » (147F3)*

Un garçon et quatre filles ont posé des questions concernant l'examen gynécologique :

*« Est-ce que les examens gynécologiques font mal? » (381G3)  
« Est-ce qu'on est obligé d'aller voir la gynécologue? » (383F3)  
« Je ne me pose aucune question sur la sexualité à part à quel âge devrait-on aller voir un gynécologue. » (66F4)  
« Comment se passe une visite chez le gynécologue? » (396F4)*

#### 5) La physiologie et la réponse sexuelles

Environ un jeune sur dix (9,5 %) a posé des questions relatives au thème de la physiologie sexuelle. Les sujets les plus fréquemment abordés sont la jouissance et le plaisir, mais quelques-uns ont aussi posé des questions plus techniques sur la performance sexuelle, le pénis et les troubles de l'éjaculation.

Plusieurs jeunes se questionnent ainsi sur l'orgasme, comment l'atteindre, le faire atteindre, le nombre d'orgasmes, le véritable orgasme, etc. :

*« Comment faire atteindre l'orgasme à une fille? » (247G5)  
« Les orgasmes (comment trouver la façon de faire jouir son ou sa partenaire). » (170F4)  
« Est-ce que les filles peuvent avoir plus d'un orgasme à la fois? » (279G5)  
« Est-ce qu'on peut avoir un orgasme final? » (134F5)  
« L'orgasme de la femme et de l'homme devrait davantage être parlé et de dire qu'est-ce que c'est l'orgasme véritable. » (173F4)*

Les jeunes, surtout des garçons, s'intéressent aussi aux manières de faire l'amour, aux différentes positions possibles et à celles qui permettent d'avoir le plus de plaisir :

*« C'est quoi la différence avec des positions différentes? » (123G5)  
« On n'est pas assez renseigné sur les positions, on peut se baser sur des images (porno...) pour faire des trucs... » (136G5)  
« Mes préoccupations sont de savoir toutes les positions sexuelles entre les hommes et les femmes. » (288G0)  
« Quelles sont les positions qui apportent le plus de plaisir? » (333G3)*

Quelques jeunes ont aussi posé des questions plus techniques sur :

*La performance sexuelle : « Maximum de relations que l'on peut avoir par jour. » (211G3) « Est-ce que la masturbation augmente les performances sexuelles? » (196G3)  
« Le sport peut-il nuire à tes performances sexuelles? » (333G3)*

*Le pénis : « Quand je vais faire l'amour est-ce que ma blonde va capoter parce que j'ai un p'tit pénis? » (160G3) « Jusqu'à quel âge les seins poussent? » (85F4)*

*L'éjaculation précoce : « Un gars qui est précoce va-t-il l'être toujours? » (73F4) « Un garçon qui est précoce comment fait-on pour améliorer ce problème? » (85F4)*

## 6) L'orientation sexuelle

L'homosexualité est un thème assez répandu dans les questions que les jeunes se posent. Il a été abordé par un peu moins d'un jeune sur dix (9,5 %). Les jeunes des troisième et quatrième secondaire l'ont abordé davantage que ceux des autres années, et les filles ont été plus explicites que les garçons à ce sujet.

De manière variable mais évidente, plusieurs jeunes sont préoccupés par l'homophobie et par les préjugés qui ont cours à l'égard des homosexuels, et déplorent cette situation :

*« Pourquoi le monde a peur face à l'homosexualité? » (78F4)*

*« Plus parler de l'homosexualité, sensibiliser les jeunes pour enlever le plus possible de préjugés. » (99F5)*

*« Pourquoi les garçons en général au secondaire sont autant homophobes? Je connais quelques garçons homosexuels et ils ne sont pas différents des autres garçons. Pourtant plusieurs personnes savent qu'une personne est homosexuelle et n'essaieront même pas de la connaître et la rejeteront. C'est IDIOT ET SANS GÉNIE. » (233G5)*

*« Est-ce que le taux de suicide chez les homosexuels a baissé comparé aux dernières années? » (401F4)*

Les jeunes se questionnent sur la reconnaissance, par la personne, de son orientation sexuelle :

*« Comment sait-on si on est homosexuel? » (371F3)*

*« Je pense que je suis lesbienne, comment le savoir? » (148F3)*

*« Est-ce qu'un homme ou une femme peut découvrir qu'il est homosexuel ou lesbienne vers l'âge de 50 ans et plus? » (86F4)*

D'autres désirent mieux comprendre le phénomène de l'homosexualité :

*« Est-ce que c'est vrai que les gais ont un plus grand taux d'hormones? » (370F3)*

*« Pourquoi certaines personnes sont attirées par des gens du même sexe? » (205F3)*

*« Qu'est-ce qui fait que des personnes sont attirées vers le même sexe? » (171-2F4)*

## 7) Les thèmes mineurs

Les thèmes mineurs sont la grossesse, la pornographie, les pratiques sexuelles et l'association drogues, alcool et sexualité.

### La grossesse

Près d'une trentaine de jeunes (6,8 %), et parmi eux deux fois plus de filles que de garçons, ont abordé, sous différents angles, le thème de la grossesse. Ces jeunes se questionnent sur :

*Les risques : « Une fille peut-elle devenir enceinte pendant une relation sexuelle même si elle prend la pilule? » (182G4)*

*La grossesse non désirée : « J'aimerais qu'on nous ait parlé plus des grossesses non désirées et des avortements. Je crois que si ça m'arriverait j'aimerais savoir quoi faire. » (112F5)*

*Les ressources : « Quelles ressources il y a si ta blonde tombe enceinte? » (402G4)*

*L'avortement : « Est-ce que l'avortement pour âge mineur se fait dans la ville de Qc? » (69F4)*

*La grossesse et le rapport avec les autres : « Si nous tombons enceinte comment l'apprendre à nos parents? » (403F4) « Quels sont les enjeux du couple ayant une grossesse non prévue? Quels sont les opinions des autres de la société si une fille de 16 ans ayant un enfant mais laissée tomber par le père biologique? » (432G5)*

### *La pornographie et la commercialisation du sexe*

Un peu plus d'une vingtaine de jeunes (4,6 %) se sont montrés préoccupés par le phénomène de la pornographie. Certains se questionnent sur l'influence négative qu'elle peut avoir sur la vie sexuelle des gens :

*« Je suis préoccupée par l'influence de la porno dans nos vies et par toutes les agressions dont sont victimes les femmes (viols, abus...) qui croissent de façon alarmante. » (186F3)*

*« La pornographie et ses conséquences sur la société d'aujourd'hui en lien direct avec les troubles de la sexualité (pédophilie...). » (175G4)*

D'autres se demandent s'il y a une quelconque réglementation pour encadrer ce phénomène :

*« Pourquoi la pornographie infantile est un problème assez fréquent dans le monde? Quel moyen les autorités prennent pour arrêter ce problème? J'aimerais savoir pourquoi les gens ont des attirances envers les jeunes enfants? » (131F5)*

*« Par rapport à la pornographie sur Internet, parce que n'importe qui peut aller sur un site porno, il n'y a pas assez de sécurité. » (187G3)*

*« Pourquoi permet-on la pornographie sur Internet? » (392F4)*

Enfin, l'un d'eux se demande :

*« Est-ce que c'est normal d'écouter des films pornographiques? » (80F4)*

### *Les pratiques sexuelles*

Près d'une vingtaine de jeunes (4,4 %) ont posé des questions sur les différentes pratiques sexuelles. De la pénétration anale en passant par la fellation et le Kāma Sūtra, les jeunes se posent souvent des questions concrètes. En voici quelques exemples :

*« Est-ce grave pour une femme d'avaler lors d'une fellation? » (363G3)*

*« Pourquoi les gars aiment mieux se faire sucer et que les filles aiment moins ça? » (371F3)*

*« Est-ce difficile d'avoir une pénétration anale? » (276F5)*

*« Lors d'une séance de sexe anal devrais-je lubrifier mon partenaire avec de la vaseline? Du sperme? Du sang? » (423G5)*

*« Combien coûte des cours de Kāma Sūtra? » (210G3)*

*« Les positions du Kāma Sūtra. » (309GA)*

Quelques-uns se questionnent sur le piercing :

« Est-ce qu'on jouit plus avec un piercing dans le gland? » (265G5)  
« Pourquoi les hommes se percent-ils le gland? Puis [est-ce] que ça fait vraiment mal? » (279G5)  
« Est-il souvent arrivé qu'une femme qui se fait percer un organe sexuel peut ne pas avoir de sensations? » (124F5)

### *Les drogues, l'alcool et la sexualité*

Une dizaine de jeunes (2,3 %) ont abordé le thème « drogues, alcool et sexualité ». Certains font le lien entre la drogue et les comportements sexuels, tandis que d'autres se questionnent sur l'effet des drogues et de l'alcool sur l'activité sexuelle ou sur l'efficacité des méthodes contraceptives :

« J'aimerais que vous parliez des mélanges drogue-sexualité et boisson-sexe car il ne s'agit que de ça dans les maudits partys! Puis après les gens chialent des conséquences. » (75F4)  
« Les cours ne parlent pas de l'usage de l'alcool ou des substances avec le sexe » (215G4)  
« Quels médicaments altèrent l'efficacité de la pilule? Son efficacité est-elle diminuée si on prend de la drogue? » (232F4)  
« L'alcool est un déprimeur mais peut-il exciter deux partenaires? » (313FA)

### *b) Opinions des jeunes sur la sexualité en général*

La deuxième question posée aux jeunes était la suivante : « Que voudrais-tu nous dire par rapport à la sexualité en général? » À cette question, 102 (23 %) jeunes sur 442 n'ont rien répondu. Parmi eux, 56 % étaient des garçons. Le taux de réponse global est donc de 77 %. Les plus bas taux de réponse se retrouvent chez les jeunes de troisième secondaire et des autres classes (72 % et 71,5 % respectivement), tandis que les plus hauts taux se retrouvent chez les jeunes de quatrième secondaire (86 %), suivis de ceux de cinquième secondaire (77 %). Les jeunes nés au Canada ont répondu dans une proportion de 77 % et ceux nés à l'étranger, dans une proportion de 82 %.

Les opinions des jeunes sur la sexualité en général ont été regroupées en six thèmes majeurs et quelques thèmes mineurs. Les thèmes majeurs sont : 1) la commercialisation du sexe; 2) le plaisir; 3) le début de l'activité sexuelle; 4) la prévention et la protection; 5) la banalisation de la sexualité; 6) la sexualité en général; 7) l'éducation à la sexualité. Les thèmes mineurs sont les agressions sexuelles, la sexualité des jeunes, les relations amoureuses, la perception qu'ont les adultes ou les parents de la sexualité des jeunes et l'orientation sexuelle.

#### *1) La commercialisation du sexe*

Le thème le plus abordé dans les réponses à cette question est celui de la commercialisation du sexe. Près d'un jeune sur six (16,5 %) nous a fait part de son opinion ou de ses préoccupations concernant l'omniprésence de la sexualité dans notre société. Ce sont les jeunes de troisième et de cinquième secondaire, davantage les garçons que les filles, qui se sont le plus exprimés en ce sens. Tous ces jeunes semblent être très conscients de la grande place occupée par la sexualité sur toutes les tribunes :

« Je trouve qu'on retrouve du sexe partout où nous allons, comme dans les magasins et les magazines. Maintenant presque tout a rapport avec la sexualité. » (336G3)

« Il commence à [y] en avoir de plus en plus par exemple : films, sites, etc. » (298GA)  
« Tout repose sur le sexe, exemple : la télé, la publicité, le commerce des voitures... » (329G3)  
« Elle est active dans notre société et pas juste dans notre société dans les médias, les annonces, les pubs, partout presque. » (438G5)

Conscients de cette présence de la sexualité dans la société, les jeunes savent aussi qu'elle a souvent un but précis :

« Dans les publicités, la télévision, chansons, on utilise beaucoup plus le sexe pour vendre un produit. » (331F3)  
« Je trouve que la sexualité de plus en plus aide à vendre dans tous les domaines. » (411G4)  
« Elle n'est pas mal vue mais rendue peut-être trop généralisée. On use de la sexualité (subtilement) en publicité et dans les bars, c'est le premier but des visiteurs. » (120F5)  
« Le sexe ça vend! Et c'est très lucratif. » (262G5)

De plus, les jeunes sont critiques à l'égard de cette surreprésentation de la sexualité dans les médias et sous ses différentes formes, voire la désapprouvent :

« Il y a trop de sexualité sur Internet. » (291FA)  
« C'est quelque chose qui commence à prendre beaucoup trop de place dans nos vies, surtout avec les médias, la publicité, les films, les vêtements, les clips, etc. On enlève les sentiments et on vend ça comme un produit. » (186F3)  
« Je crois que notre société est trop basée sur le sexe. » (140F5)  
« Elle est trop présente négativement dans les médias. » (249F5)

Enfin, certains jeunes se rendent compte que cette facilité d'accès risque de les influencer à court et à long terme :

« Je trouve que la sexualité est rendue trop commerciale, trop accessible, je veux dire par là que dans les films, la télé, dans la rue même, la sexualité est rendue disponible facilement aux jeunes. » (233G5)  
« Je pense qu'il y a certaines scènes trop osées à la télévision et qui influencent les jeunes et je trouve ça négatif. » (342F3)  
« La sexualité est de plus en plus présente dans la société, et on se demande pourquoi les jeunes filles s'habillent de plus en plus avec du linge court. » (242G5)  
« Le porno se trouve trop facilement et gratuitement. Ce n'est pas à mon déplaisir mais nos générations futures sont-elles condamnées à la débauche? » (90G4)

## 2) Le plaisir

Pour signifier ce qu'il pense de la sexualité, ou du moins pour parler du plaisir qui lui est associé, près d'un jeune sur six (16 %) n'a souvent écrit qu'un seul mot : « Plaisant » (210G3, 436G5), « Magnifique » (345G3), « C'est l'fun » (265G5, 144F5), etc. Les garçons, surtout ceux de troisième secondaire, ont été plus nombreux à le faire que les filles et les jeunes des autres classes (quatrième et cinquième secondaire, autres types de classes). Parmi eux, certains expriment plus éloquemment leur opinion positive sur les plaisirs que procure la sexualité :

« Je pourrais vous dire que la sexualité en général c'est bon pour la santé, pour le fun et pour l'amour aussi. » (348GA)

*« La sexualité est un acte dont on est obligé de vivre une fois dans sa vie parce qu'elle apporte beaucoup de plaisir. » (410G4)*

*« Que c'est bien. Le sexe est en quelque sorte une drogue lorsque tu tombes dedans tu ne peux plus t'en passer, c'est essentiel à ma vie! » (261F5)*

D'autres, par contre, émettent quelques réserves et ne croient pas que le plaisir soit la chose la plus importante :

*« Que certaines personnes voient la sexualité comme étant seulement qu'une partie de plaisir! Ils font l'amour avec des personnes qu'ils n'aiment même pas et parfois qu'ils ne connaissent pas. » (153F3)*

*« Que les jeunes veulent juste du plaisir sans se rendre compte des conséquences (oublier de prendre la pilule, condom). » (403F4)*

Dans le même ordre d'idées, certains jeunes se montrent favorables au sexe mais ajoutent que la recherche du plaisir doit se faire avec prudence :

*« Que c'est bien et qu'il faut se protéger. » (184G4)*

*« C'est l'fun mais faut faire attention. » (24F4)*

*« En général c'est amusant sauf les MTS! » (272G5)*

Parmi les jeunes de quatrième et cinquième secondaire, certains ont souligné que la sexualité est vécue différemment selon les époques :

*« Les jeunes font plutôt ça pour le plaisir. C'est pas comme avant. » (89G4)*

*« La sexualité de nos jours n'est pas comme il y a plusieurs années. Les gens ne gardent pas très longtemps leur partenaire. On dirait qu'ils prennent ça comme un jeu. » (73F4)*

*« Que de base c'est un mode de reproduction qu'on a converti en activité pour le plaisir. » (123F5)*

### 3) Le début de l'activité sexuelle

Un jeune sur dix (10 %) a abordé le thème de l'activité sexuelle chez les jeunes. Ce sont davantage les filles que les garçons et les jeunes de quatrième secondaire qui abordent ce thème. À ce sujet, un courant assez fort de reconnaissance de la précocité des activités sexuelles chez les jeunes semble émerger :

*« Les jeunes font l'amour de plus en plus tôt! » (327G3)*

*« La sexualité commence très jeune en 2005. » (167F3)*

*« Plus en plus la génération avance, plus les jeunes se tiennent vers la sexualité de plus en plus jeunes. » (279G5)*

*« L'âge des premières expériences devient de plus en plus bas. » (309GA)*

Conscients des risques liés aux activités sexuelles, quelques jeunes pensent que certaines conditions doivent être remplies avant de s'engager dans un rapport sexuel. Être prêt, protégé, renseigné, engagé dans une relation stable, sont le genre de conditions évoquées :

*« Qu'il faut apprendre à se connaître avant de se lancer dans la sexualité et se poser les questions du genre : est-ce que je suis vraiment prêt? Est-ce que c'est la bonne personne? » (88G4)*



*« Je crois qu'il ne faut pas prendre la sexualité à la légère. Il faut prendre son temps, bien se préparer et faire attention (préservatif). » (230G4)*

*« Le rapport sexuel peut être la plus belle chose et laisser d'heureux souvenirs ou peut être le pire de tes souvenirs il faut toujours penser à se protéger et dis-toi qu'il n'y a pas de presse à faire l'amour fais-le quand tu te sens prête ou prêt. » (54FA)*

*« La sexualité ne devrait pas se manifester avant que la maturité n'arrive. Avec toutes les maladies comme les MTS il faut être lucide pour savoir qu'il faut se protéger et comment le faire. » (92G4)*

*« Que les rapports en général sont importants lorsque la relation est stable. Je ne suis pas du genre à avoir des rapports avec n'importe qui. Je crois qu'il est important de bien se renseigner avant de commencer quoi que ce soit envers la sexualité. » (131F5)*

Enfin, certains jeunes émettent des hypothèses pour expliquer la précocité des débuts de l'activité sexuelle chez les jeunes :

*« Je crois que je peux affirmer que la sexualité chez les jeunes est maintenant réalisée plus jeune. Peut-être l'influence de la pornographie et de la sexualité démontrée par les vedettes de la musique, de la mode. » (268F5)*

*« Je trouve que [de] plus en plus les jeunes trouvent primordial d'avoir des relations sexuelles et tout ça de plus en plus jeunes. Je trouve également que les jeunes ont des fortes consommations qui mènent à des actes sexuels précoces. » (304FA)*

*« Ils ont des relations sexuelles à un très jeune âge. Quelques filles font l'amour seulement pour ne pas perdre leur copain. » (355FA)*

#### 4) La prévention et la protection

Un jeune sur dix (10 %) a abordé ce thème dans la question 2. C'est davantage le cas des filles et des jeunes de quatrième et de cinquième secondaire. Ces jeunes mentionnent l'importance de prendre des précautions avant de s'engager dans une relation sexuelle :

*« Moi je dis qu'il est vraiment important de se protéger, de prendre de bonnes précautions si bien sûr on ne veut pas avoir d'enfant pour ne pas avoir de surprise! » (339F3)*

*« Que c'est normal et qu'il faut se protéger. » (4F4)*

*« Qu'il faut prendre des précautions quand nous pratiquons la sexualité. » (146G5)*

D'une part, les jeunes s'aperçoivent que les interventions préventives sont présentes dans leur vie et que les jeunes sont « prévenus ». D'autre part, ils se questionnent sur l'efficacité de ces interventions, mais les considèrent quand même nécessaires :

*« Que le service de santé fait encore plus de prévention. » (388F3)*

*« Je trouve que même si les jeunes ne font peut-être pas attention ils sont prévenus de tout, il existe beaucoup d'organismes d'aide. » (369F3)*

*« Que maintenant les jeunes sont plus informés qu'auparavant. Se protègent-ils plus qu'avant? » (228G4)*

*« Le sexe ça peut être ben l'fun mais il faut toujours se protéger! Parler plus des contraceptifs, TOUS LES CONTRACEPTIFS! » (320FA)*

#### 5) La banalisation de la sexualité

Près d'un jeune sur dix (9,5 %), surtout les filles de quatrième secondaire, ont déploré la banalisation de la sexualité dans notre société :

*« La sexualité dans le monde d'aujourd'hui je trouve que c'est devenu d'une grande banalité. Les changements de valeurs [ont] un peu trop affecté la sexualité. Pour moi c'est pas normal. » (74G4)*

*« Je trouve que la sexualité dans notre société est banalisée avec toutes ces publicités qui donnent de mauvais exemples. Mais surtout je trouve ridicules tous ces clips ou plusieurs belles filles dansent à côté d'un rappeur noir qui dit sans arrêt le mot fuck. » (234G5)*

*« Que depuis quelque temps la sexualité est banalisée on en voit partout. » (110F5)*

Les jeunes sont assez critiques et constatent que la sexualité et le plaisir sont valorisés au détriment de l'amour; selon eux, la sexualité ne revêt pas l'importance qu'elle devrait avoir dans la vie des gens :

*« Avant faire l'amour était avec passion et amour mais maintenant ce n'est que pour baiser tout ce qui bouge alors je vous demande. » (328G3)*

*« Il y a trop de sexe et plus d'amour. » (386F3)*

*« Maintenant la sexualité on la considère comme rien. Plusieurs personnes couchent avec beaucoup de partenaires sans se soucier des conséquences qui en résultent. » (404F4)*

*« Les gens ne gardent pas très longtemps leur partenaire. On dirait qu'ils prennent ça comme un jeu. » (73F4)*

*« Qu'il n'y a pas assez de personnes qui la prennent au sérieux. » (435G5)*

## 6) La sexualité en général

Les jeunes ont également fait part de toutes sortes de considérations concernant la sexualité. Près d'un jeune sur dix (9,5 %), surtout des filles de quatrième secondaire, ont avancé des définitions de la sexualité, comme un « signe d'affection », une occasion « d'échange profond », de « bons moments », une preuve d'amour, etc. Les jeunes de troisième secondaire ne se sont pas prononcés sur ce sujet, mis à part l'association sexualité-plaisir présentée précédemment.

La majorité des jeunes s'étant exprimés sur le sujet ont une vision positive de la sexualité :

*« Je crois que la sexualité ne s'arrête pas à une pénétration et quelques préliminaires, c'est un échange entre deux personnes, un échange profond si on parle de relations sexuelles. » (94G4)*

*« La sexualité c'est quand deux personnes s'aiment bien et partagent de bons moments. » (179F4)*

*« C'est quelque chose qui doit être dans la relation d'un couple et doit être fait comme une preuve d'amour de l'un pour l'autre et non comme obligatoire. » (391F4)*

*« Que c'est normal, parfois c'est pas facile puisque l'on réagit différemment et que l'on est différent. La clé d'après moi c'est la communication. » (74F4)*

*« C'est un signe d'affection. » (137G5)*

*« C'est un très bon moyen de relâcher la tension et le stress de la vie. » (254G5)*

*« Moi je pense que le sexe n'est qu'un résultat des pulsions que nous avons à notre âge. C'est aussi très étonnant et j'en entends de toutes les couleurs chaque jour mais je crois qu'il faut s'y faire. » (98G5)*

*« Depuis le début des temps les êtres se reproduisent. Là est le but principal de la sexualité mais plusieurs personnes, autant des adultes que des jeunes, ne pensent pas de cette manière! C'est un problème... À changer! » (96F5)*

D'autres sont plus critiques, ou du moins ont des doutes :

*« La sexualité est un loisir et ce n'est pas bon pour les étudiants. » (390F4)*

*« Je trouve que ce n'est pas une chose importante en général il y a beaucoup de choses [plus] importantes que ça. » (393F4)*

*« Moi je pense que la sexualité ce n'est pas bon pour la santé de jeunes comme moi et pour d'autres personnes je ne sais pas si je me trompe ou pas. » (347GA)*

Enfin, quelques-uns nous font part de leurs conseils ou recommandations :

*« La sexualité est un supplément à la relation, pas obligé de se presser pour le faire. Ils devraient nous montrer plus d'images pour que l'on en prenne conscience. Ils nous en parlent souvent mais sans trop l'imager et faire des activités ou des trucs. » (78F4)*

*« C'est presque un besoin vital alors ne soyons pas gênés d'en parler. De plus c'est notre moyen de se reproduire. » (113G5)*

*« Le rapport sexuel peut être la plus belle chose et laisser d'heureux souvenirs ou peut être le pire de tes souvenirs il faut toujours penser à se protéger et dis-toi qu'il n'y a pas de presse à faire l'amour fais-le quand tu te sens prête ou prêt. » (54FA)*

## 7) L'éducation à la sexualité

Près d'un jeune sur dix (9,5 %), surtout parmi ceux de quatrième et de cinquième secondaire, a abordé le thème de l'éducation à la sexualité.

Certains sont favorables à l'éducation à la sexualité et en sont satisfaits, tandis que d'autres la considèrent comme insuffisante ou plus que suffisante :

*Satisfaction : « Je trouve que de faire de la prévention auprès des jeunes est une très bonne idée. » (424F5) « Qu'on nous renseigne bien dans les écoles sur nos ressources et sur le sujet en général de la sexualité. » (396F4)*

*Insatisfaction : « Je crois que la décision des gens n'est pas influencée par l'instruction. Nous sommes assez instruits et n'avons pas besoin de savoir autre chose que les bases. Peut-être devriez-vous moins parler des détails. » (215G4) « Les jeunes ne sont pas assez sensibilisés ça fait que les problèmes n'arrivent pas toujours qu'aux autres. » (12G4)*

Bien que quelques jeunes pensent qu'on devrait laisser les gens apprendre par leurs propres moyens, d'autres en profitent pour émettre des recommandations afin de guider nos interventions futures :

*« C'est propre à soi. » (69G4)*

*« Laisser les gens [prendre] conscience pourrait les aider à se responsabiliser. » (175G4)*

*« Que cela est naturel et qu'il faut laisser les gens aller. » (141F5)*

*« Le sexe est trop tabou, vous devriez de plus en plus en parler de façon éducative. » (33G3)*

« Gardez les cours de FPS. » (217F4)  
 « Il devrait y avoir plus d'affiches, annonces et d'information sur les maladies. » (323F3)  
 « Ils devraient nous montrer plus d'images pour que l'on en prenne conscience. Ils nous en parlent souvent mais sans trop l'imager et faire des activités ou des trucs. » (78F4)  
 « À mon avis il faudrait commencer à éduquer la sexualité aux enfants dès le début du primaire (pas de façon directe bien entendu) et il faudrait inciter les parents à en parler assez tôt avec leurs enfants. » (242F5)  
 « C'est bien d'aborder les plus jeunes sur ce sujet je crois que ça va être pour le mieux. Des fois quand c'est un prof qui en parle ça n'a pas autant d'impact que si c'est un spécialiste. » (248F5)  
 « Faire des discussions avec des jeunes adultes. » (58GA)  
 « Parler plus de la séduction, faire plus de projets. » (46G3)

D'autres trouvent que certaines stratégies pédagogiques sont redondantes, et indiquent clairement les erreurs à éviter :

« Je trouve que l'on commence à trop en entendre sur les moyens de contraception. On commence à le savoir! » (259G5)  
 « Quand nous avons des cours sur la sexualité nous entendons toujours la même chose. Ça serait plaisant de continuer de l'enseigner mais de pousser un peu plus loin. » (121F5)  
 « Qu'il est bien d'en parler mais il ne faut pas toujours parler des choses négatives comme les MTS, qu'il faut se protéger bla bla bla. » (129F5)  
 « On voit les mêmes thèmes trop souvent. Ex. : contraception : passer quatre-cinq cours par année pendant cinq ans c'est trop! Au bout d'un ou deux ans on a compris! » (251F5)  
 « Que les films sont dépassés (les films F.P.S.). » (11G5)  
 « Je crois que les cours d'enseignement liés à la sexualité sont trop axés sur le côté pornographique et pas assez sur le côté émotif. Par contre il serait important de parler davantage de la diversité sexuelle. » (258G5)

## 8) Les thèmes mineurs

Les thèmes mineurs sont les agressions sexuelles, la sexualité des jeunes, les relations amoureuses, la perception qu'ont les adultes ou les parents de la sexualité des jeunes et l'orientation sexuelle.

### *Les agressions sexuelles*

Près d'une vingtaine de jeunes (4,4 %) ont abordé le thème des agressions sexuelles. Que ce soit les abus, le harcèlement, le viol ou la pédophilie, tous les jeunes qui s'expriment sur ce sujet s'opposent à ces actes. Ils affirment qu'il y en a trop dans notre société et sont très sévères à l'égard de ceux qui les commettent :

« L'inceste et la prostitution n'ont pas d'allure. » (231G4)  
 « Trop de harcèlement sexuel, de viol et de violence. » (187G3)  
 « Il y a beaucoup de pédophiles et d'agressions sur des jeunes. Leur vie est bouleversée à cause de ça et les agresseurs sont peu punis. » (337G3)  
 « Je trouve qu'on devrait réinstaurer la mise à mort pour les pédophiles. » (332G3, 333G3)

Ils émettent quelques souhaits ou recommandations :

*« S'il y avait un moyen de prévenir la pédophilie et d'apprendre aux enfants à être prudents face à ce problème-là de le faire SVP! » (227F4)*

*« Prévenir la violence dans un jeune couple. » (111G5)*

### *La sexualité des jeunes*

Une quinzaine de jeunes (3,4 %) se sont exprimés sur la sexualité des jeunes en répondant à cette question sur la sexualité en général. Ils nous renseignent sur l'état de la situation, à savoir que les jeunes sont préoccupés par la sexualité, qu'ils sont de plus en plus nombreux à être sexuellement actifs, et de plus en plus jeunes, qu'ils réfléchissent moins à leurs actes, etc. :

*« Les jeunes surtout les filles qui ont beaucoup de relations sexuelles n'ont souvent pas connu une vraie jouissance ou orgasme. » (134F5)*

*« À notre âge presque tout le monde a fait l'amour. » (142F5)*

*« Il n'y a pas suffisamment de réponses pour toutes les questions des adolescents, la sexualité des jeunes n'est pas prise au sérieux. » (31G3)*

### *Les relations amoureuses*

Le respect de l'autre, l'intimité, la confiance et l'amour sont importants pour les jeunes et leur apparaissent nécessaires pour vivre une relation à deux. C'est ce qu'une quinzaine de jeunes (3,4 %) ont rapporté :

*« Les gars doivent respecter les filles et vice-versa. » (345G3)*

*« Ça prend de l'intimité. » (343G3)*

*« Que c'est un plaisir qui est préférable de pratiquer avec quelqu'un en qui on a confiance. » (256F5)*

*« Que nous devons aimer les personnes avant d'avoir des relations sexuelles. » (208F3)*

### *La perception qu'ont les adultes ou les parents de la sexualité des jeunes*

Une dizaine de jeunes (1 %) se sont exprimés sur leurs perceptions des adultes ou des parents par rapport à la sexualité des jeunes, sur la communication parents-adolescents et sur le rôle des adultes ou des parents auprès des jeunes dans l'éducation à la sexualité.

Voici ce que pensent les jeunes des parents et des adultes :

*« Je ne vois pas pourquoi ça dérange tant les parents qu'on aille sur des sites parce que de toute façon on va d'une façon ou [d'une autre] finir par le faire une fois. » (368G3)*

*« Qu'il faudrait que les adultes arrêtent de paranoier et de généraliser sur la sexualité des jeunes, il y a quelque chose de plus important. » (389F3)*

*« Les parents n'informent pas toujours bien les jeunes d'aujourd'hui, par contre l'école en parle assez fréquemment. » (147F3)*

Voici comment ils voient la communication parents-adolescents et le rôle des parents dans leur éducation à la sexualité :

*« Le sexe est beaucoup plus accessible grâce à Internet, même si les jeunes n'en parlent pas beaucoup aux parents, le sexe reste un des sujets les plus populaires des adolescents. » (33G3)*

*« Les parents ne parlent pas de sexe avec nous. » (188F3)*

*« Je trouve que la sexualité est un sujet trop présent dans notre société et que chacun devrait apprendre instinctivement par ses propres moyens et la base d'éducation à la sexualité qui est vraiment nécessaire devrait être faite par les parents. » (423G5)*

*« Les adultes ont plusieurs partenaires une relation longue et ça rarement ne nous montre pas le bon exemple. » (83F4)*

### *L'orientation sexuelle*

Près d'une dizaine de jeunes (1 %) nous ont parlé de l'homosexualité. Sensibles aux préjugés qu'ils retrouvent dans la société et parmi leurs pairs, quelques-uns demandent plus d'acceptation :

*« Il y a encore beaucoup de stéréotypes par rapport aux gais. » (277G5)*

*« Les gens devraient comprendre l'homosexualité et l'accepter. » (381G3)*

*« Je trouve que les gens attachent une trop grande importance à l'identité sexuelle. » (84G4)*

D'autres se questionnent :

*« Pourquoi les homosexuels peuvent avoir, s'ils le désirent, des enfants? » (400G4)*

*« Comment se fait-il que nous ne sommes pas tous hétéros? D'où ça vient le fait que certaines personnes préfèrent les enfants, d'autres les gens du même sexe? Ça ne doit pas être seulement dans les hormones, il doit y avoir quelque chose qui déclenche tout. » (237F5)*

### *c) Opinions des jeunes sur la sexualité des jeunes de leur âge*

La troisième question posée aux jeunes était la suivante : « Que voudrais-tu nous dire par rapport à la sexualité des jeunes de ton âge? » Sur 442 jeunes, 73 n'ont pas fourni de réponse, parmi lesquels 46 garçons (63 %). Le taux de réponse est de 84 %, soit le taux le plus élevé des trois questions. Les non-répondants à cette question sont plus souvent des jeunes des autres types de classes et de troisième secondaire (autres classes, 24 % et troisième secondaire, 19 %, *versus* quatrième secondaire, 4 % et cinquième secondaire, 5 %). Les jeunes nés à l'extérieur du Canada ont également répondu en moins grand nombre à cette question que les jeunes nés au Canada (19 % de non-répondants *versus* 16 %).

Les préoccupations des jeunes au regard de la sexualité des jeunes de leur âge ont été regroupées, par ordre d'importance, en cinq thèmes majeurs et plusieurs thèmes mineurs. Les thèmes majeurs sont : 1) la début des activités sexuelles à l'adolescence; 2) la sexualité-plaisir et la banalisation de la sexualité; 3) les comportements sexuels à l'adolescence; 4) la prévention et la protection; 5) l'amour et les relations interpersonnelles. Les thèmes mineurs sont l'éducation à la sexualité et l'information, la pornographie, les infections transmissibles sexuellement, la grossesse, les drogues, l'alcool et la sexualité, l'image corporelle, l'orientation sexuelle et la violence.

## 1) Le début des activités sexuelles à l'adolescence

Un jeune sur quatre de notre échantillon (25 %) rapporte que les jeunes ont des activités sexuelles de plus en plus tôt :

*« Le sexe commence de plus en plus jeune de nos jours. Ils expérimentent beaucoup de choses. » (363G3)*

*« Les jeunes ont de plus en plus tendance à adopter des comportements à caractère sexuel, et ce, de plus en plus jeunes. » (430G5)*

Les jeunes évoquent plusieurs raisons pour lesquelles ils commencent leurs activités sexuelles de plus en plus tôt : la recherche de plaisir, l'exploration, la découverte, le besoin de paraître « cool », de « faire comme tout le monde », un « coup de tête » ou « pour prouver quelque chose ». Certains déplorent cependant l'absence d'amour ou l'inconscience :

*« Les jeunes se découvrent et ont des relations sexuelles plus jeunes qu'avant. » (206G3, 381G3)*

*« C'est rendu qu'on fait ça sur un coup de tête, la plupart du temps quand il n'y a aucune relation amoureuse entre les deux personnes. Trop souvent on oublie la base : l'amour, la confiance, les valeurs. » (379F3)*

Les jeunes associent le fait d'être pressé et de ne pas être vraiment prêt à être actif sexuellement à la notion de précocité sexuelle :

*« J'ai des amis qui l'ont déjà fait et c'est comme très important pour eux de se vanter. Souvent une de mes amies vient de connaître un gars et deux jours après elle l'a déjà fait. Disons que je trouve ça pas mal précipité. » (373F3)*

*« Parfois elles font l'amour mais ne savent pas vraiment c'est quoi. Elles ne sont pas toujours prêtes, ne parlent pas de ce qu'elles aimeraient, ne savent pas trop comment faire (précautions + préliminaires). » (308FA)*

La première fois revêt une importance particulière, pouvant être source de stress ou de déception :

*« Ben tous les jeunes en parlent souvent, c'est le temps de la première fois. » (199F3)*

*« Intimité et le bien-être est peu souvent respecté lors de la première expérience. » (198F3)*

*« La plupart des personnes n'ont pas aimé leur première expérience. » (88G4)*

*« Je trouve que l'on devrait plus rassurer les filles par rapport au sexe car elles sont plus stressées à la première fois. » (259G5)*

Certains rapportent que l'activité sexuelle précoce n'est pas sans conséquences et que les jeunes de leur âge ne les connaissent pas ou ne s'en soucient pas :

*« Je trouve que les jeunes veulent faire l'amour trop rapidement et cela entraîne parfois le harcèlement sexuel, des chicanes, des peines d'amour... » (187G3)*

*« Beaucoup trop jeunes que les enfants commencent à faire des expériences de sexualité. Douze ans c'est jeune pour faire l'amour. Je ne crois pas qu'ils connaissent toutes les conséquences et ils ne sont pas prêts. » (142F5)*

Un grand nombre de jeunes, en particulier les plus âgés et les filles, émettent un jugement moral sévère à l'égard du début des activités sexuelles à l'adolescence, considérant comme inadéquate une telle précocité :

*« Les jeunes commencent de plus en plus jeunes, des filles un ou deux ans plus jeunes que moi ont plus de partenaires déjà que moi! Ça n'a pas de bon sens! » (385F3)*

*« Je trouve épouvantable que des jeunes ont des relations sexuelles de plus en plus jeunes. Entendre les enfants de 10-12 ans parler de sexe n'est pas normal. » (92G4)*

*« Ce n'est pas l'âge de commencer mais la plupart ont déjà eu des relations sexuelles. On a toute la vie pour s'occuper de ça, chaque chose a son temps, maintenant c'est le temps de l'enfance. » (391F4)*

*« Ils ne savent pas c'est quoi faire l'amour. Ils passent les étapes ils veulent aller trop vite. C'est pas normal qu'une fille de 12 ans sait presque plus que moi. » (138F5)*

*« Les jeunes font l'amour de plus en plus jeunes. J'ai une de mes amies qui s'est fait dévier à 10 ans, c'est con. » (287GA)*

D'autres pour leur part se questionnent carrément :

*« Sommes-nous trop jeunes? » (334G3)*

*« Pourquoi les jeunes le font de plus en plus jeunes? » (239F5)*

Enfin, les jeunes voient dans la précocité des activités sexuelles d'aujourd'hui une différence majeure avec la sexualité des générations précédentes :

*« Les jeunes sont beaucoup plus déniaisés qu'avant. » (213G3)*

*« Elle a beaucoup plus de place dans nos vies que dans celle des générations précédentes. » (398G4)*

*« Elle est très présente comparativement à il y a 50 ans. Elle est quand même méconnue (si l'on parle d'une relation épanouissante...). » (246G5)*

## 2) La sexualité-plaisir et la banalisation de la sexualité

Plus d'un jeune sur cinq (22 %) aborde la sexualité des jeunes de son âge en parlant du plaisir ou de banalisation. Quant au plaisir, ils en parlent en bien :

*« C'est rendu plus une partie de plaisir, les sentiments sont moins présents. » (240F5)*

*« Le sexe c'est bien. » (440G5)*

*« Ils ont bien du plaisir à avoir des rapports sexuels. » (400G4)*

Mais ils en parlent aussi en mal :

*« Les jeunes se préoccupent trop de leur satisfaction sexuelle. » (194G3)*

*« La majorité des jeunes ne pensent qu'au sexe et c'est décevant pour les autres jeunes qui veulent des relations plus stables et basées sur l'amour et non uniquement sur le sexe et le physique. » (216F4)*

Ils en parlent comme d'une obsession, d'une course à l'exploit ou d'une pure recherche du plaisir :

*« Les jeunes de mon âge pensent juste au sexe! Mais attention c'est l'fun! » (190G3)*



« Ils vont pratiquement toujours avoir le sexe dans la tête et ils vont souvent vouloir en faire avec un peu n'importe qui n'importe où et n'importe quand. » (69F4)  
« C'est GO le plus de filles en moins de temps. » (326G3)  
« C'est rendu plus une partie de plaisir, les sentiments sont moins présents. » (240F5)  
« Ils commencent de plus en plus jeunes à avoir des rapports sexuels et que quelques fois ce n'est que pour le plaisir. » (147F3)

Ils se vantent de leur performance ou, à l'inverse, s'en inquiètent :

*Vantardise* : « La pression que les personnes déviergées font sur les personnes vierges. [Elles] les poussent à le faire. Il y a des personnes qui se vantent de ça juste pour impressionner les autres (la plupart sont des menteurs). » (362F3)

*Inquiétude* : « Les jeunes se préoccupent trop sur s'ils font ça bien ou si leur partenaire est satisfaite. » (266G5)

Ils font état de pratiques sexuelles qui les dépassent, de leur vision féminine ou masculine de la sexualité (« les gars immatures », « les filles sérieuses » [151F3]) et de leur tendance à changer facilement de partenaires sans approfondir la relation.

Ce discours plutôt négatif au sujet d'une sexualité réduite à la seule notion de génitalité ou de plaisir est renforcé par l'opinion des jeunes sur la banalisation de la sexualité. En effet, près d'un jeune sur sept (14,3 %), plus souvent des garçons, considère que la sexualité est devenue facile, banale, vécue à la légère :

« C'est banalisé, les jeunes ne font plus l'amour pour les bonnes raisons. » (99F5)  
« Plusieurs jeunes prennent ce sujet à la légère, les trips à trois et les fuckfriends c'est banal. » (154G3)  
« Les rapports sexuels ne se font plus juste pour l'amour ou parce que tu aimes ton copain. Ils ne prennent plus cela comme une preuve d'amour mais comme un jeu. » (172F4)

Certains mentionnent que les jeunes sont inconscients des conséquences de leur agir sexuel :

« La sexualité des jeunes de mon âge est juste une passion, les gens pensent surtout à faire des one nights sans se préoccuper des conséquences. » (433G5)  
« Les jeunes de mon âge surtout les filles se dévoilent trop. Ils font l'amour sans savoir ce qui peut leur rapporter par la suite. » (291FA)

Ils rapportent aussi que la sexualité chez les jeunes peut être totalement débridée, allant jusqu'à l'exploitation des filles, en particulier :

« C'est pas comme avant. C'est presque rendu obligé de faire l'amour jeune. On dirait qu'il n'y a plus de limites, tout est atteint. » (341G3)  
« Trop imaginaire, tous les jeunes veulent essayer, veulent tout faire avant la fin du secondaire. » (72G4)  
« Il y en a qui n'ont PAS DE CLASSE! C'est pas tout le monde qui est intéressé à voir un couple en relation avancée dans une bus ou dans la rue, n'importe où. » (218F4)  
« Beaucoup de gars ne savent que baiser. J'haïe ça. Les filles sont souvent exploitées (one night) dégueux. » (345G3)

Dans ce discours sur la banalisation de la sexualité chez les jeunes, la pornographie, la mode et l'utilisation du sexe dans la commercialisation de produits de consommation sont mises au banc des accusés :

*« Les jeunes se servent de la porno pour modèle. S'ils continuent ils vont devenir trop pervers. » (384G3)*

*« Des fois je trouve que les personnes de mon âge prennent la sexualité trop à la légère. La mode pousse trop les jeunes vers la sexualité. » (248F5)*

*« La sexualité est presque devenue banale à force de l'utiliser pour attirer des gens à acheter des produits commerciaux. » (174F4)*

Les jeunes en viennent d'ailleurs à des réflexions éthiques sur le sens de leur sexualité et à évoquer leur idéal :

*« C'est rendu un passe-temps pour certains. Je trouve ça plate qu'il n'y ait plus de signification à ces gestes. » (237F5)*

*« Ça me décourage vraiment. Trop de jeunes désespérés à se trouver un véritable partenaire et s'adonnent à des pratiques sexuelles juste pour le fun. Je sais que ce n'est pas tout le monde mais il s'agit souvent d'une presque débauche. Les gens ne s'aiment plus assez à mon avis. Je vois des films, lis des livres où avoir dix mille amants est presque hot! C'est quoi l'idée aussi du fuckfriend ça manque de respect! » (75F4)*

*« Les jeunes d'aujourd'hui ont un problème de se retenir, nous les humains on n'est pas des animaux pour que quand ça nous intéresse qu'on fasse l'amour sinon on le fait pas. Il faut le faire de manière humaine. » (405G4)*

*« Je crois qu'ils ne saisissent pas le sens véritable de la chose, bien entendu tout dépend de chacun, mais on entend encore trop de mots banals par rapport à ça. L'amour est un acte que l'on accomplit avec son partenaire pour se prouver, se montrer qu'on est fait pour ne faire qu'un. » (78F4)*

### 3) Les comportements sexuels à l'adolescence

Même si plusieurs jeunes sont préoccupés par la précocité sexuelle des jeunes de leur âge, un jeune sur six (16,7 %) n'hésite pas à exposer la sexualité des adolescents et adolescentes comme une situation de fait, et font quelques commentaires positifs ou négatifs :

*« La plupart le font à 13-14 ans. » (195F3)*

*« Populaire, de plus en plus jeune. » (198F3)*

*« Il y en a plus que vous pensez! C'est beaucoup plus vulgaire. Ça dépend des gens et de leurs préférences sexuelles, mais allez chercher des choses dans vos expériences sexuelles. » (222F4)*

Quelques-uns font état de variations individuelles en matière de développement psychosexuel et se veulent rassurants :

*« Plein de monde ont fait des choses à mon âge et moi pas encore. » (160G3)*

*« En général nous sommes actifs sexuellement mais pas pour tout le monde. C'est très varié. » (229F4)*

*« Il y en a qui sont vierges et c'est pas grave. Il y a beaucoup de monde qui sont faciles. » (422F5)*

Ils reconnaissent l'importance d'avoir une certaine maturité quand on s'engage dans des comportements sexuels :

*« Les jeunes sont de plus en plus responsables dans leur activité sexuelle. Ils utilisent plus souvent les moyens de contraception, ils sont de plus en plus à l'aise avec ça. » (32G3)*

*« Je crois qu'il faut vraiment être prêt à avoir une relation sexuelle parce que c'est un moment important de notre vie et qu'on prend ça de plus en plus à la légère. » (94G4)*

À l'inverse de ceux et celles qui condamnent la précocité sexuelle des jeunes, plusieurs jeunes la considèrent comme acceptable; ils se considèrent comme ouverts à la sexualité, intéressés et désireux d'expérimenter dans ce domaine :

*« On est très ouverts et actifs. Beaucoup apprennent de leurs erreurs. » (226F4)*

*« J'ai déjà été à des partys très open et les adolescentes et adolescents commencent à avoir des penchants pour les deux sexes (bisexuels). Nous sommes très ouverts, nous les ados. Nous voulons beaucoup expérimenter. » (395F4)*

*« À mon avis elle est bien vue et bien ressentie malgré ce que plusieurs personnes peuvent penser elle est vraie même si nous sommes jeunes. » (141F5)*

*« Ce n'est pas du tout tabou pour les jeunes de notre âge. » (257F5)*

Les jeunes qui parlent des comportements sexuels des jeunes de leur âge n'hésitent pas à leur associer le critère de normalité, y ajoutant parfois quelques conditions en matière de protection ou de confiance en soi :

*« C'est normal, on découvre le corps de l'autre sexe. » (210G3)*

*« Je trouve que de commencer à avoir une relation sexuelle à l'âge de 15-16 ans c'est bien correct à condition de toujours bien se protéger et de la faire quand on se sent prêt et prête! » (339F3)*

*« Elle est comme celle de tous les âges. » (184G4)*

*« Si nos hormones sont développées c'est que nous sommes prêts à se reproduire. » (123G5)*

*« Oui je trouve que c'est une bonne idée d'essayer ça à cet âge. » (351GA)*

*« Tout ça est bien, ils ont juste besoin d'avoir confiance en eux. » (355FA)*

#### 4) La prévention et la protection

Le sujet de la prévention et de la protection dans la sexualité à l'adolescence est très présent dans le discours des jeunes; il est abordé par un jeune sur six (16,7 %), principalement des filles.

Plusieurs jeunes font des commentaires positifs à l'égard du comportement préventif des jeunes de leur âge :

*« Elle est développée à un niveau mais les jeunes se protègent de plus en plus. » (413G4)*

*« Les jeunes ont des relations sexuelles assez fréquemment entre eux; au moins ils utilisent des contraceptifs. » (66F4)*

*« Je crois que les jeunes ont compris le message et se protègent. » (265G5)*

*« Je crois qu'en général les jeunes de mon âge se respectent énormément et se protègent contre les MTS. » (129F5)*

D'autres, en particulier des filles de cinquième secondaire, s'avèrent extrêmement critiques et rapportent que les jeunes de leur âge ne se protègent pas suffisamment, soit parce qu'ils sont trop jeunes lorsqu'ils s'impliquent sexuellement, soit parce qu'ils banalisent la sexualité, qu'ils n'ont peur de rien ou qu'ils ont une sexualité débridée :

*« Ils ne sont pas assez prudents. Trop de monde qui baise et qui va s'en farcir une autre. » (162G3)*

*« Je trouve que les jeunes de mon âge ne se soucient pas de prendre leur précaution et de se protéger. Ils prennent parfois ça trop à la légère, c'est sûr qu'ils ne sont pas tous comme ça mais il y en a beaucoup qui banalisent le fait d'avoir des chances de tomber enceinte. » (86F4)*

*« Plusieurs manquent de protection peut-être n'ont-ils pas assez peur des MTS. » (120F5)*

*« Il y en a quelques-uns qui ne font pas aussi attention qu'ils le devraient, ils sont tous trop jeunes. » (140F5)*

*« Il y a des jeunes qui le font tellement souvent qu'ils croient que ça ne changera rien s'ils se protègent ou non. » (237F5)*

Quelques réflexions masculines viennent d'ailleurs soutenir le discours qui précède :

*« On trouve ça plus le fun sans condom. » (287GA)*

*« Les jeunes ont des relations sexuelles de plus en plus jeunes. N'aiment pas vraiment les condoms, cherchent à avoir un fuckfriend, y en a qui pensent seulement au sexe et ne prennent pas le temps d'aimer. » (231G4)*

Plusieurs évoquent le fait que les jeunes ne connaissent pas assez les conséquences et les dangers d'une relation sexuelle non protégée, quelques-uns, plus rares, mentionnant que l'activité sexuelle à leur âge n'est « pas bonne pour la santé ». Fait rassurant, une trentaine de jeunes font des recommandations à l'égard de la prévention et de la protection, exhortant les intervenants à continuer leurs efforts dans ce sens :

*« Protégez-vous! » (164G3, 165G3)*

*« Donner des conseils. » (49G3, 47F3)*

*« Mieux vaudrait prévenir que guérir. » (118GA)*

*« Aujourd'hui les jeunes ont des rapports sexuels à gauche et à droite et ceux qui pognent des maladies se disent j'aurais dû penser à me protéger; t'aurais pas dû juste penser à te protéger, fais-le! » (54FA)*

*« Continuez à nous encourager à avoir des rapports protégés car beaucoup de jeunes le font pas toujours. » (311FA)*

*« Parler plus de méthodes de contraception. » (274G5)*

## 5) L'amour et les relations interpersonnelles

L'amour ou les relations interpersonnelles sont une préoccupation pour un jeune sur sept (14,3 %), principalement des filles. Lorsque les filles et les garçons parlent de l'amour, c'est principalement pour exprimer le fait qu'il n'y en a pas assez et que l'agir sexuel prend place dans une relation interpersonnelle sans amour, sans intimité et sans respect :

*« J'ai l'impression que les jeunes de mon âge ne voient plus l'amour dans la sexualité et c'est dommage. » (374G3)*

- « Certains font l'amour par amour justement mais c'est trop rare à mon goût. » (90G4)
- « Je crois que les jeunes en général ont perdu l'amour dans la sexualité. » (401F4)
- « Le respect entre partenaires manque souvent. » (396F4)

Les jeunes opposent souvent l'amour à la génitalité, au plaisir, au jeu, à l'aventure, à une habitude :

- « La majorité des jeunes ne pensent qu'au sexe et c'est décevant pour les autres jeunes qui veulent des relations plus stables et basées sur l'amour et non uniquement sur le sexe et le physique. » (216F4)
- « On ne fait plus l'amour, on baise et ça ça me fait chier! » (385F3)
- « Les jeunes commencent à avoir des relations de plus en plus jeunes et par simple plaisir et non par amour. » (113G5)
- « Aujourd'hui les jeunes prennent le sexe comme une game et non comme preuve d'amour sérieuse. » (252F5)
- « Que l'intimité n'existe plus tellement parce que les jeunes pensent plus à des aventures qu'à l'amour entre deux partenaires. » (396F4)
- « Que tout le monde prend la sexualité pour acquis, que j'ai l'impression que ce n'est plus un signe d'amour mais plutôt une habitude. » (304FA)

La pression des pairs, les pressions sociales, l'influence de la télévision et d'Internet sont cités comme des raisons de s'engager dans des actes sexuels, de façon précoce, rapide et sans développer de relations interpersonnelles très profondes :

- « Maintenant les jeunes n'attendent pas d'être prêts ils ont peur de se faire juger alors ils suivent leurs amis et font l'amour par simple peur de ne pas être comme tout le monde. » (83F4)
- « Je crois que les jeunes de nos jours se pressent trop pour avoir des relations sexuelles. Je pense qu'ils ne prennent pas conscience de la merveilleuse preuve d'amour à faire à celui ou celle qu'on aime. Beaucoup de jeunes filles le font sous pression ou parce que leurs amies l'ont fait. Quand j'étais jeune j'entendais toujours mes amies parler de sexe sans pour autant savoir c'était quoi! J'ai été chanceuse de ne pas le faire parce qu'elles l'avaient fait mais je pense que beaucoup de filles le font à cause de ça. Nous devrions beaucoup plus parler de ça pour leur faire prendre conscience. » (121F5)
- « Je trouve désastreux que des jeunes de 11 ou 12 ans agissent comme leur idole. » (407F4)
- « De nos jours avec Internet et la TV on voit de plus en plus de sexe et cela influence beaucoup les jeunes en bas âge à débiter leur sexualité. » (131F5)

Au sujet des pressions exercées par l'extérieur, un phénomène particulier est mentionné par plusieurs garçons, celui des « filles qui se laissent charmer par des gars plus vieux » :

- « Il y a des filles qui se laissent charmer par des gars plus vieux mais ceux-ci ne veulent que leur corps. » (337G3)
- « Je trouve qu'il y a trop souvent des grandes différences d'âge en un couple comme des gars de 30 ans qui sortent avec des filles de 15 ans. Je trouve ça bizarre et un peu PD. » (336G3)
- « Les filles de notre âge cherchent des gars de 10 ans en montant. Je trouve que c'est plus une question de sexe que certaines recherchent qu'elles veulent un gars de 18 ans et plus. » (294GA)

Au-delà de ces critiques quelque peu négatives sur la sexualité des jeunes, on retrouve des discours plus pondérés qui laissent poindre l'espoir de relations plus élaborées où plaisir, respect et amour trouvent une place :

*« Je crois que les jeunes de nos jours se pressent trop pour avoir des relations sexuelles. Je pense qu'ils ne prennent pas conscience de la merveilleuse preuve d'amour à faire à celui ou celle qu'on aime. » (121F5)*

*« Je trouve que les jeunes semblent pressés à avoir des relations sexuelles. Ils sont prêts à se lancer dans cette incroyable aventure au détriment de leur sentiment d'insécurité. Ils sont trop préoccupés par les racontars. La virginité n'a rien d'épouvantable. » (317FA)*

*« Avoir une relation sexuelle c'est facile mais avoir une bonne relation sexuelle où les deux personnes ont du plaisir c'est plus difficile. » (134F5)*

*« À mon avis un retour aux valeurs fondamentales de la sexualité (amour, respect) serait bénéfique aux jeunes de mon âge. » (175G4)*

*« J'aimerais bien ça avoir une blonde, mais j'en ai pas encore eu de vraies. » (160G3)*

## 6) Les thèmes mineurs

Les thèmes mineurs touchés par les jeunes sont l'éducation à la sexualité et l'information, la pornographie, les infections transmissibles sexuellement, la grossesse, les drogues, l'alcool et la sexualité, l'image corporelle, les orientations sexuelles et la violence.

### *Éducation à la sexualité et information*

Une vingtaine de jeunes (4,5 %) émettent leur opinion à ce sujet. Ces opinions sont positives ou négatives, mais donner de l'information sur la sexualité est quand même considéré comme une stratégie importante :

*Positive : « Je dirais qu'à l'école on nous apprend assez de choses par rapport à la sexualité et que si des jeunes ont des relations sexuelles ils vont être prévenus. » (364G3)*

*Négative : « Certains ne sont pas assez informés, ils agissent sans réfléchir. Souvent, ils veulent aller trop vite, ils ne prennent pas assez le temps de connaître l'autre et ses besoins, ses limites. » (186F3)*

*Stratégie importante : « J'ai l'impression que c'est un sujet qui préoccupe beaucoup les jeunes. C'est important que les jeunes soient bien informés. » (375G3)*

Les jeunes en profitent pour mentionner les hauts et étaler les bas de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire :

*Les hauts : « Pas grand-chose sauf que garder le cours de FPS peut nous être utile. » (220G4)*

*Les bas : « Arrêter de parler de l'abeille avec la petite fleur PS : aller plus en détail. » (44G3) « Arrêtez de mettre des bananes, trouvez un moyen de désinfantiliser votre façon de nous approcher. » (262G5) « C'est évident que ce sont toujours les mêmes problèmes qui reviennent et il faudrait trouver la bonne façon de faire de la prévention. »*

*Répéter toujours et toujours la même chose peut-être est-ce pour ça que les jeunes banalisent les conséquences que peuvent avoir des relations sexuelles non protégées. » (243F5) « Je trouve qu'on parle trop des MTS dans les cours de sexualité on parle que de ça ou presque. » (278F5) « Je crois que les cours de FPS font paraître les hommes comme des obsédés non attentifs aux autres. » (258G5)*

Les jeunes font également quelques recommandations :

*« La plupart des jeunes imaginent le sexe pire que ce qu'il est vraiment. On devrait nous parler en mieux du sexe à l'école. » (428F5)*

*« Même s'il y a beaucoup de campagnes publicitaires sur ce sujet les jeunes ne se parlent pas assez des vraies choses. » (314GA)*

*« C'est très évolué. Mais aussi expliquer plus aux jeunes comment être bien sans se sentir forcé de la faire parce que tout le monde l'a fait. » (369F3)*

*« Les cours que l'on a sur la sexualité ne sont pas si utiles, un peu mais seulement théoriques, il y a le côté pratique. Je crois que l'on devrait plutôt rassurer les élèves et discuter des questions, les élèves plus gênés pourront écouter et être rassurés. » (74F4)*

### *La pornographie*

Une quinzaine de jeunes (3,4 %), en particulier des garçons, abordent le sujet de la pornographie. Leur discours évolue autour de la notion de grande accessibilité de la pornographie, soit dans les films, soit dans Internet. Ils évoquent aussi le fait que les jeunes confondent la vie sexuelle au quotidien avec la pornographie et se plaignent de la pression que celle-ci exerce sur les jeunes :

*Accessibilité : « Des jeunes même beaucoup de jeunes regardent de la pornographie. » (43G3) « Je trouve qu'il est trop facile pour les jeunes de trouver des sites ou des films sur la pornographie. » (324F3) « Mais je dois dire que les jeunes de mon âge sont amateurs de ce que l'on appelle sur le net : very brutal bloody anal rape sex. » (423G5)*

*Confusion : « Ils sont beaucoup trop influencés par la pornographie, ils croient que ça se passe comme dans la vraie vie. » (186F3) « On prend trop l'acte pour de la porno. » (133G5)*

*Pression : « Prématuré. Beaucoup de pression à cause de la pornographie. » (247G5) « De nos jours avec Internet et la TV on voit de plus en plus de sexe et cela influence beaucoup les jeunes en bas âge à débiter leur sexualité. » (131F5)*

Les jeunes sont également inquiets de certaines conséquences (pédophilie, fréquentations précoces) :

*« Les jeunes découvrent et s'intéressent plus rapidement à la sexualité qu'autrefois. La pornographie infantile les touche de plus en plus, de même que les dangers dans Internet. » (263F5)*

*« Plus de sécurité pour les jeunes filles je vois des filles de mon école sur un site de rencontre pour 18 ans et plus, le RéseauContact. » (93G4)*

### *Les infections transmissibles sexuellement (ITS)*

Moins d'une dizaine de jeunes (2,2 %) abordent les ITS dans leur discours. Quand c'est le cas, c'est pour mentionner le risque qu'ils courent de les contracter en étant actifs sexuellement, pour exprimer qu'ils veulent en entendre parler ou qu'ils sont « écœurés » d'en entendre parler, ou tout simplement pour recommander que les jeunes y fassent attention et se protègent.

Certains aussi se questionnent :

*« Pourquoi les ITS sont-elles en augmentation chez les jeunes? » (235F5)*

### *La grossesse*

Moins d'une dizaine de jeunes (2,2 %) abordent le thème de la grossesse. Comme pour les ITS, les jeunes mentionnent le risque de grossesse si une protection n'est pas utilisée. Ils se questionnent aussi sur les raisons expliquant les grossesses chez les adolescentes et sur les issues possibles lorsqu'une jeune femme devient enceinte. Une jeune de quatrième secondaire émet également ce commentaire sur les implications d'une grossesse à l'adolescence :

*« Je trouve que les jeunes sont très jeunes pour faire des choses comme ça et en plus je suis sûre que si une fille tombe enceinte le garçon la laisse et il s'en fout pas mal de la fille et il y a cet enfant qui naît sans savoir qui sont ses parents. » (393F4)*

### *Les drogues, l'alcool et la sexualité*

Quoique très peu présent dans le discours des jeunes, ce thème a suscité quelques commentaires, ce qui, dans une question sur la sexualité des jeunes, laisse à penser que le phénomène est beaucoup plus présent qu'il y paraît et que l'utilisation des drogues et de l'alcool a un effet délétère sur les comportements préventifs des jeunes :

*« C'est rendu que les jeunes le font trop vite sans nécessairement être prêts. Cela se fait souvent sur un coup de tête, sans amour, sur l'alcool ou la drogue, dans une soirée, etc. » (370F3)*

*« Beaucoup trop de mélanges drogue-sexe ça peut être dangereux. Les jeunes de nos jours ont quasiment besoin d'une drogue comme l'ecstasy pour se laisser aller et avoir des sensations. » (82F4)*

*« Les jeunes sont assez bien informés sur la contraception mais n'en utilisent pas pour autant à cause qu'ils sont soit soûls, gelés ou qu'ils n'ont pas de condoms. » (157G3)*

### *L'image corporelle*

Ce sujet est peu abordé par les jeunes dans cette question sur la sexualité des jeunes. Pourtant, l'image corporelle, particulièrement par l'entremise du vêtement, est un élément important de la sexualité, en particulier en relation avec la séduction, allant jusqu'à la provocation comme le mentionnent certains :

*« Il y a des filles qui s'expriment dans le linge qu'elles portent et je ne vois pas la raison de les empêcher de se vêtir comme elles veulent. Je sais que nous sommes dans un endroit public mais je ne vois pas pourquoi vous les empêcherez de porter des jupes ou des gilets bedaine. » (368G3)*

*« C'est vrai que plusieurs filles s'habillent juste pour qu'on les remarque car souvent c'est parce qu'elles se cherchent une identité. » (377F3)*



*« Je trouve que les filles veulent trop être sexy, elles veulent trop qu'on remarque qu'elles ont un gros cul ou qu'on leur voie la craque. » (84G4)*  
*« Pour certains la sexualité est une chose importante. Les filles font souvent pas exprès pour provoquer la sexualité juste dans leur manière de s'habiller. » (431F5)*

### *L'orientation sexuelle*

Le sujet de l'orientation sexuelle est très peu abordé dans cette question sur la sexualité des jeunes. Ceux qui s'expriment à ce sujet le font sur les préjugés et les difficultés liés à l'homosexualité et sur les pratiques bisexuelles émergentes chez les adolescents.

### *La violence*

Trois jeunes mentionnent le phénomène de la violence, dont une qui évoque une situation en relation avec le phénomène de l'abus sexuel :

*« Est-ce normal qu'une fille de 14 ans couche avec un monsieur de 42 ans? » (286FA)*

### 3.2.3 Discussion

Les jeunes des écoles secondaires du centre-ville de Québec ont répondu à trois questions sur la sexualité. Leurs réponses aux trois questions permettent de faire ressortir quelques grands constats, lesquels sont assez peu influencés par le sexe, l'année scolaire, l'ethnie ou la participation ou non au programme E.S.P.A.R. Lorsqu'une influence a été décelée, elle a été mentionnée dans la section précédente.

#### *a) Résumé des résultats*

Les questions et les préoccupations des jeunes relativement à la sexualité sont très variées. Ils évoquent fréquemment les ITS et les méthodes de contraception et de protection sous forme de questions multiples, accompagnées de commentaires quelque peu négatifs sur la façon de transmettre l'information, en particulier à l'école. Les préoccupations des jeunes à l'égard de la pédophilie et des autres agressions sexuelles sont nombreuses et touchent tant les abuseurs que les abusés ainsi que la prévention de ces phénomènes. Par ailleurs, plusieurs questions touchent l'activité sexuelle et ses débuts, la jouissance, l'orgasme, le plaisir, le désir, la séduction, l'homosexualité et l'homophobie. Parmi les autres thèmes un peu moins abordés, mentionnons la grossesse, qui préoccupe davantage les filles, les différentes pratiques sexuelles et les influences directes et indirectes des drogues et de l'alcool sur l'activité sexuelle. Les jeunes semblent aussi prendre conscience de l'influence que l'environnement a sur eux, en remettant en question la légitimité de la pornographie, par exemple.

Au sujet de la sexualité en général, les jeunes sont surtout préoccupés par l'omniprésence de la sexualité dans notre société, par son utilisation à des fins commerciales et par ses effets possibles sur leurs comportements sexuels. Ils se questionnent sur la précocité des activités sexuelles à l'adolescence, les contextes qui la favorisent et l'importance d'être prêt ou d'inscrire ses activités dans des relations interpersonnelles plus élaborées. La notion de plaisir est considérée comme essentielle par certains et superficielle par d'autres – à ne consommer qu'avec certaines protections. La prévention et la protection demeurent d'ailleurs des thèmes majeurs, que les jeunes incluent dans leur notion de normalité et que plusieurs encouragent. Par ailleurs, ils condamnent la banalisation de la sexualité et le fait que la sexualité génitale et le plaisir soient valorisés au détriment de l'amour. Ils demandent davantage d'information et de

formation, sur des modes un peu moins « dépassés » et redondants que ceux qui leur sont proposés à l'école. Ils évoquent aussi la non-acceptabilité des agressions à caractère sexuel, en particulier de la pédophilie, et reconnaissent la sexualité des jeunes comme une réalité de notre temps, sans oublier l'importance de l'amour et du respect et le rôle des parents. Plusieurs, enfin, se questionnent sur l'orientation sexuelle.

Pour ce qui est de la sexualité des jeunes, les répondants répètent leurs préoccupations à l'égard de la précocité sexuelle des adolescents, que certains jugent sévèrement. Leurs opinions concernant la banalisation de la sexualité, la pression des pairs et les pressions sociales qu'ils subissent, laissent entendre qu'ils ont développé un esprit critique. Ils se disent ouverts à la sexualité à l'adolescence, tout en reconnaissant des variations individuelles, et ils la considèrent comme acceptable et normale. La prévention et la protection sont des sujets importants : les jeunes mentionnent qu'ils utilisent des moyens préventifs, mais peut-être pas encore suffisamment, et exhortent les intervenants à continuer de les motiver en ce sens. Ils semblent peu d'accord avec une sexualité réduite aux seules notions de génitalité et de plaisir et préconisent l'idée d'avoir une sexualité plus globale, de laquelle ne seraient pas exclus l'amour et le respect. Par ailleurs, ils évoquent les hauts et les bas de l'enseignement et de l'information sur la sexualité, les dangers de la pornographie et des ITS, la prévalence des drogues et de l'alcool en relation avec les comportements sexuels, les questionnements sur les issues de grossesse, l'orientation sexuelle et l'image corporelle.

#### b) *Thèmes convergents*

On relève deux thèmes majeurs dans les réponses des jeunes aux trois questions, à savoir : 1) l'activité sexuelle à l'adolescence et ses débuts et 2) la prévention et la protection. On remarque également d'autres thèmes, parfois majeurs, parfois mineurs, qui reviennent dans les réponses des jeunes aux trois questions, à savoir : 1) la commercialisation du sexe ou la pornographie et 2) l'orientation sexuelle.

Il arrive aussi qu'un thème soit prépondérant dans les réponses à deux questions et non à la troisième. C'est le cas de la banalisation de la sexualité, des relations amoureuses et de l'éducation à la sexualité, qui ressortent des questions sur la sexualité en général et sur la sexualité des adolescents. C'est le cas également des ITS et du SIDA, de la grossesse et des drogues, de l'alcool et de la sexualité, qui ressortent des questions sur les préoccupations des jeunes et sur la sexualité des jeunes. C'est aussi le cas des agressions sexuelles et de la pédophilie, qui ressortent dans les préoccupations des jeunes et leurs opinions sur la sexualité en général.

Ces onze thèmes ressortent comme étant ceux qui accrochent le plus les adolescents des écoles secondaires du centre-ville de Québec, par ordre décroissant de fréquence de mention :

- 1- L'activité sexuelle à l'adolescence et ses débuts
- 2- La prévention et la protection
- 3- La banalisation de la sexualité
- 4- La commercialisation du sexe ou la pornographie
- 5- L'amour et les relations amoureuses
- 6- Les ITS et le SIDA
- 7- Les agressions sexuelles et la pédophilie
- 8- L'éducation à la sexualité
- 9- L'orientation sexuelle
- 10- La grossesse
- 11- Les drogues, l'alcool et la sexualité

### c) Les grands constats

#### **Les jeunes ne sont pas indifférents à la précocité sexuelle de leur génération...**

Les jeunes ont le sentiment qu'ils font l'amour de plus en plus tôt. Selon leurs dires, ils sont beaucoup plus précoces en la matière que leurs parents ou les générations antérieures. C'est aussi ce que pensent certains adultes et ce que certaines recherches exposent<sup>69, 70</sup>. Il faut savoir, pourtant, que l'âge moyen des jeunes canadiens à la première relation sexuelle n'a guère changé depuis trente ans et reste autour de 15-16 ans<sup>71, 72, 73</sup>. Par contre, on sait que les jeunes de la rue ou de centres jeunesse ont leur première relation sexuelle environ deux à trois ans plus tôt que les jeunes qui vont à l'école<sup>74, 75</sup>, et que les jeunes « actifs sexuellement » en 2002 étaient plus nombreux à dire qu'ils avaient « souvent » des relations sexuelles que ceux de 1989<sup>76</sup>. De plus, il est possible que les jeunes du troisième millénaire parlent plus ouvertement de leurs activités sexuelles que leurs prédécesseurs, se rendant ainsi plus facilement l'objet d'opinions diverses de la part de leurs pairs et des adultes.

Si la précocité des relations sexuelles préoccupe les jeunes, elle est aussi préoccupante d'un point de vue de santé publique. En effet, il est admis qu'elle peut avoir des conséquences sérieuses à cause d'une exposition plus longue (et plus fréquente) au risque de grossesse non planifiée ou d'infection transmissible sexuellement<sup>77</sup>. Une étude canadienne révèle que près de 60 % des canadiennes de 13 ans qui avaient eu des relations sexuelles déclaraient ne pas avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle<sup>78</sup>.

Les raisons des jeunes de commencer leurs activités sexuelles aussi précocement sont multiples : la recherche de plaisir, l'exploration, la découverte. Mais, ils le font aussi pour paraître « cool », pour faire comme tout le monde, sur un coup de tête, parfois sous l'effet de l'alcool ou de la drogue, pour prouver quelque chose, pour ne pas perdre leur copain ou, de façon plus imprécise, parce qu'ils sont soumis à des pressions sociales. L'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de Statistique Canada (ELNEJ) rapporte que les facteurs liés aux relations sexuelles précoces sont différents pour les garçons et pour les filles<sup>77, 79</sup>. Le risque est plus élevé parmi les filles qui, à l'âge de 12 ou de 13 ans, ont atteint la puberté ou qui ne présentent pas de surpoids. Les filles dont l'image de soi est faible sont aussi plus à risque de précocité sexuelle. Cela est également rapporté par d'autres auteurs<sup>80, 81</sup>, qui montrent que les très jeunes adolescentes ont souvent de la difficulté à s'affirmer et sont plus susceptibles d'être forcées à avoir des relations sexuelles comparativement aux plus âgées. Selon l'enquête ELNEJ et d'autres auteurs<sup>82</sup>, il y a une forte association entre l'usage du tabac et les relations sexuelles précoces pour les deux sexes, et, chez les filles, la consommation d'alcool à un très jeune âge augmente le risque de précocité sexuelle, ce qui avait déjà été remarqué<sup>83</sup>. Les comportements à risque, qu'ils soient de nature sexuelle ou autre, sont souvent associés<sup>82-85</sup>. De plus, les jeunes ayant consommé de l'alcool ou des drogues avant d'avoir une relation sexuelle sont moins nombreux à utiliser des mesures de contraception ou de protection comme le condom et courent davantage de risques de grossesse non planifiée ou de contracter une ITS ou le VIH<sup>85-88</sup>. Qui plus est, la consommation de drogues et d'alcool est associée à la victimisation des filles lors de situations de violence dans les relations amoureuses<sup>89</sup>.

L'influence des médias (émissions de télévision, photos ou clips, Internet, pornographie) sur la sexualité, tel que la mentionnent les jeunes de notre enquête, ressort dans la littérature scientifique comme un facteur important pouvant hâter l'initiation sexuelle des jeunes<sup>90-93</sup>, sans parler de ses effets négatifs sur l'attirance sexuelle, les rôles sexuels et de son rôle possible dans l'agression sexuelle<sup>94</sup>. Les jeunes qui écoutent des émissions ou de la musique à contenu

sexuel ont deux fois plus de risques d'être sexuellement actifs au même âge que ceux qui ne sont pas exposés à ce contenu<sup>90</sup>; ils ont aussi deux fois plus de risques d'avoir des partenaires sexuels multiples<sup>93</sup> et 1,5 fois plus de risques de contracter une ITS<sup>93</sup>. Le clavardage sur Internet est aussi associé à un risque accru de contracter une ITS<sup>95</sup>.

Les jeunes de notre échantillon reconnaissent qu'ils ne sont pas toujours prêts à avoir des activités sexuelles, qu'ils peuvent être impulsifs et pressés d'agir. Ils comprennent que cela les expose à des risques et que les premières relations peuvent être appréhendées et mal vécues. Leurs questionnements et recommandations en font foi : « Qu'est-ce que ça fait? », « Est-ce que ça fait mal? », « Quand est-ce qu'on est prêt? », « À quel âge peut-on, doit-on avoir des relations sexuelles? », « Parler des bons et des mauvais côtés de l'activité sexuelle à l'adolescence, de l'amour », « Pourquoi si tôt? », « Sommes-nous trop jeunes? » Ces questionnements et prises de position sont loin de l'attitude « pensée magique » souvent attribuée aux jeunes et viennent corroborer les résultats d'autres études voulant que les jeunes sont capables de réflexion critique et possèdent un savoir qui leur est propre<sup>96</sup>.

### **Être sexuellement actif à l'adolescence, la sexualité en général... Rien de plus normal...**

Malgré leurs vives réactions à l'égard de la précocité sexuelle, les jeunes évoquent avec spontanéité le fait qu'ils sont, pour la plupart, sexuellement actifs et que la sexualité est populaire à leur âge. Plusieurs remarquent que l'engagement dans les activités sexuelles est variable selon les individus et que « ne pas avoir fait l'amour » à leur âge n'est pas grave. Certains expliquent qu'ils vont à leur rythme et qu'« ils ne se débrouillent pas si mal que ça ». Les études sur la prévalence des activités sexuelles des jeunes canadiens selon l'âge viennent confirmer ces révélations<sup>76</sup>. Ces propos viennent aussi mettre en lumière la variabilité du comportement sexuel à l'adolescence et le fait que les jeunes sont en période de découverte et d'apprentissage sur le plan sexuel<sup>97</sup>.

Les jeunes se disent ouverts à l'égard de la sexualité, ils affirment ne pas avoir de tabou, faire de l'expérimentation et, pour plusieurs, se sentir prêts. Ils considèrent qu'il est normal que leur sexualité se développe et s'active, leurs hormones étant au rendez-vous et les pulsions sexuelles, normales à leur âge, suscitant l'agir sexuel. À part quelques-uns qui la jugent peu importante dans la vie ou mauvaise pour la santé, la sexualité prend des couleurs diverses : « elle ne s'arrête pas à une pénétration et à quelques préliminaires », « c'est un échange entre deux personnes », « un échange profond », « quand deux personnes s'aiment et partagent de bons moments », « une preuve d'amour », « un signe d'affection », « une façon de relâcher la tension et le stress de la vie », « un loisir », « un supplément de relation », « un besoin vital », « un moyen de se reproduire », « la plus belle chose ou le pire des souvenirs ». On croirait lire le livre de Jocelyne Robert sur la sexualité des jeunes<sup>98</sup>!

### **Du plaisir, du plaisir... mais comment ? Et à quel prix?**

« Comment atteindre l'orgasme? » « Le faire atteindre? » « Le nombre d'orgasmes possibles? »... En recherche d'hédonisme et de performance, les adolescents sont à la phase de l'exploration, et certains de leurs questionnements semblent orientés vers la génitalité et le plaisir, reflet possible de notre société<sup>98</sup>. Rappelons qu'aux dires des jeunes, des garçons de troisième secondaire en particulier, la sexualité, c'est « plaisant », « magnifique », « une drogue lorsque tu tombes dedans, tu ne peux plus t'en passer », « une activité de plaisir », « essenti[el] à la vie ». Mais, cette vision hédoniste de la sexualité n'est pas partagée par tous. Pour plusieurs, la sexualité est « une partie de plaisir entre personnes qui ne se connaissent pas », « juste du plaisir sans se rendre compte des conséquences », des changements fréquents de

partenaire sans approfondir la relation, des relations où les sentiments sont moins présents, où les partenaires sont trop préoccupés par leur satisfaction sexuelle, « ne pensent qu'au sexe », sont obsédés, « baisent tout ce qui bouge », veulent réaliser des exploits, « avec n'importe qui, n'importe quand », par vantardise, s'engageant dans des pratiques sexuelles qui les dépassent et sont parfois totalement débridées, allant jusqu'à l'exploitation des filles. Cette génitalité précoce et superficielle n'est pas sans être inquiétante au regard du risque d'ITS<sup>99-101</sup> et de grossesse à l'adolescence<sup>102</sup> ainsi que de celui lié aux expériences sexuelles émotionnellement mal vécues<sup>102</sup>.

### **La sexualité est omniprésente, elle est lucrative... la pornographie aussi...**

Les jeunes, en particulier les garçons de troisième et de cinquième secondaire, évoquent l'omniprésence de la sexualité dans leur vie : « La sexualité est presque devenue banale à force de l'utiliser pour attirer les gens à acheter des produits commerciaux. » « On retrouve du sexe partout... dans les magasins et les magazines », « tout repose sur le sexe : la télé, la publicité, le commerce des voitures ». Certains vont jusqu'à dire que la société « est trop basée sur le sexe », qu'elle est « rendue trop commerciale, trop accessible, disponible facilement aux jeunes ».

Les jeunes savent aussi que cette présence importante de la sexualité dans leur environnement vital a souvent un but précis : « vendre des produits », « vendre dans les bars », « vendre dans tous les domaines ». « Le sexe, ça vend. C'est très lucratif », de dire l'un d'eux. Sans compter qu'« on enlève les sentiments et on vend ça comme un produit », discours qui mène à la pornographie, qui leur est très accessible et dont les effets sur la vie quotidienne apparaissent à plusieurs comme délétères. En effet, les jeunes disent qu'il est possible de confondre la vie sexuelle au quotidien avec la pornographie et se plaignent de la pression exercée par des modèles purement génitaux. Certains voient même le lien possible entre l'accessibilité à la pornographie et la précocité sexuelle et ont le questionnement éthique suivant : « Nos générations sont-elles condamnées à la débauche ? » La littérature scientifique est loin d'être claire sur l'association entre la pornographie et les comportements sexuels<sup>103-105</sup>. Il semble que les adolescents qui consomment beaucoup de pornographie fantasment davantage et mettent davantage en pratique ce qu'ils voient que ceux qui en consomment peu et que les adolescentes<sup>106</sup>. Il semble aussi que les relations anales et la sexualité de groupe soient associées à une grande consommation de pornographie par les adolescents<sup>106</sup>. De nombreuses questions restent, cependant, sans réponse dans ce domaine<sup>107</sup>, en l'occurrence celles concernant le lien entre la pornographie et les agressions<sup>108</sup> ou les déviances sexuelles<sup>109</sup>. Les chercheurs, cependant, reconnaissent unanimement l'importance de l'éducation pour le rejet des messages sexistes et violents véhiculés par la pornographie; ils préconisent également de sensibiliser les jeunes et de développer leur esprit critique concernant les valeurs proposées par la pornographie et ses techniques de promotion; ils recommandent aussi que davantage de recherche soit faite sur ce sujet<sup>103-109</sup>.

### **Pendant ce temps, on est en mal d'amour...**

Alors que certains jeunes semblent perdre le contrôle sur l'apprivoisement de leur sexualité, l'évocation de l'amour, en particulier par les filles, vient rappeler que la sexualité a plusieurs facettes. C'est comme si les jeunes prenaient conscience que, pour eux, un aspect important faisait défaut : « Les jeunes de mon âge ne voient plus l'amour dans la sexualité », « les jeunes ont perdu l'amour dans la sexualité ». Ils veulent entendre parler d'amour et mieux comprendre le lien entre sexe et amour. Ils se questionnent sur la coexistence possible de l'amour, du plaisir et de la génitalité, qu'ils ont tendance à opposer.

En guise de solutions, certains proposent des conditions à l'expression de la sexualité, comme le fait de bâtir une relation d'intimité en premier, d'avoir des relations sexuelles avec quelqu'un en qui l'on a confiance ou d'aimer avant d'avoir des relations sexuelles. Certains prônent « un retour aux valeurs fondamentales de la sexualité (amour, respect) ». D'autres abordent la question de la signification, du sens de la sexualité : « C'est rendu un passe-temps pour certains. Je trouve ça plate qu'il n'y ait plus de signification à ces gestes », « Je crois qu'ils ne saisissent pas le sens véritable de la chose, bien entendu tout dépend de chacun, mais on entend encore trop de mots banals par rapport à ça. L'amour est un acte que l'on accomplit avec son partenaire pour se prouver, se montrer qu'on est faits pour ne faire qu'un. »

Ces opinions des jeunes sur l'amour et le plaisir viennent interpeller les adultes à propos des images, valeurs et contenus liés à la sexualité qui leur sont présentés. Au-delà de l'éducation à la sexualité faite par les parents et l'école, des nombreux manuels<sup>98</sup> et des sites Internet sur la sexualité humaine (en tapant « amour et sexualité » dans un moteur de recherche connu, on obtient pas moins de 1 610 000 sites parlant de ce sujet, à l'été 2006), la société semble en questionnement constant sur ce sujet. Ainsi, les questionnements des jeunes ne reflètent-ils pas tout simplement ceux de notre société?

### **Rassurons les adultes : nous aussi, les jeunes, nous nous préoccupons de prévention et de protection!**

En effet, comme dans d'autres enquêtes<sup>76, 97</sup>, on constate ici que de nombreux jeunes interrogés se préoccupent de prévention et de protection et les considèrent comme normales dans leur vie. Ils sont partagés quant aux comportements préventifs des jeunes de leur âge : certains se protègent, d'autres pas assez, « ils prennent parfois ça trop à la légère ». Leurs questions sont précises et touchent les aspects techniques des méthodes contraceptives et du condom ainsi que les problèmes, effets secondaires ou interactions médicamenteuses pouvant survenir avec ces méthodes. Ces questionnements sont tout à fait en rapport avec les facteurs expliquant les difficultés d'observance des méthodes contraceptives et de protection (mode d'utilisation, effets secondaires, effets sur la santé, accessibilité)<sup>110</sup>. Ils viennent aussi renforcer les recommandations aux professionnels de la santé, à savoir de créer un environnement de consultation favorable à l'émergence des questions<sup>111, 112</sup>, de bâtir le counseling sur les connaissances et les besoins des jeunes<sup>113</sup> et de travailler sur les mythes et les croyances relatifs aux méthodes de prévention<sup>114, 115</sup>.

Beaucoup de jeunes militent pour la prévention ou la protection; ils encouragent les intervenants à continuer leurs efforts et émettent quelques recommandations : « parler plus de séduction », « ne pas toujours parler de choses négatives », « parler du côté émotif », « commencer dès le début du primaire », « arrêter de parler de l'abeille et de la petite fleur », etc. Ils suggèrent que les contenus et les stratégies pédagogiques soient revus pour être adaptés aux personnes de leur âge, ce qui vient corroborer les conclusions d'études antérieures sur ce sujet<sup>94, 96</sup>.

### **Les infections transmissibles sexuellement (ITS), on veut en savoir plus...**

Quoique beaucoup de jeunes soient agacés d'en entendre encore parler à l'école<sup>96</sup>, un jeune sur sept se pose encore des questions sur les ITS et sur le SIDA. Ce qui les préoccupe particulièrement, ce sont les risques qu'ils ont de contracter ces maladies. Ils veulent également comprendre pourquoi elles sont en augmentation et désirent mieux connaître leurs manifestations, leurs conséquences et leur traitement.

Curieusement, cette préoccupation des jeunes dans leurs réponses à la première question de l'enquête se reflète très peu dans leurs opinions sur la sexualité en général ou sur la sexualité des jeunes. On pourrait s'interroger sur ce phénomène et se demander si leur inexpérience et le fait qu'ils n'aient pas encore contracté une de ces maladies font en sorte qu'ils sont inquiets sans reconnaître ces problèmes comme une réalité pour eux. Devant l'actuelle recrudescence des ITS chez les moins de 25 ans<sup>116</sup>, ce besoin d'en savoir plus est intéressant, mais mérite sûrement d'être assouvi par de l'information plus signifiante pour eux.

### **Les agressions sexuelles... Pourquoi?**

Les agressions sexuelles et la pédophilie (thèmes vraisemblablement soulevés par l'actualité au moment de la collecte des données : enquête policière Scorpion sur la prostitution juvénile, affaire Guy Cloutier sur l'agression sexuelle de mineurs devant les tribunaux) préoccupent un jeune sur neuf, particulièrement les filles. Et pour cause : une étude auprès d'un échantillon représentatif de mille adultes québécois montre que près de 20 % des Québécoises et 10 % des Québécois déclarent avoir vécu une agression sexuelle avant d'atteindre l'âge de la majorité<sup>117</sup>. Non seulement les jeunes condamnent ces actes et désirent leur trouver un sens ou des causes, mais ils veulent aussi en connaître les conséquences, le traitement, et être renseignés sur les moyens de se protéger. De l'information sur la drogue du viol est demandée.

Curieusement, les jeunes ne semblent pas préoccupés par les autres formes de violence sexuelle, qui incluent notamment la violence exercée par le partenaire intime, l'initiation sexuelle forcée, le harcèlement sexuel et les viols collectifs, car aucun n'a posé de question sur ces sujets. Pourtant, l'enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois menée en 1999 a révélé qu'environ une fille de 16 ans sur dix ayant eu un partenaire au cours des douze derniers mois précédant l'enquête avait vécu de la violence sexuelle, alors que quatre garçons sur cent avaient fait preuve de violence envers leur partenaire<sup>89</sup>.

Ce silence des jeunes peut être dû au fait que la violence sexuelle fait peu l'objet de débat public et est considérée comme faisant partie de la sphère privée. La violence sexuelle est aussi un domaine de recherche négligé, même si elle existe partout dans le monde et qu'elle a de profondes répercussions sur la santé physique et mentale non seulement des victimes, mais des agresseurs<sup>118</sup>. Soulignons simplement qu'elle peut entraîner des grossesses non désirées et des complications gynécologiques, en plus d'exposer les victimes et les agresseurs à l'infection au VIH et à d'autres ITS<sup>118</sup>. En raison des problèmes qui nous occupent, il est difficile de faire l'économie de sa prévention.

Un faible pourcentage des programmes de prévention des agressions sexuelles et de prévention de la violence dans les relations amoureuses a été soumis à des évaluations formelles. Les recherches évaluatives qui existent, menées au Québec, au Canada et aux États-Unis auprès d'étudiants du secondaire, du postsecondaire et de l'université, révèlent que des interventions brèves (une seule animation) sont généralement efficaces. En effet, à court terme et, pour certains, à moyen terme, ces programmes parviennent à améliorer les connaissances des participants, leurs attitudes, voire à détruire certains mythes auxquels ils croient sur l'agression sexuelle<sup>119, 120</sup>.

En ce sens, le programme PASSAJ – un programme québécois de prévention et de promotion de la santé sur la violence dans les relations amoureuses et le harcèlement sexuel auprès des jeunes de 16 à 17 ans<sup>121</sup> – constitue un outil intéressant pour répondre aux questions et besoins des jeunes relativement au contrôle abusif, à l'agression sexuelle, au harcèlement sexuel et à la

violence dans les relations amoureuses. L'évaluation de ce programme dans quatre régions du Québec a démontré que, grâce à son contenu et à son approche interactive, il stimulait l'acquisition à court terme par les jeunes de meilleures attitudes et connaissances ainsi qu'un meilleur sentiment de pouvoir agir. Sur le plan comportemental, un an après l'intervention, les garçons rapportaient avoir exercé significativement moins de comportements de harcèlement sexuel, et les filles étaient moins nombreuses à indiquer avoir subi ou commis de la violence sexuelle<sup>121</sup>.

### **Et l'homosexualité?**

Les jeunes se questionnent sur les causes de l'homosexualité, les préjugés à son égard, la reconnaissance par la personne de son orientation sexuelle et les pratiques sexuelles des homosexuels. Sensibles aux préjugés qu'ils constatent dans la société et parmi leurs pairs, quelques jeunes demandent que l'homosexualité soit acceptée. Ce discours est intéressant, car il vient, d'une part, mettre des mots sur des questions légitimes des adolescents dans le cours de leur développement psychosexuel. Mais d'autre part, il indique leur ouverture aux orientations sexuelles, ouverture longuement souhaitée par la communauté scientifique afin de réduire les méfaits de l'homophobie<sup>122</sup>.

### **Et l'éducation à la sexualité, après tout cela?**

Comme dans de nombreuses enquêtes<sup>96, 123-126</sup>, les jeunes de notre échantillon posent beaucoup de questions sur la sexualité; ils veulent en savoir davantage et sont favorables à l'éducation à la sexualité. Cependant, ils veulent un contenu adapté à leur âge (« Arrêtez de mettre des bananes, trouvez un moyen de désinfantiliser votre façon de nous approcher ») et désirent des contenus substantiels (« Arrêter de parler de l'abeille avec la petite fleur PS : aller plus en détail »). La récurrence de certains thèmes dans leur discours nous indique que le ou les programmes d'éducation à la sexualité qui pourraient leur être proposés doivent être suffisamment élaborés et adopter une perspective globale. Ces programmes doivent leur donner l'occasion de réfléchir et d'échanger de manière structurée, à l'intérieur de cours ou de périodes spécialement réservés à cette question, et non pas dans des situations informelles, sur les facettes qui les préoccupent davantage, comme comment on se sent la première fois, comment savoir si on est bel et bien prêt à avoir une relation sexuelle, la précocité des relations sexuelles dans leur génération, la distinction entre sexe et amour, les conditions qu'ils considèrent comme important de réunir avant de s'engager dans une relation sexuelle avec quelqu'un, etc. Comme un certain nombre de jeunes le souhaitent pour eux-mêmes et pour les autres, de l'information simple, claire et concrète doit leur être donnée sur les façons de se protéger des grossesses non désirées, des ITS et du SIDA, et des situations d'agression ou de violence sexuelles.

Les jeunes de notre échantillon veulent également entendre parler d'autre chose que des sujets habituels comme les ITS et la contraception (« Je trouve qu'on parle trop des MTS dans les cours de sexualité, on parle que de ça ou presque ») et recommandent qu'on leur parle positivement de la sexualité (« La plupart des jeunes imaginent le sexe pire que ce qu'il est vraiment. On devrait nous parler en mieux du sexe à l'école »). Cela implique qu'on ne doit pas aborder seulement les thèmes « danger », mais aussi les aspects liés au développement psychosexuel à l'adolescence ainsi que les aspects positifs et plaisants de la sexualité. Des thèmes comme le désir, le plaisir, l'orientation sexuelle, l'amour, les relations interpersonnelles font partie de ce dont ils veulent parler et entendre parler. De plus, certains commentaires des jeunes témoignent de leur capacité à exercer un jugement critique et à prendre du recul par rapport à certaines questions. Il serait peut-être judicieux de donner à tous les jeunes l'occasion



de réfléchir à certains thèmes en matière de recherche de sens, de clarification de leurs propres valeurs et d'éthique personnelle, comme la banalisation de la sexualité, sa commercialisation et la pornographie.

De plus, il ressort de leurs propos que plusieurs d'entre eux ne considèrent pas la sexualité comme uniquement génitale. Elle comporte aussi une dimension psychoaffective, sociale et morale qu'il leur faut de toute façon prendre en compte dans leurs relations interpersonnelles, dans leurs relations amoureuses et dans leur vécu sexuel. Des thèmes comme les relations amoureuses, les premières relations sexuelles, l'engagement dans des relations sexuelles, l'image corporelle, les attitudes devant la diversité des vécus sexuels, la responsabilité des filles et des garçons dans la prévention et la protection, la consommation de drogues et d'alcool au moment des rapports sexuels sont des sujets à ne pas oublier. Mentionnons également que les jeunes désirent qu'on les aide à trouver des moyens de résister à la pression des pairs (« C'est très évolué. Mais aussi expliquer plus aux jeunes comment être bien sans se sentir forcé de la faire parce que tout le monde l'a fait »). À cet égard, du travail coopératif axé sur la résolution de problèmes peut amener les jeunes à trouver leurs propres solutions et à élaborer des stratégies d'entraide, comme cela existe déjà dans le programme E.S.P.A.R.<sup>5</sup> que beaucoup d'entre eux ont suivi dans le centre-ville de Québec.

En somme, si on reconnaît que l'adolescence est une période importante de développement, de découverte et d'apprentissage, dans le domaine de la sexualité en particulier, force est d'admettre que c'est aussi une période importante sur le plan de l'éducation pour le développement d'une sexualité harmonieuse, saine, positive, respectueuse et responsable. Par son association à l'éducation, la prévention ne peut se contenter de ne cibler que les comportements isolés des adolescents. En s'unissant à la mission que l'école a l'intention de se donner, la prévention doit aussi viser le développement du jeune dans toutes les dimensions de sa personne, puisque ce n'est pas qu'une partie du jeune qui a une conduite dite à risque, c'est le jeune entier, global, avec son passé, son présent et ce qu'il projette dans le futur, qui s'engage dans ce genre de pratique. La prévention est ainsi appelée à considérer les jeunes dans leur globalité, dans leur processus d'apprentissage et de développement, comme des sujets en devenir, des acteurs producteurs de sens<sup>127</sup>.

### 3.2.4 Limites

Parmi les limites de cette évaluation des besoins des jeunes, citons le fait que certains d'entre eux ont décidé de ne pas répondre aux questions. Peut-être n'avaient-ils rien à dire, étaient-ils gênés d'émettre leur opinion ou de poser leurs questions, ou encore avaient-ils simplement l'impression de tout savoir. Quoi qu'il en soit, les taux de réponse de 71,7 %, 77 % et 84 % à chacune des trois questions respectivement indiquent une belle participation des jeunes et correspondent aux taux de réponse attendus pour ce type de questionnaire<sup>128</sup>.

Pour ce qui est de la fiabilité de l'analyse de contenu<sup>129</sup>, soit le codage du discours des jeunes, il est possible que les auteurs n'aient pas accordé le même sens ou le même poids aux données à catégoriser et que l'importance de certains thèmes ait été amplifiée ou amenuisée. Considérant le sujet de cette enquête et le fait que les possibilités de solutions ont une perspective globale, l'important nous apparaît d'avoir fait ressortir les unités de sens principales sans nous inquiéter de leur poids respectif, même s'il s'avère intéressant de mieux connaître les préoccupations majeures et mineures des jeunes.

Pour ce qui est de la validité de l'analyse de contenu<sup>129</sup>, soit la pertinence des catégories et des unités choisies par rapport aux objectifs de notre travail, le processus d'analyse suivi par les

auteurs et la cohérence des thèmes avec les réponses des jeunes nous semblent indiquer qu'elle est adéquate. Nous avons tenté, dans la mesure du possible, de respecter l'exigence d'exhaustivité, tout en classant l'information afin de la rendre plus accessible.

## 4 CONCLUSION

L'analyse des programmes d'éducation et de prévention en matière de sexualité pour les jeunes de 15 à 18 ans montre qu'un certain nombre d'entre eux sont très efficaces, de par la concordance entre le nombre de caractéristiques théoriques favorisant l'efficacité qu'ils possèdent et leur score élevé quant aux critères d'efficacité établis d'après les évaluations de programmes. Ces programmes sont américains pour la plupart. Notons par ailleurs que le School/community program for sexual risk reduction among teen<sup>40,41,42</sup>, considéré parmi les programmes efficaces, est le modèle sous-jacent à la stratégie de prévention de la grossesse à l'adolescence dans le centre-ville de Québec<sup>4</sup>. Cependant, dans cette application, il lui manque un volet d'éducation à la sexualité pour les jeunes des années autres que première et deuxième secondaire (lequel leur est fourni par le programme E.S.P.A.R.<sup>5</sup>). C'est donc dire que la reproduction du School/community program for sexual risk reduction among teen dans le centre-ville de Québec est incomplète et mériterait d'être enrichie pour atteindre toute l'efficacité voulue.

Un seul programme québécois se qualifie au nombre des programmes jugés efficaces, le Programme Express Protection (PEP)<sup>17,37,38</sup>. Quoique essentiellement orienté vers la prévention des ITS et du SIDA, il a l'avantage de répondre à l'une des principales préoccupations des jeunes de notre échantillon. En ce sens, il pourrait s'avérer une stratégie efficace d'éducation à la sexualité pour les jeunes du centre-ville de Québec. S'implantant auprès de jeunes de quatrième ou de cinquième secondaire, il viendrait aussi combler le vide actuellement noté en matière d'éducation à la sexualité. De plus, le PEP invite les jeunes de la fin du secondaire à préparer et à animer un atelier pour les plus jeunes élèves du secondaire, ce qui est un peu dans l'esprit du programme E.S.P.A.R. déjà implanté chez les plus jeunes du centre-ville de Québec, qui favorise la participation et l'entraide.

Par ailleurs, l'évaluation des besoins des jeunes des écoles secondaires du centre-ville de Québec au regard de la sexualité est riche d'information. Les jeunes ont des opinions nombreuses et se montrent capables d'esprit critique (peut-être grâce au programme E.S.P.A.R. qu'ils ont suivi durant leurs premières années de secondaire?). La récurrence de certains thèmes dans leur discours nous indique que le ou les programmes d'éducation à la sexualité qui pourraient leur être proposés doivent être suffisamment élaborés et adopter une perspective globale. Cette évaluation des besoins montre la nécessité d'ajuster les stratégies pédagogiques qui pourraient être employées pour leur présenter les thèmes désirés et d'adapter ce contenu à leur âge. Concevoir un programme d'éducation à la sexualité à partir des perceptions et des préoccupations des jeunes ou enrichir un programme existant, comme le Programme Express Protection (PEP)<sup>36,37,38</sup>, à partir des résultats de cette évaluation de besoins pourrait s'avérer une possibilité. Quoi qu'il advienne, les résultats présentés dans ce document peuvent permettre d'élaborer un contenu et de concevoir des interventions sensibles à la réalité des jeunes, donc susceptibles de produire l'effet positif recherché.

Plutôt que d'axer les efforts d'éducation et de prévention en matière de sexualité sur des interventions et des messages qui mettent l'accent sur des comportements à proscrire, nous pensons que ces programmes doivent se mettre « [...] au service du développement et de l'épanouissement » des jeunes « qui poursuivent un projet de vie individuel et qui sont en mesure de participer à la régulation sociale (transformations institutionnelles, développement social) de façon critique, solidaire et créative<sup>127</sup> ». L'idée est de permettre à la prévention de se bonifier et de s'harmoniser avec l'éducation que les enfants et les adolescents reçoivent déjà, de telle sorte qu'ils deviennent des adultes qui prendront en main leur vie, leur santé et leurs futurs apprentissages<sup>130</sup>.

Les interventions préventives suggérées ici ne visent que les comportements à changer. Il reste aussi tout un débat à faire autour des conditions dans lesquelles ces comportements prennent leur source et s'inscrivent<sup>131-133</sup>, notamment les milieux dans lesquels les jeunes évoluent, la culture dans laquelle ils baignent, les valeurs qui sont véhiculées autour d'eux, le climat social, etc. Mais, cela est une toute autre histoire...

## BIBLIOGRAPHIE

1. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 133 pages.
2. M. Rochon, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Communication personnelle à partir de données de la Régie de l'assurance maladie, fichiers des services médicaux rémunérés à l'acte et données provenant de CLSC et d'établissements où des IVG non rémunérées à l'acte sont pratiquées, novembre 2005.
3. M. Rochon, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Communication personnelle, mai 2006.
4. GUILBERT, E., FORTIER, M., MERCIER, P. (2004). *Grossesse à l'adolescence 1998-2000 et interruption volontaire de grossesse 1998-2002 dans la région de la Capitale-Nationale*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 107 pages.
5. GUILBERT, E., PELLETIER, J., LEBOSSÉ, C., DUFORT, F., RINGUETTE, N., BOUCHER, K., DUQUET, F. (2006). *Programme d'éducation à la sexualité fondé sur le pouvoir d'agir et de réfléchir (E.S.P.A.R.). Introduction/Guide pédagogique 1<sup>re</sup> secondaire. Guide pédagogique 2<sup>e</sup> secondaire. 1<sup>re</sup> secondaire (Outils/Cahier de l'élève/Cartons/Acétates). 2<sup>e</sup> secondaire (Outils/Cahier de l'élève/Cartons/Acétates)*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 1009 pages.
6. *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*, Québec, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 143 pages.
7. PADIAN, N. S., SHIBOSKI, S. C., HITCHCOCK, P. J. (1991). « Risk Factors for Acquisition of Sexually Transmitted Diseases and Development of Complication », dans WASSERHEIT, J. N., ARAL, S. O., HOLMES, K. K., HITCHCOCK, P. J. (Eds.). *Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era*, Washington (D.C.), American Society for Microbiology, 391 pages.
8. RIOS-ELLIS, B., FIGUEROA, M. (1998). « HIV/AIDS », dans HENDERSON, A., CHAMPLIN, S., EVASHWICK, W. (Eds.). *Promoting teen health. Linking schools, Health Organisations and Community*, Newbury Park (CA), Sage Publications inc., 272 pages.
9. KIRBY, D. (1999). « Reflections on two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy », *Journal of School Health*, vol. 69, no. 3. p. 89-94.
10. HEDGEPEETH, E., HELMICH, J. (1996). *Teaching about sexuality and HIV*, New York-London, New York University Press, 293 pages.
11. CARD, J. J. (1999). « Teen pregnancy prevention : do any programs work? », *Annual Reviews of Public Health*, vol. 20, p. 257-285.
12. KIRBY, D. (2002). « Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing », *The Journal of Sex Research*, vol. 39 (1), p. 51-57.
13. SANTÉ CANADA (2003). *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, Ottawa, Direction des services de santé, 58 pages.
14. KIRBY, D. (2001). *Emerging Answers : Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*, Washington (DC), National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 200 pages.
15. OTIS, J., MÉDICO, D., LÉVY, J. J. (2001). « La prévention des maladies transmissibles sexuellement et de l'infection du VIH chez les adolescents », dans VITARO, F., GAGNON, C. (dir.). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et adolescents. Tome 2 : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 616 pages.
16. HAIEK, L. N., GUAY, M., PILOTE, F., THABET, C., BROCHU, S. (2000). *Intervention « Cascade aux pairs »*. *Évaluation d'une intervention pour promouvoir l'utilisation du*

*préservatif chez les adolescentes de la Montérégie*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 209 pages.

17. CARON, F., OTIS, J., LAFONTAINE, M., GODIN, G. (1999). *PEP – Programme Express Protection – Programme et guide pédagogique*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 45 pages.
18. PAQUET, F., PELLETIER, M. (1998). *Guide d'animation et d'intervention sur la sexualité des jeunes de 12 à 16 ans : le sex-oh-fun*, Longueuil, CLSC Longueuil-Ouest, 538 pages.
19. DRYFOOS, J. G. (1997). *Making it Through Adolescence in a Risky Society – What parents, school and communities can do*, New York, Oxford University Press, 292 pages.
20. JANZ, K., ZIMMERMAN, M. A., WREN, P. A., ISRAEL, B. A., FREUDENBERG, N., CARTER, R. J. (1996). « Evaluation of 37 AIDS Prevention Projects : Successful Approaches and Barriers to Program Effectiveness », *Health Education Quarterly*, vol. 23 (1), p. 80-97.
21. OGLETREE, R. J., RIENZO, B. A., DROLET, J. C., FETRO, J. V. (1995). « An assessment of 23 selected school-based sexuality education curricula », *Journal of School Health*, vol. 65 (5), p. 186-191.
22. GOTTSEGEN, E., PHILLIBER, W. W. (2001). « Impact of a sexual responsibility program on young males », *Adolescence*, vol. 36 (143), p. 427-433.
23. COLEMAN, L. M., FORD, N. J. (1996). « An extensive literature review of the evaluation of HIV prevention programs », *Health Education Research*, vol. 11 (3), p. 327-338.
24. COLLINS, J., ROBIN, L., WOOLEY, S., FENLY, D., HUNT, P., TAYLOR, J., HABER, D., KOLBE, L. (2002). « Programs-That-Work : CDC's Guide to Effective Program That Reduce Health-risk Behavior of Youth », *Journal of School Health*, vol. 72 (3), p. 93-99.
25. KAUFMANN, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif*, sous la direction de François de Singly, Paris, Éditions Nathan, 127 pages.
26. Excel : Version Microsoft Office 2003.
27. SAS : Version 8.0.
28. QUÉBEC. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (1986). *Formation personnelle et sociale. Guide d'activités. Éducation à la sexualité, secondaire*, Québec, Le Ministère, Direction de la formation générale des jeunes, 337 pages.
29. ARCAND, L., VENNE, S. (1998). *Évaluation du degré de mise en œuvre du volet sexualité du programme de FPS dans les écoles secondaires lavalloises*, Laval, Direction de santé publique de Laval, 113 pages.
30. KIRBY, D., BARTH, R. P., LELAND, N., FETRO, J. V. (1991). « Reducing the risk : Impact of a new curriculum on sexual risk-taking », *Family Planning Perspectives*, vol. 23 (6), p. 253-263.
31. HUBBARD, B. M., GIESE, M. L., RAINEY, J. (1998). « A replication study of Reducing the Risk, a theory-based sexuality curriculum for adolescents », *Journal of School Health*, vol. 68 (6), p. 243-247.
32. ROBERTSON, A., PETRACEK, R., TAYLOR, E. J., LARRY, P. M., WRIGHT, N. P., WILSON, G. M. (1993). *Compétences pour des relations saines. Un programme d'éducation sexuelle et de prévention du sida et des autres MTS. Manuel de l'enseignant*, Ottawa, Santé Canada, 68 pages.
33. BOYCE, W. F., WARREN, W. K., KING, A. J. C. (2000). « The effectiveness of a school-based HIV education program : A longitudinal comparative evaluation », *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 15 (2), p. 93-116.
34. FORGET, G., BILODEAU, A., TÉTREAULT, J., BEAUREGARD, D., GAGNÉ, M. (1994). *S'EXPRIMER pour une sexualité responsable. Un projet de prévention des grossesses à l'adolescence, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> secondaire*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 225 pages.

35. BILODEAU, A., FORGET, G., TÉTREAULT, J. (1993). *La prévention des grossesses à l'adolescence : évaluation des résultats du projet S'exprimer pour une sexualité responsable*, Montréal, Département de santé communautaire, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 119 pages.
36. AJZEN, I & FISHBEIN, M. (1972). Attitudes and normative beliefs as factors influencing behavioral intentions. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 21 No. 1, p.1-9.
37. CARON, F., GODIN, G., OTIS, J., LAMBERT, L. D. (2002). « Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school », *Health Education Research*, vol. 19 (2), p. 185-197.
38. CARON, F., GODIN, G., OTIS, J., LAMBERT, L. D. (2002). *Évaluation du programme d'éducation et de prévention offert aux jeunes de niveau secondaire en milieu scolaire. Rapport de recherche RS-3251*, Québec, Conseil québécois de la recherche sociale, 84 pages.
39. ZABIN, L. S., HIRSCH, M. B., SMITH, R. S., HARDLY, J. B. (1986). « Evaluation of a pregnancy prevention program for urban teenagers », *Family Planning Perspectives*, vol. 18 (3), p. 119-126.
40. VINCENT, M. L., CLEARIE, A. F., SCHLUCHTER, M. D. (1987). « Reducing adolescent pregnancy through school and community-based education », *JAMA*, vol. 257 (24), p. 3382-3386.
41. KOO, H. P., DUNTEMAN, G. H. (1994). « Reducing adolescent pregnancy through a school- and community-based intervention : Denmark, South Carolina, revisited », *Family Planning Perspectives*, vol. 26 (5), p. 206-213.
42. PAINE-ANDREWS, A., HARRIS, K. J., FISHER, J. L., LEWIS, R. K., WILLIAMS, E. L., FAWCETT, S. B., VINCENT, M. L. (1999). « Effects of a replication of a multicomponent model for preventing adolescent pregnancy in three Kansas communities », *Family Planning Perspectives*, vol. 31 (4), p. 182-189.
43. ALLEN, J. P., PHILLIBER, S., HOGGSON, N. (1990). « School-based prevention of teenage pregnancy and school dropout : process evaluation of the national replication of the Teen Outreach Program », *American Journal of Community Psychology*, vol. 18 (4), p. 505-524.
44. ALLEN, J. P., PHILLIBER, S., HERRLING, S., KUPERMIC, G. P. (1997). « Preventing Teen Pregnancy and Academic Failure : Experimental Evaluation of a Developmentally Based Approach », *Child Development*, vol. 64 (4), p. 729-742.
45. ALLEN, J. P., PHILLIBER, S. (2001). « Who benefits most from a broadly targeted prevention program? Differential efficacy across populations in the Teen Outreach Program », *Journal of Community Psychology*, vol. 29 (6), p. 637-655.
46. SELLERS, D. E., MCGRAW, S.-A., MCKINLAY, J. B. (1994). « Does the promotion and distribution of condom increase teen sexual activity? Evidence from HIV prevention program for latino youth », *American Journal of Public Health*, vol. 84 (12), p. 1952-1958.
47. LADOUCEUR, R., BÉGIN, G. (1980). *Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales*, Edisem, St. Hyacinthe, Maloie, Paris, 135 pages.
48. LAMBERT, M. (2002). *Évaluation d'implantation du guide SEX-OH-FUN dans les services de réadaptation en internat des centres jeunesse de la Montérégie*, Longueuil, Les centres jeunesse de la Montérégie, 67 pages.
49. OTIS, J., BAILLARGEON, L., VERMETTE, G., FOURNIER, K., SÉGUIN, S., VEILLEUX, D., ROUSSEAU, J., BURELLE, R., AUDET, M.-C., GODIN, G., FORTIN, C. (1999). *Mon bien-être sexuel et celui de l'autre. Validation d'un design pédagogique destiné à mettre en œuvre l'approche expérientielle appliquée au bien-être sexuel et à la prévention des MTS et du SIDA auprès de jeunes en difficulté d'adaptation et d'apprentissage*, Sainte-

- Marie, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches, 122 pages.
50. HAIEK, L. N., GUAY, M., PILOTE, F., THABET, C., BROCHU, S. (2000). *Intervention « Cascade aux pairs ». Évaluation d'une intervention pour promouvoir l'utilisation du préservatif chez les adolescentes de la Montérégie*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 209 pages.
  51. COYLE, K., BASEN-ENGQUIST, K., KIRBY, D., PARCEL, G., BANSPACH, S., COLLINS, J., BAUMLER, E., CARJAVAL, S., HARRIST, R. (2001). « Safer Choices : reducing teen pregnancy, HIV, and STDs », *Public Health Reports*, vol. 116 (Supplement 1), p. 82-93.
  52. GOTTSEGEN, E., PHILLIBER, W. W. (2001). « Impact of a sexual responsibility program on young males », *Adolescence*, vol. 36 (143), p. 427-433.
  53. *Wise Guys*. Site Internet : <http://www.wiseguysnc.org>.
  54. HAIEK, L. N., THABET, C., MOORE, D., BROCHU, S. (2002). *Juste entre nous. Programme de promotion de l'utilisation du préservatif chez les jeunes*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 18 pages.
  55. EAST, P., KIERNAN, E., CHÁVEZ, G. (2003). « An evaluation of California Sibling Pregnancy Prevention Program », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35 (2), p. 62-70.
  56. SILVA, M., ROSS, I. (2003). « Evaluation of a school-based sex education program for low income male high school students in Chile », *Evaluation Program Planning*, vol. 26, p. 1-9.
  57. ROTHERAM-BORUS, M. J., KOOPMAN, C., HAIGNERE, C., DAVIES, M. (1991). « Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents », *JAMA*, vol. 266 (9), p. 1237-1241.
  58. JEMMOTT III, J. B., JEMMOTT, L. S., FONG, G. T. (1992). « Reduction in HIV Risk-associated sexual behaviors among black male adolescent : effects of a AIDS prevention intervention », *American Journal of Public Health*, vol. 32 (3), p. 372-377.
  59. WALTER, H. J., VAUGHAN, R. D. (1993). « AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students », *JAMA*, vol. 270 (6), p. 725-730.
  60. MAIN, D. S., IVERSON, D. C., MCGLOIN, J., BANSPACH, S. W., COLLINS, J., RUGG, D. L., KOLBE, L. J. (1994). « Preventing HIV infection among adolescents : evaluation of a school-based education program », *Preventive Medicine*, vol. 23, p. 409-417.
  61. ST. LAWRENCE, J. S., BRASFIELD, T. L., JEFFERSON, K. W., ALLEYNE, E., O'BANNON III, R. E., AARON, S. (1995). « Cognitive-behavioral intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63 (2), p. 221-237.
  62. HAIEK, L. N., BROCHU, S. (1996). *Sans condom c'est non. Intervention auprès d'adolescentes fréquentant une clinique jeunesse*, Longueuil, Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 86 pages.
  63. GODIN, G., MICHAUD, F., ALARY, M., OTIS, J., FORTIN, C., MÂSSE, B. (1998). *Programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du SIDA pour les jeunes en CRJDA. Édition révisée*, Sainte-Foy, Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé, Université Laval, 149 pages.
  64. GODIN, G., ALARY, M., OTIS, J., FORTIN, C., MÂSSE, B. (1998). *Évaluation d'un programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du SIDA pour les jeunes en centre de réadaptation (CRJDA)*, Sainte-Foy, Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé, Université Laval, 66 pages.
  65. DUROCHER, L., FORTIER, M. (1999). *Programme d'éducation sexuelle*, Montréal, Les centres jeunesse de Montréal et l'Institut universitaire dans le domaine de la violence chez



- les jeunes, en collaboration avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, Direction de santé publique.
66. BECKER, M. G., BARTH, R. P. (2000). « Power Through Choices : The Development of a Sexuality Education Curriculum for Youths in Out-of-Home Care », *Child Welfare*, vol. 79 (3), p. 269-282.
  67. PHILLIBER, S., KAYE, W., HERRLING, S., WEST, E. (2002). « Preventing pregnancy and improving health care access among teenagers : an evaluation of the Children's Aid Society – Carrera Program », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34 (5), p. 244-251.
  68. JEMMOTT III, J. B., JEMMOTT, L. S., BRAVERMAN, P. K., FONG, G. T. (2005). « HIV/STD Reduction Interventions for African American and Latino Adolescent Girls at an Adolescent Medicine Clinic », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 159 (5), p. 440-449.
  69. MATIKA-TYNDALE, E., BARRETT, M., MCKAY, A. (2000). « Adolescent sexual and reproductive health in Canada : A review of national data sources and their limitations », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 9 (1), p. 41-65.
  70. ADRIEN, A., LEAUNE, V., AUGER, D. (2000). « Comportements sexuels et utilisation du condom », chapitre 9 de *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 201-218.
  71. KANTNER et ZELNIK, dans WILKINS, J., et coll. (1985). *Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique*, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 414 p.
  72. KING, A. J. C., BEAZLEY, R. P., WARREN, W. K., HANKINS, C. A., ROBERTSON, A. S., RADFORD, J. L. (1988). *Études sur les jeunes canadiens face au sida*, Kingston, Université Queen's, Groupe d'évaluation des programmes sociaux, 158 pages.
  73. TARD, C., BOITEAU, C. (1991). *Les habitudes de vie et la réalité des jeunes des écoles secondaires de la Commission scolaire des Découvreurs*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 312 pages.
  74. RADFORD, J. L., KING, A. J. C., WARREN, W. K. (1989). *Les jeunes des rues face au sida*, Kingston, Université Queen's, Groupe d'évaluation des programmes sociaux, 168 pages.
  75. CLOUTIER, R., CHAMPOUX, L., JACQUES, C., CHAMBERLAND, S. (1994). *Enquête – Ados, familles et milieu de vie : nos ados et les autres – Étude comparative des adolescents des centres jeunesse du Québec et des élèves du secondaire*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval, 154 pages.
  76. BOYCE, W., DOHERTY, M., FORTIN, C., MACKINNON, D. (2004). *Les jeunes au Canada : leur santé et leur bien-être*, Ottawa, Santé Canada, 162 pages.
  77. GARRIGUET, D. (2005). « Relations sexuelles précoces », *Rapport sur la santé*, vol. 16 (3), p. 11-21.
  78. ROTERMANN, M. (2005). « Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes », *Rapport sur la santé*, vol. 16 (3), p. 47-53.
  79. Site <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/050503/q050503a.htm> consulté le 6 juillet 2006.
  80. RICKERT, V. I., SANGHVI, R., WIEMANN, C. M. (2002). « Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34 (4), p. 178-183.
  81. DICKSON, N., PAUL, C., HERBISON, P., SILVA, P. (1998). « First sexual intercourse : age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort », *BMJ*, vol. 316, p. 29-33.
  82. ROBINSON, K. L., TELLJOHANN, S. K., PRICE, J. H. (1999). « Predictors of sixth graders engaging in sexual intercourse », *Journal of School Health*, vol. 69 (9), p. 369-375.

83. STUEVE, A., O'DONNELL, L. N. (2005). « Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviours among urban youths », *American Journal of Public Health*, vol. 95 (5), p. 887-893.
84. SANTELLI, J. S., ROBIN, L., BRENER, N. D., LOWRY, R. (2001). « Timing of alcohol and other sexual risk behaviors among unmarried adolescents and young adults », *Family Planning Perspectives*, vol. 33 (5), p. 200-205.
85. HALPERN-FELSHER, B. L., MILLSTEIN, S. G., ELLEN, J. M. (1996). « Relationship of alcohol use and risky sexual behaviour : a review and analysis of findings », *Journal of Adolescent Health*, vol. 19, p. 331-336.
86. GRAVES, K. L. (1995). « Risky sexual behaviour and alcohol use among young adults : results from a national survey », *American Journal of Health Promotion*, vol. 10 (1), p. 27-36.
87. GODIN, G., MICHAUD, F. (1998). « La prévention des MTS et du sida chez les jeunes », dans FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Rapport final du Forum national sur la santé. Volume 1 : Les enfants et les adolescents*, Sainte-Foy, Éditions MultiMonde et Éditions du gouvernement du Canada, p. 377-418 (Études du Forum national sur la santé).
88. POULIN, C., GRAHAM, L. (2001). « The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students », *Addiction*, vol. 96 (4), p. 607-621.
89. LAVOIE, F., VÉZINA, L. (2002). « Violence dans les relations amoureuses à l'adolescence », chapitre 21 de *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec.
90. BROWN, J. D., L'ENGLE, K. L., PARDUN, C. J., GUO, G., KENNEAVY, K., JACKSON, C. (2006). « Sexy media matter : exposure to sexual content in music, movies, television, and magazines predicts black and white adolescents' sexual behaviour », *Pediatrics*, vol. 117 (4), p. 1018-1027.
91. ASHBY, S. L., ARCARI, C. M., EMONSON, M. B. (2006), « Television viewing and risk of sexual initiation by young adolescents », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 160 (4), p. 375-380.
92. COLLINS, R. L., ELLIOTT, M. N., BERRY, S. H., KANOUSE, D. E., KUNKEL, D., HUNTER, S. B., MIU, A. (2004). « Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behaviour », *Pediatrics*, vol. 114 (3), p. 280-289.
93. WINGWOOD, G. M., DICLEMENTE, R. J., BERNHARDT, J. M., HARRINGTON, K., DAVIES, S. L., ROBILLARD, A., HOOK 3<sup>rd</sup>, E. W. (2003). « Reducing risk exposures to zero and not having multiple partners : findings that inform evidence-based practices designed to prevent STD acquisition », *American Journal of Public Health*, vol. 93 (3), p. 437-439.
94. HEDGEPEETH, E., HELMICH, J. (1996). *Teaching about sexuality and HIV : principles and methods for effective education*, New York, New York University Press, 293 p.
95. GENUIS, S. J., GENUIS, S. K. (2005) « Internet interactions – Adolescent health and cyberspace », *Can Fam Physician*, vol. 51 (3), p. 329-331.
96. DUFORT, F., GUILBERT, E., SAINT-LAURENT, L. (2000). *La grossesse à l'adolescence et sa prévention : au-delà de la pensée magique! Rapport de recherche. Conseil québécois de la recherche sociale*, Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, 134 pages.
97. FERNET, M., IMBLEAU, M., PILOTE, F. « Sexualité et mesures préventives contre les MTS et la grossesse », chapitre 12 de *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec.
98. ROBERT, J. (2005). *Le sexe en mal d'amour. De la révolution sexuelle à la régression sexuelle*, Montréal, Éditions de l'Homme, 226 pages.

99. SANTÉ CANADA (1998). *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, Ottawa, Santé Canada, 277 pages.
100. DICLEMENTE, R. J., CROSBY, R. A., WINGOOD, G. M., LANG, D. L., SALAZAR, L. F., BROADWELL, S. D. (2005). « Reducing risk exposures to zero and not having multiple partners : findings that inform evidence-based practices designed to prevent STD acquisition », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 16 (12), p. 816-818.
101. SHEW, M. L., FORTENBERRY, J. D., TU, W., JULIAR, B. E., BATTEIGER, B. E., QADADRI, B., BROWN, D. R. (2006). « Association of condom use, sexual behaviours, and sexually transmitted infections with the duration of genital human papillomavirus infection among adolescent women », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 160 (2), p. 151-156.
102. DRYFOOS, J. G. (1997). *Safe Passage – Making through adolescence in a risky society. What parents, schools, and communities can do*, New York, Oxford University Press, 292 pages.
103. FUKUI, A., WESTMORE, B. (1994). « To see or not to see : the debate over pornography and its relationship to sexual aggression », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 28 (4), p. 600-606.
104. MALAMUTH, N. M., ADDISON, T., KOSS, M. (2000). « Pornography and sexual aggression : are there reliable effects and can we understand them? », *Annual Revue of Sex Research*, vol. 11, p. 26-91.
105. MALAMUTH, N., HUPPIN, M. (2005). « Pornography and teenagers : the importance of individual differences », *Adolescent Medicine Clinics*, vol. 16 (2), p. 315-326, VIII.
106. HAGGSTROM-NORDIN, E., HANSON, U., TYDEN, T. (2005). « Associations between pornography consumption and sexual practices among adolescents in Sweden », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 16 (2), p. 102-107.
107. FISHER, W. A., BARAK, A. (1991). « Pornography, erotica, and behaviour : more questions than answers », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 14 (1-2), p. 65-83.
108. KUTCHINSKY, B. (1991). « Pornography and rape : Theory and practice? Evidence from crime data in four countries where pornography is easily available », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 14 (1-2), p. 47-64.
109. BECKER, J., STEIN, R. M. (1991). « Is sexual erotica associated with sexual deviance in adolescent males? », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 14 (1-2), p. 85-95.
110. CRAMER, J. A. (1996). « Compliance with contraceptives and other treatments », *Obstet Gynecol*, vol. 88, p. 4S-12S.
111. LIPKIN Jr., M. (1996). « Physician-patient interaction in reproductive counseling », *Obstet Gynecol*, vol. 88, p. 31S-40S.
112. HANNA, K. M. (1993). « Effect of nurse-client transaction on female adolescent's oral contraceptive adherence », *IMAGE : Journal of Nursing Scholarship*, vol. 25 (4), p. 285-290.
113. DELBANCO, T. L., DALEY, J. (1996). « Through the patient's eyes : strategies toward more successful contraception », *Obstet Gynecol*, vol. 88, p. 41S-47S.
114. MOORE, P. J., ADLER, N. E., KEGELES, S. M. (1996). « Adolescents and the contraceptive pill : the impact of beliefs on intentions and use », *Obstet Gynecol*, vol. 88, p. 48S-56S.
115. LEFEBVRE, G., LEA, R. H., BORODITSKY, R., FISHER, W., BELISLE, S., SAND, M. (1996). « The benefits of awareness study : an evaluation of targeted user-friendly education among oral contraceptive users », *Journal JOGC*, vol. 18, p. 1111-1121.
116. TURMEL, B., VENNE, S., MEUNIER, L., MINZUNZA, S., LORTIE, M.-J., PARENT, R. (2003). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de*

- l'hépatite C, de l'infection par le VIH et du sida au Québec, décembre 2003*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Analyses et surveillance, n° 27).
117. TOURIGNY, M., GAGNÉ, M.-H., JOLY, J., CHARTRAND, M.-E. (sous presse). « Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 97 (2).
  118. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
  119. CHAMBERLAND, A. (2003). *Évaluation des effets du volet information et sensibilisation du programme Jeunes en action contre la violence sexuelle (J'AVISE)*, Thèse de maîtrise, École de service social, Université Laval.
  120. LAVOIE, F. (2000). « La prévention de la violence dans les relations de couple à l'adolescence », dans VITARO, F., GAGNON, C. (dir.). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome 2 : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 405-460.
  121. LAVOIE, F., PACAUD, M.-C., ROY, M. (2005). *Programme PASSAJ – Programme de prévention et de promotion traitant de la violence dans les relations amoureuses et du harcèlement sexuel auprès des jeunes de 16-17 ans*, Québec, École de psychologie, Université Laval.
  122. DEMCZUK, I. (2003). *Démystifier l'homosexualité, ça commence à l'école*, Montréal, Groupe de recherche et d'intervention sociale gaies et lesbiennes de Montréal, 120 pages.
  123. SIECUS (1994). « Teens talk about sex : adolescent sexuality in the 90's. A survey of high school students », *SIECUS Report*, vol. 22 (5), p. 16-17.
  124. DICENSO, A., BORTHWICK, V. W., BUSCA, C. A., CREATURA, C., HOLMES, J. A., KALAGIAN, W. F., PARTINGTON, B. M. (2001). « Completing the picture: adolescents talk about what's missing in sexual health services », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 92 (1), p. 35-38.
  125. RYAN, S. A., MILLSTEIN, S. G., IRWIN Jr., C. E. (1996). « Puberty questions asked by early adolescents : what do they want to know? », *Journal of Adolescent Health*, vol. 19 (2), p. 145-52.
  126. MacKAY, A., HOLOWATY, P. (1997). « Sexual health education : a study of adolescents' opinions, self perceived needs, and current an preferred sources of information », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 6 (1), p. 29-38.
  127. DALLAIRE, N. (1998). *Enjeux et voies d'avenir de la promotion-prévention, une réflexion dans le champ enfance-jeunesse-famille*, Thèse de doctorat en sciences humaines appliquées, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.
  128. SELLTIZ, C., WRIGHTSMAN, L., COOK, S. W. (1976). *Les méthodes de recherche en sciences sociales*, Montréal, Les Éditions HRW, 606 pages.
  129. MAYER, R., OUELLET, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*, Boucherville, Gaëtan Morin, 537 pages.
  130. REBOUL, O. (2001). *La philosophie de l'éducation*, Paris, PUF, 128 pages (Que sais-je?, n° 2441).
  131. BOUCHARD, C. (1994). « Discours et parcours de la prévention de la violence : une réflexion sur les valeurs en jeu », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 13 (2), p. 37-45.
  132. PARIENTE, P. (1992). « Vers une "idéologie" de la prévention », Paris, *Revue française de service social*, vol. 167, p. 6-13.
  133. PARAZELLI, M., et coll. (2003). « Les programmes de prévention précoce : fondements théoriques et pièges démocratiques », *Service social*, vol. 50, p. 81-121.

## ***Mes questions et ma perception de la sexualité***

Nom de ton école : \_\_\_\_\_

Nom de ton professeur : \_\_\_\_\_

Quel est ton sexe?  Garçon  Fille

Dans quel niveau es-tu?

Secondaire 3  Secondaire 5  
 Secondaire 4  Autre, préciser \_\_\_\_\_

Dans quel pays es-tu né(e)? \_\_\_\_\_

As-tu reçu les cours du programme ESPAR?

Jamais  En secondaire 1  En secondaire 2

**1- Quelles sont tes préoccupations, quelles questions te poses-tu par rapport à la sexualité?**

2- Que voudrais-tu nous dire par rapport à la sexualité en général?

3- Que voudrais-tu nous dire par rapport à la sexualité des jeunes de ton âge?

*Programmes visant les populations à  
faible risque*

## Programme de formation personnelle et sociale (FPS)

QUÉBEC, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (1986). *Formation personnelle et sociale. Guide d'activités. Éducation à la sexualité, secondaire, Québec, Le Ministère, Direction de la formation générale des jeunes,* 337 pages.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
5 <sup>e</sup> génération	<p><i>Objectif global du programme d'études de formation personnelle et sociale :</i></p> <p>Concourir à l'acquisition chez les jeunes des connaissances, attitudes et comportements essentiels à leur pleine réalisation à la fois comme individus et comme membres d'une collectivité.</p> <p><i>Le volet « Éducation à la sexualité » a pour objectif global de :</i></p> <p>« fournir aux jeunes les possibilités de connaître et de comprendre les dimensions de leur sexualité, de les intégrer positivement à leur personnalité et donc, de se réaliser de façon harmonieuse et responsable dans leur projet de vie personnelle et sociale comme êtres sexués ».</p>	<p>Enseignants</p> <p>Aucune formation particulière</p>	<p>Ecoles</p> <p>Cours obligatoire : tous les jeunes du secondaire</p> <p>5 volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Éducation à la sexualité</li> <li>- Éducation à la santé</li> <li>- Éducation à la vie en société</li> <li>- Éducation aux relations interpersonnelles</li> <li>- Éducation à la consommation</li> </ul>	1 cours par semaine durant l'année scolaire (approximativement 25 heures par année)	<p><i>Postulats :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) La personne forme un tout; si elle est tout entière concernée, ses apprentissages et son développement intégral en seront favorisés.</li> <li>2) En apprenant, la personne change, devient autre, sa vision du monde et de la réalité se transforme également.</li> <li>3) Les questions et l'expérience des adolescents jouent un rôle majeur dans les interventions de l'éducateur.</li> <li>4) Chaque individu a non seulement un rythme propre d'apprentissage, mais aussi un style propre pour apprendre.</li> <li>5) Les erreurs des élèves font partie intégrante de l'apprentissage et sont pour eux une source d'information pour un apprentissage ultérieur. Pour apprendre, il faut avoir l'occasion d'examiner des situations et des idées nouvelles, sans risquer d'être pénalisé à la suite d'erreurs.</li> <li>6) La valorisation personnelle dépend plus d'une satisfaction profonde inhérente à l'apprentissage que d'une approbation extérieure.</li> </ol>	<p><i>Approche systémique</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) La question ou problème</li> <li>2) L'exploration créatrice et la découverte</li> <li>3) L'action unifiante</li> </ol> <p><i>Stratégies pédagogiques :</i></p> <p>jeux, mises en situation, vidéos, feuilles-soutiens, journal personnel, mots mystères, livres, bandes dessinées, dépliants, brochures, revues, personnes-ressources, témoignages, acétates, diaporamas</p>	<p><i>3<sup>e</sup> secondaire :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Croissance sexuelle humaine</li> <li>2) Options personnelles</li> <li>3) Agir sexuel</li> <li>4) Contraception</li> <li>5) Le plaisir</li> <li>6) Relations sexuelles adolescentes</li> <li>7) Exploitation sexuelle de rôles sexuels</li> <li>8) Rôles et stéréotypes</li> </ol> <p><i>4<sup>e</sup> secondaire :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Agir sexuel</li> <li>2) Contraception</li> <li>3) Le plaisir</li> <li>4) Relations sexuelles adolescentes</li> <li>5) ITS</li> <li>6) Exploitation sexuelle de rôles sexuels</li> <li>7) Rôles et stéréotypes de rôles sexuels</li> </ol> <p><i>5<sup>e</sup> secondaire :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Agir sexuel</li> <li>2) Contraception</li> <li>3) Relations sexuelles adolescentes</li> <li>4) Projet personnel de relation de couple</li> <li>5) ITS</li> <li>6) Exploitation sexuelle de rôles sexuels</li> <li>7) Rôles et stéréotypes de rôles sexuels</li> </ol>	<p><i>Buts de l'éducation à la sexualité en ce qui concerne les 3 axes dynamiques de la personne (identité, relation, rôle) :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Favoriser chez l'élève, comme garçon ou fille, une perception positive et valorisante de son identité sexuelle corporelle et psychologique ainsi que l'intégration harmonieuse à sa personnalité des diverses dimensions de la sexualité.</li> <li>2) Favoriser chez l'élève la connaissance des autres comme êtres sexués ainsi qu'une bonne compréhension des conditions affectives, psychologiques, sociales et morales permettant d'enrichir les relations humaines et de fonder un projet de vie de qualité comme homme et femme responsables dans le couple et éventuellement dans la famille.</li> <li>3) Favoriser chez l'élève une compréhension personnelle et critique des réalités culturelles et sociales de la sexualité ainsi qu'une attitude positive à l'égard de l'exercice des rôles sexuels comme homme ou femme tant sur le plan professionnel que familial et social.</li> </ol> <p><i>Objectifs généraux de l'éducation à la sexualité au secondaire :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Développer une image positive de soi-même ainsi que des attitudes éclairées au regard de sa sexualité adolescente.</li> <li>2) Posséder une connaissance éclairée de la relation homme-femme et des responsabilités qui l'accompagnent.</li> <li>3) Acquérir des connaissances, des attitudes et des comportements préventifs.</li> <li>4) Clarifier son projet sexuel en fonction de la société dans laquelle il vit.</li> </ol>



## Programme de formation personnelle et sociale (FPS)

ARCAND, L., VENNE, S. (1998). *Évaluation du degré de mise en œuvre du volet sexualité du programme de FPS dans les écoles secondaires lavalloises*, Laval, Direction de santé publique de Laval, 113 pages.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1997	1) Commissions scolaires de la région de Laval 2) Écoles secondaires de Laval	Évaluation d'implantation de nature descriptive et selon une approche qualitative 1) Déterminer le profil optimal du programme. 2) Collecter les données sur le programme implanté. 3) Évaluer l'écart entre le profil optimal du programme et le programme tel qu'il est.	Dresser un portrait de l'éducation à la sexualité et de la prévention des ITS et du SIDA dans le milieu scolaire lavallois : 1) Comparer la situation qui a cours au regard de l'éducation à la sexualité et de la prévention des ITS et du SIDA avec ce qui est proposé dans le programme d'études obligatoire Formation personnelle et sociale. 2) Déceler les obstacles à l'application du volet « Éducation à la sexualité » au secondaire et les éléments facilitant cette application. 3) Explorer les attentes du milieu scolaire vis-à-vis du réseau de la santé au regard de l'éducation à la sexualité et de la prévention des ITS et du SIDA.	Recherche et consultation de documents Entrevues semi-structurées Questionnaires auto-administrés Entrevues mixtes	Les concepteurs du programme	19 écoles secondaires  - Personnes ayant contribué à la conception du programme - Personnes-clés du milieu de l'éducation ayant été impliquées au début de l'implantation du programme - Personnes-clés du milieu universitaire impliquées dans la formation des maîtres - Documents officiels relatifs au programme  - Cadres scolaires de la Direction des services éducatifs (directeurs, coordonnateurs de l'enseignement au secondaire) - Conseillers pédagogiques assignés au programme FPS  Les commissions scolaires  Les écoles secondaires	<p><b>Approche pédagogique :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les éléments du volet qui sont d'ordre cognitif sont davantage abordés par les enseignants.</li> <li>2) Les aspects d'ordre affectif ou visant l'acquisition d'habiletés (prise de décision, communication, résistance à la pression des pairs) sont moins abordés (en fréquence et en profondeur).</li> <li>3) Peu de professeurs consacrent le temps nécessaire au volet « Éducation à la sexualité ».</li> <li>4) Les thèmes les plus souvent abordés sont la contraception et les ITS.</li> <li>5) Les thèmes les moins abordés sont la négociation du condom, les obstacles à son utilisation, l'association pilule-condom, la communication entre partenaires et les orientations sexuelles.</li> </ol> <p><b>Approche systémique :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Manque de coordination, rare ou nulle, entre les professeurs de FPS et de biologie.</li> <li>2) Manque de temps pour échanges entre professeurs.</li> <li>3) Manque de temps de préparation du cours (ajout de tâches, surcharge).</li> <li>4) Manque de communication entre professeurs de FPS de différents cycles, entre les professeurs de différentes disciplines; cela ne permet pas une bonne complémentarité entre les divers éducateurs.</li> <li>5) Faible collaboration entre les professeurs et d'autres intervenants de l'intérieur et de l'extérieur de l'école.</li> </ol> <p><b>Planification des activités d'enseignement :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) En général, les enseignants ne planifient pas le volet systématiquement ni au début ni à la fin des étapes.</li> <li>2) La plupart des enseignants disent planifier le volet « seuls ».</li> </ol> <p><b>Matériel didactique :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les enseignants n'utilisent presque pas le matériel didactique produit par le ministère de l'Éducation en soutien au programme FPS.</li> </ol> <p><b>Déterminants contextuels :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Coupure de poste.</li> <li>2) Répartition du temps d'enseignement du volet « Éducation à la sexualité » qui ne correspond pas aux critères d'efficacité reconnus.</li> <li>3) Aucune des commissions scolaires ou des écoles n'a établi de communication formelle avec les parents au sujet de l'éducation à la sexualité à l'école.</li> </ol> <p><b>Caractéristiques personnelles et formelles des enseignants de FPS :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) La majorité des professeurs a plus de 40 ans.</li> <li>2) La moitié des professeurs n'a pas reçu de formation dans le domaine de la sexualité.</li> </ol> <p><b>Les obstacles à l'enseignement du programme sont :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) le peu d'importance accordée au programme FPS, qui génère les autres obstacles relevés;</li> <li>2) le programme lui-même;</li> <li>3) la structure organisationnelle de l'enseignement du programme;</li> <li>4) le manque de temps.</li> </ol> <p><b>Les facilitateurs de l'enseignement du programme :</b></p> <p>Caractéristiques personnelles des enseignants : motivation, enthousiasme, habiletés personnelles en communication, aisance avec le sujet de la sexualité.</p>

### Reducing the risk<sup>3</sup>

KIRBY, D., BARTH, R. P., LELAND, N., FETRO, J. V. (1991). « Reducing the risk : Impact of a new curriculum on sexual risk-taking », *Family Planning Perspectives*, vol. 23 (6), p. 253-263.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	Prévenir les grossesses, les ITS et le VIH.	Enseignants Formation de 3 jours : faire les jeux de rôles et les autres activités du programme; 3 heures sont consacrées à des considérations méthodologiques en vue de l'évaluation.	Milieu scolaire Jeunes à faible risque, sans expérience sexuelle, de 15 à 18 ans (mais spécialement recommandé pour les 15-16 ans), de différentes origines ethniques et de différents milieux (urbain, semi-urbain ou rural). a) <i>Volet en classe</i> : contenu du programme b) <i>Volet à la maison</i> : discussion parents-adolescents au sujet de l'abstinence et de la contraception	15 séances de 45 minutes	Théorie de l'apprentissage social Théorie de l'influence sociale Théorie cognitive-comportementale	Modèle d'influence sociale et démarche expérimentelle <i>Stratégies pédagogiques</i> : jeux de rôles, discussions Les animateurs assistent les élèves dans la personnalisation de l'information sur les risques d'une sexualité non protégée et enseignent des stratégies pour éviter les rapports sexuels non protégés.	1) La sexualité, l'abstinence, la reproduction et la grossesse à l'adolescence 2) La contraception 3) La pression des pairs et les moyens d'y résister 4) La prise de décision et les objectifs comportementaux	1) Reconnaître la pression des pairs et y résister. 2) Prendre des décisions. 3) Être en mesure de négocier des comportements sexuels sécuritaires. 4) Être en mesure de parler aux parents d'abstinence et de contrôle des naissances.

<sup>3</sup> Les auteurs précisent : « Like Postponing Sexual Involvement, Reducing The Risk is not a complete sexuality education curriculum, although it can be an important part of a larger sexuality education program » (Kirby et coll., référence 30).

## Reducing the risk<sup>4</sup>

KIRBY, D., BARTH, R. P., LELAND, N., FETRO, J. V. (1991). « Reducing the risk : Impact of a new curriculum on sexual risk-taking », *Family Planning Perspectives*, vol. 23 (6), p. 253-263.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
Non précisée	Californie, États-Unis	Devis expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test 1 (6 mois) Post-test 2 (18 mois)	<i>Évaluation :</i> 1) des connaissances; 2) des perceptions et intentions; 3) du report de la première relation sexuelle; 4) de l'utilisation de la contraception; 5) des relations sexuelles non protégées; 6) du nombre de grossesses; 7) de la communication avec les parents.	Questionnaire auto-administré  Instruments validés	13 écoles secondaires de la Californie	Prétest : N = 1 033 (GE = 586, GT = 447)  Post-test 2 : N = 758 (73 %) (GE = 429, GT = 329)  Âge moyen = 15,3 ans  Filles = 53 % Garçons = 47 %  Caucasiens = 62 % Hispaniques = 20 % Afro-américains = 2 %	1) Connaissances - Augmentation des connaissances sur la contraception : Au post-test 2 : GE > GT (P < 0,001) - Augmentation de la moyenne au test sur la contraception : Au post-test 2 : GE ↑ 18 % > GT ↑ 11 % (ND <sup>6</sup> ) 2) Perception et intentions - Croyance erronée quant au nombre de paires actifs sexuellement : Au prétest : GE = GC - Intention d'éviter les relations non protégées : Aucun changement significatif 3) Report de la première relation sexuelle Au prétest : 37 % des élèves n'avaient jamais eu de relations sexuelles. Au post-test 1 : GE = 12 % < GT = 14 % ont eu leur première relation sexuelle (non significatif). Au post-test 2 : GE = 29 % < GT = 38 % ont eu leur première relation sexuelle (P < 0,05) 4) Utilisation de la contraception à la dernière relation sexuelle et fréquence d'utilisation : - ↑ dans les 2 groupes entre le prétest et les post-tests 1 et 2 (P = ND) sans différence significative entre GE et GT. Au post-test 2, les filles et les jeunes à faible risque du GE avaient plus tendance à utiliser la contraception presque tout le temps comparativement aux mêmes individus du GT. 5) Fréquence des relations sexuelles non protégées - Aucun changement significatif chez les jeunes inactifs et actifs sexuellement au prétest en général. - Chez les jeunes à faible risque : Au prétest : GE = GT (11 %). Au post-test 2 : GE < GT (13 % vs 23 %, P < 0,05) 6) Nombre de grossesses Aucun changement significatif chez GE et GT (P = ND). 7) Communication avec les parents (GE) - 60 % ont effectivement discuté sexualité avec leurs parents. - 50 % ont trouvé que le programme leur a facilité la tâche de discuter avec leurs parents. - 25 % des parents ont indiqué que c'était la première fois qu'ils discutaient sexualité avec leur enfant. - 91 % des parents ont dit que le programme leur a facilité la tâche de discuter avec leur enfant. - Discussion au sujet de l'abstinence : GE = (prétest, post-test 1, post-test 2) 54 %, 66 %, 67 % GT = (prétest, post-test 1, post-test 2) 60 %, 61 %, 65 % Au post-test 1 : GE vs GT (P < 0,01). Au post-test 2 : GE vs GT (P < 0,05) - Discussion sur le contrôle des naissances : GE = (prétest, post-test 1, post-test 2) 39 %, 53 %, 54 % GT = (prétest, post-test 1, post-test 2) 38 %, 41 %, 45 % Post-test 1 : GE vs GT (P < 0,01) Post-test 2 : GE vs GT (P < 0,08) - Discussion au sujet de la grossesse ou des ITS : Aucune augmentation significative chez GE et GT

<sup>4</sup> Les auteurs précisent : « Like Postponing Sexual Involvement, Reducing The Risk is not a complete sexuality education curriculum, although it can be an important part of a larger sexuality education program » (Kirby et coll., référence 30).

<sup>5</sup> Sont considérés comme expérimentaux les devis faisant appel à un groupe témoin et incluant une abéation (Ladouceur et Bégin, référence 47).

### Reducing the risk (reproduction)

HUBBARD, B. M., GIESE, M. L., RAINEY, J. (1998). « A replication study of Reducing the Risk, a theory-based sexuality curriculum for adolescents », *Journal of School Health*, vol. 68 (6), p. 243-247.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1994	Arkansas, États-Unis	Devis expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT) Prétest Post-test (18 mois)	Évaluation : 1) du report de la première relation sexuelle; 2) de l'utilisation de la contraception; 3) de la communication avec les parents.	Questionnaire auto-administré Instrument validé ( <i>Youth Risk Behavior Survey</i> , YRBS)	10 écoles : 5 écoles GE, 5 écoles GT (élèves de la 9 <sup>e</sup> à la 12 <sup>e</sup> année)	N de départ = 532 (GE = 267, GT = 265) N final = 212 (40 %) (GE = 106, GT = 106) Groupes comparables Âge moyen = ND 57 % ont 15-16 ans  52 % filles 48 % garçons  85 % caucasiens 14 % afro-américains	1) Report de la première relation sexuelle - Jeunes abstinentes au prétest devenus actifs sexuellement au post-test : GE = 27,5 % < GT = 42,9 % (P < 0,05)  2) Utilisation de la contraception - Ont utilisé une méthode contraceptive (prévention ITS/VIH et grossesse) : GE = 89 % > GT = 46 % (P < 0,05) - Jeunes devenus actifs sexuellement au post-test et ayant utilisé un moyen de contraception : GE = 89 % > GT = 46 % (P < 0,05)  3) Communication avec les parents - Discussion au sujet de l'abstinence : GE > GT (non significatif) - Discussion au sujet du contrôle des naissances : GE > GT (P < 0,05) - Discussion au sujet de la grossesse : GE > GT (non significatif) - Discussion au sujet de la contraception : GE > GT (P < 0,05)

## Compétences pour des relations saines

ROBERTSON, A., PETRACEK, R., TAYLOR, E. J., LARRY, P. M., WRIGHT, N. P., WILSON, G. M. (1993). *Compétences pour des relations saines. Un programme d'éducation sexuelle et de prévention du sida et des autres MTS. Manuel de l'enseignant*, Ottawa, Santé Canada, 68 pages.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	<p>1) Favoriser l'abstinence et le report de la première relation sexuelle.</p> <p>2) Modifier le comportement des adolescents sexuellement actifs pour qu'ils deviennent abstinents.</p> <p>3) Augmenter les comportements sécuritaires des adolescents.</p> <p>4) Développer chez les adolescents la tolérance envers les différentes orientations sexuelles et la compassion envers les personnes atteintes du VIH/SIDA.</p>	<p>Enseignants</p> <p>Formation intensive de 3 jours :</p> <p>1) Connaître l'intégralité du programme.</p> <p>2) Être à l'aise avec son contenu.</p> <p>3) Comprendre les activités les plus difficiles et être apte à les faire.</p> <p>4) Intégrer les différentes stratégies d'apprentissage ainsi que le matériel audiovisuel préparé pour le programme.</p> <p>Chefs d'équipe (pairs)</p> <p>Formation de 3 et 6 heures :</p> <p>1) Acquérir les habiletés pour aider les petits groupes à travailler efficacement.</p> <p>2) Devenir un modèle de comportements et d'attitudes responsables.</p>	<p>Milieu scolaire</p> <p>Jeunes de 3<sup>e</sup> secondaire du secteur régulier</p> <p>a) <i>Volet enseignants</i> : 23 activités à faire en classe avec les élèves, formation des chefs d'équipe et 1 rencontre avec les parents</p> <p>b) <i>Volet parents</i> : 1 rencontre avec l'enseignant, 2 feuillets d'information à lire, et 5 activités à faire avec leur enfant</p>	20 heures (nombre de rencontres et de semaines de semaines non précisé) <sup>7</sup>	<p><i>Postulat</i> : Le développement de comportements sains nécessite d'une part la transmission et, d'autre part, l'adoption d'attitudes saines et d'habiletés appropriées.</p> <p><i>Modèle conceptuel</i><sup>8</sup> : connaissances, d'attitudes responsables (incluant les intentions comportementales), de facteurs de motivation et d'habiletés</p> <p>Théorie de l'action raisonnée</p> <p>Théorie de l'apprentissage social</p>	<p>Apprentissage coopératif et éducation par les pairs</p> <p><i>Stratégies pédagogiques</i> : travail d'équipe, vidéos, acétates, tests de connaissances et questionnaires, discussions en classe et en petits groupes, débats, manipulation de condoms, simulations et jeux de rôles, autres jeux, travail individuel et à la maison</p>	<p>1) Transmission : VIH/SIDA/ITS</p> <p>2) Comportement responsable : l'abstinence</p> <p>3) Comportement responsable : les pratiques sexuelles à risque</p> <p>4) Soutien à l'acquisition d'attitudes saines : empathie, tolérance, compassion <i>versus</i> discrimination et préjugés</p>	<p>1) Acquérir des connaissances au sujet du SIDA et des autres ITS.</p> <p>2) Faire activement la démonstration de comportements à risques réduits en encourageant le respect de normes d'amélioration de la santé auprès de ses camarades.</p> <p>3) Acquérir des attitudes positives à l'égard de la prévention des ITS et des questions liées au SIDA.</p> <p>4) Développer les compétences (interpersonnelles, cognitives, auto-organisationnelles et pratiques) nécessaires pour maintenir un style de vie préservant du VIH/SIDA et des ITS et appliquer ces compétences à diverses situations de la vie quotidienne.</p> <p>5) Développer des facteurs de motivation pour la réduction des risques (soit l'efficacité personnelle, les relations positives, l'appui des parents et des camarades).</p> <p>6) Apprendre à faire preuve de compassion à l'endroit des personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA et à leur apporter du soutien.</p> <p>7) Adopter une attitude compréhensive et non discriminatoire à l'endroit des personnes qui ont une orientation sexuelle différente.</p>

<sup>7</sup> À noter que le programme en noir possède un contenu total de 28 activités, tandis que l'article d'évaluation fait mention de 31 activités.

<sup>8</sup> Ce modèle est inspiré des théories de Ajzen et Fishbein, référence 36 et de l'étude de King et coll., référence 72).

## Compétences pour des relations saines

BOYCE, W. F., WARREN, W. K., KING, A. J. C. (2000). « The effectiveness of a school-based HIV education program : A longitudinal comparative evaluation », *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 15 (2), p. 93-116.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1992-1993	Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick et Québec	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT) Prétest (9 <sup>e</sup> année) Post-test 1 (9 <sup>e</sup> année) Post-test 2 (10 <sup>e</sup> année) Post-test 3 (11 <sup>e</sup> année)	<i>Évaluation :</i> 1) des connaissances (ITSS); 2) des attitudes (orientations sexuelles diverses et personnes vivant avec le VIH); 3) de la communication à propos de la sexualité; 4) du développement d'habiletés d'affirmation de soi; 5) des attitudes et habiletés à l'égard de l'utilisation du condom; 6) de l'utilisation du condom; 7) de l'influence des pairs; 8) de l'influence des parents; 9) du comportement sexuel.	4 séries de questionnaires auto-administrés	Les élèves de 9 <sup>e</sup> année de 123 classes de 59 écoles ont reçu le programme.	GE : N (prétest) = 2 606 N (post-test 1) = 2 017 (77,4 %) N (post-test 2) = 1 755 (67,3 %) N (post-test 3) = 1 358 (52,1 %) GT : N (prétest) = 1 906 N (post-test 1) = 1 819 (95,4 %) N (post-test 2) = 1 731 (90,8 %) N (post-test 3) = 1 511 (79,3 %)  <i>Ata prétest :</i> - Proportion de filles, âge moyen, ethnité : GE = GT (P < 0,05) - Affirmation de soi, aisance à acheter des condoms, expériences sexuelles : GE > GT (P < 0,05) - Utilisation de condoms : GE > GT (P < 0,05)	1) Connaissances (ITSS) - VIH : GE > GT aux post-tests 1 (72 % vs 61 %), 2 (70 % vs 65 %) et 3 (70 % vs 65 %) (P < 0,05) - ITS : GE = GT 2) Attitudes (orientations sexuelles diverses et personnes vivant avec le VIH) - Attitude positive dans les 2 groupes au prétest - GE > GT : attitude positive aux post-tests 1 (P < 0,01), 2 (P < 0,01) et 3 (P < 0,05). - Dans GE, 17 à 22 % des élèves, en particulier les garçons, expriment encore de l'intolérance durant les post-tests. 3) Communication à propos de la sexualité - Intention de parler au partenaire des expériences sexuelles passées : GE > GT aux post-tests 1 (77 % vs 66 %), 2 (72 % vs 66 %) et 3 (74 % vs 69 %) (P < 0,01) - Intention de refuser une relation sexuelle : GE > GT aux post-tests 1 (77 % vs 71 %) (P < 0,01) et 2 (72 % vs 62 %) (P < 0,05), et GE = GT au post-test 3 - Intention d'abstinence : GE = GT aux 3 post-tests 4) Développement d'habiletés d'affirmation de soi - Affirmation de soi lors d'une invitation à avoir une relation sexuelle : GE > GT surtout chez les filles (68 % vs 62 %) (P < 0,01) au post-test 3 5) Attitudes et habiletés à l'égard de l'utilisation du condom - Habileté à obtenir des condoms : GE > GT aux post-tests 1 (89 % vs 86 %) (P < 0,05) et 2 (92 % vs 87 %) (P < 0,01). Amélioration dans les 2 groupes du prétest au post-test 3 - Confiance de pouvoir utiliser le condom adéquatement : GE > GT, en particulier chez les filles, aux post-tests 1 (90 % vs 82 %), 2 (90 % vs 84 %) et 3 (92 % vs 87 %) (P < 0,01) - Intention d'utiliser le condom : GE < GT chez les filles au post-test 3 (87 % vs 91 %) (P < 0,05), GE > GT chez les garçons au post-test 3 (84 % vs 78 %) (P < 0,05); réduction progressive de l'intention entre le prétest et le post-test 3, chez les 2 sexes 6) Utilisation du condom GE = GT au post-test 3, réduction de l'utilisation constante du condom entre post-test 1 (GE = 57 %, GC = 55 %) et post-test 3 (GE = GT = 41 %) - Réduction de l'utilisation du condom plus importante chez les élèves ayant plus d'un partenaire sexuel - Augmentation significative de l'utilisation du condom chez les jeunes de 15 ans récemment sexuellement actifs (post-test 2) - Raison de ne pas utiliser le condom : ne pas en avoir sur soi, croire que le partenaire est fiable, utilisation de la pilule contraceptive 7) Influence des pairs - Norme des pairs encourageant les relations sexuelles : Effet non significatif de la composante « chef d'équipe » sur cette norme 8) Influence des parents - Participation d'un tiers des parents : données non concluantes 9) Comportement sexuel Augmentation du nombre de jeunes sexuellement actifs entre le prétest (GE : filles = 15 %, garçons = 16 %; GT : filles = 17 %, garçons = 16 %) et le post-test 3 (GE : filles = 46 %, garçons = 42 %; GT : filles = 49 %, garçons = 51 %)

## S'exprimer pour une sexualité responsable

FORGET, G., BILODEAU, A., TÊTREULT, J., BEAUREGARD, D., GAGNÉ, M. (1994). *S'EXPRIMER pour une sexualité responsable. Un projet de prévention des grossesses à l'adolescence 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> secondaire*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 225 pages.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composants du programme	Durée	Théorie	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	<p>1) Réduire le taux de grossesse à l'adolescence.</p> <p>2) Favoriser le report des premières relations sexuelles.</p> <p>3) Favoriser les comportements contraceptifs efficaces.</p>	<p>Enseignants (curriculum programme en classe)</p> <p>Guide d'animation (aucune formation)</p>	<p>Milieu scolaire, CLSC et famille</p> <p>Jeunes de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> secondaire</p> <p>a) <i>Volet « Enseignement »</i> : programme éducatif</p>	<p>8 cours d'une heure-une heure et quart pour les élèves de 3<sup>e</sup> secondaire</p> <p>7 cours d'une heure-une heure et quart pour les élèves de 4<sup>e</sup> secondaire</p>	Théorie de l'apprentissage social	<p>Modèle de l'efficacité personnelle (modèle de changement de comportement en santé)</p> <p><i>Stratégies pédagogiques</i> : animations, discussions, exercices individuels et en groupe, exposés, mises en situation, mises en commun, jeux-questionnaires, exercices de visualisation</p>	<p>a) <i>Volet « Enseignement »</i> :</p> <p>3<sup>e</sup> secondaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Croissance sexuelle et options personnelles</li> <li>2) Relations entre les garçons et les filles</li> <li>3) Contraception</li> <li>4) Mon portrait, mes attitudes</li> <li>5) Types de relations, choix d'une relation</li> <li>6) Clarification des messages</li> <li>7) Communication entre camarades et dans la famille</li> </ol> <p>4<sup>e</sup> secondaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Maternité et paternité à l'adolescence</li> <li>2) Agir sexuel</li> <li>3) Contraception et relations sexuelles à l'adolescence</li> <li>4) Maîtrise de soi – pouvoir personnel sur la vie</li> <li>5) Possibilité de développement qu'offre la vie adulte</li> <li>6) Résolution de conflits</li> <li>7) Communication</li> </ol> <p>b) <i>Volet « Services communautaires »</i> : Services offerts et ressources du milieu</p> <p>c) <i>Volet familial</i> : Grossesse à l'adolescence, place de la famille dans cet événement; présentation du projet; évolution du développement de la sexualité chez les jeunes; relations entre garçons et filles; méthodes contraceptives; image de soi; avenir; visite du personnel clinique à l'école; communication au « je »</p>	<p>1) Améliorer les connaissances, les attitudes et les habiletés relatives au contrôle de la sexualité et de la contraception chez les jeunes.</p> <p>2) Renforcer la qualité de la relation familiale et la communication parents-adolescents et adolescents sur la sexualité et la contraception.</p> <p>3) Augmenter la connaissance et l'utilisation des ressources cliniques.</p> <p>4) Accroître les comportements contraceptifs efficaces chez les jeunes dès la première relation sexuelle.</p>

## S'exprimer pour une sexualité responsable

BILODEAU, A., FORGET, G., TETREAULT, J. (1993). *La prévention des grossesses à l'adolescence : évaluation des résultats du projet S'exprimer pour une sexualité responsable*, Montréal, Département de santé communautaire, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 119 pages.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1987-1991	Montréal	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test (6 mois)	<p><i>Évaluation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) des connaissances;</li> <li>2) des attitudes;</li> <li>3) de la communication;</li> <li>4) du taux de consultation clinique;</li> <li>5) des comportements;</li> <li>6) de la satisfaction des jeunes.</li> </ul>	Questionnaire auto-administré  Instruments validés	<p>Elèves de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> secondaire de 4 écoles secondaires de Montréal<sup>9</sup></p> <p>Adolescents et parents</p> <p>Communauté qui présente les plus hauts taux de grossesse chez les adolescentes de 17 ans</p>	<p>N de départ = 986 (GE = 467, GT = 519) N final = 732 (74,2 %) (GE = 355, GT = 377)</p> <p>Âge moyen = ND</p> <p>Parents : N de départ = 608 (GE = 362, GT = 246) N final = 394 (GE = 231, GT = 163)</p> <p><i>Au prétest :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 97 % des 2 populations ont une connaissance exacte de l'efficacité du condom;</li> <li>- 49 % des 2 populations ont une connaissance exacte de l'efficacité du diaphragme et de la mousse spermicide;</li> <li>- 32,7 % des garçons et 55,4 % des filles (P &lt; 0,001) des 2 populations ont une connaissance exacte de l'efficacité de la douche vaginale;</li> <li>- 34,6 % des garçons et 55,4 % des filles ont une connaissance exacte de l'efficacité de la méthode du calendrier;</li> <li>- les garçons du GE ont une connaissance exacte de l'efficacité de la pilule qui est supérieure à celle du GT (68 % vs 51 %, P &lt; 0,001). Chez les filles, GE = GT (96 %);</li> <li>- les garçons du GE ont une connaissance exacte de l'efficacité du retrait qui est supérieure à celle des garçons du GT (68 % vs 51 %, P &lt; 0,0001). Chez les filles, GE = GT (66 %).</li> </ul>	<p>1) Connaissances</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances à l'égard de la fertilité :</li> <li>- Connaissances élevées dans les 2 groupes au prétest : GE &gt; GT</li> <li>↑<sup>10</sup> des connaissances dans les 2 groupes au post-test : GE &gt; GT (non significative)</li> <li>- Connaissances relatives à l'efficacité des méthodes contraceptives :</li> <li>- Connaissances élevées dans les 2 groupes au prétest : GE = GT</li> <li>↑ des connaissances dans les 2 groupes au post-test : GE &gt; GT (non significative)</li> <li>- Connaissances au sujet de l'inefficacité de méthodes comme le retrait ou le calendrier :</li> <li>GE = GT (amélioration dans les 2 groupes)</li> <li>- Connaissance de l'infirmière scolaire :</li> <li>- Jeunes qui méconnaissent toujours l'infirmière scolaire au post-test :</li> <li>GE = 2,8 % &lt; GT = 8,9 % (P = 0,003)</li> <li>- Connaissance des ressources des CLSC :</li> <li>- Jeunes qui méconnaissent l'emplacement du CLSC au post-test :</li> <li>GE = 29,4 % &lt; GT = 64,6 % (P = 0,0000)</li> <li>- Jeunes qui méconnaissent les personnes-ressources du CLSC au post-test :</li> <li>GE = 55,5 % &lt; GT = 74,4 % (P = 0,0000)</li> </ul> <p>2) Attitudes (au post-test)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attitudes envers la planification de la sexualité, de la contraception et le désir d'enfant :</li> <li>GE = GT (aucune différence significative : 59,7 % des jeunes sont négatifs à l'idée du report de la première relation sexuelle)</li> <li>- Attitudes envers la sexualité :</li> <li>GE &gt; GT (légère amélioration pré-post sans différence significative)</li> <li>- Changements sur le plan de l'efficacité personnelle relative à la contraception : Aucun changement significatif</li> </ul> <p>3) Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Communication entre partenaires sexuels sur la sexualité et la contraception : Aucun changement significatif</li> <li>- Communication sur la sexualité et la contraception entre parents et enfants : Aucun changement significatif</li> <li>- Consultation clinique</li> <li>- Taux de consultation clinique (au post-test) :</li> <li>- Aucun changement significatif, sauf chez les filles déjà actives sexuellement (filles n'ayant jamais consulté au post-test : GE = 19 % &lt; GT = 28 %)</li> <li>- Jeunes ayant consulté avant leur première relation sexuelle :</li> <li>GE = 36 % &gt; GT = 12 % (P = 0,017)</li> </ul> <p>5) Comportements (au post-test)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation d'une méthode contraceptive à la première relation sexuelle :</li> <li>- Aucun changement significatif</li> <li>- Utilisation d'une méthode contraceptive lors de la dernière relation sexuelle :</li> <li>- Aucun changement significatif</li> <li>- Comportement contraceptif sur un mois :</li> <li>- Aucun changement significatif, sauf chez les filles actives sexuellement : GE &gt; GT (P = 0,07)</li> </ul> <p>6) Satisfaction des jeunes</p> <p>Le programme a été apprécié par la majorité, et les trois quarts l'ont trouvé utile pour eux et pour les autres.</p>

<sup>9</sup> L'une de ces écoles est fréquentée uniquement par des filles, ce qui conduit à une surreprésentation des filles dans GE (GE = 67 % vs GT = 49,4 %, P < 0,0001).

<sup>10</sup> Augmentation davantage présente chez les jeunes inactifs sexuellement, comparé à ceux qui étaient actifs au début ou le sont devenus en cours de programme (P < 0,01).



## Programme Express Protection (PEP)

CARON, F., OTIS, J., LAFONTAINE, M., GODIN, G. (1999). PEP – Programme Express Protection – Programme et guide pédagogique, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Themes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	Freiner la propagation des ITS et du VIH.  <i>Objectif global :</i> fournir une formation en prévention des ITS/SIDA à des élèves de 4 <sup>e</sup> secondaire afin qu'ils puissent intervenir adéquatement auprès des élèves du 1 <sup>er</sup> cycle du secondaire.	Enseignants (formation non précisée)  Soutien de l'infirmière scolaire ou d'un stagiaire en sexologie supervisé	Milieu scolaire  <i>a) Volet destiné aux élèves de 4<sup>e</sup> secondaire</i>	25 cours d'une heure : - 10 cours de formation par les enseignants - 10 cours de planification de projet - 2 cours de bilan	Paradigme de l'individuation	Enseignement stratégique  <i>Stratégies pédagogiques :</i> pédagogie par projets, travail d'équipe, mises en situation, exposés, témoignages, discussions	1) Les sentiments et les valeurs concernant l'infection au VIH/SIDA 2) Les modes de transmission du VIH 3) L'évaluation du niveau de risque de transmission du VIH 4) Le témoignage d'une personne vivant avec le VIH 5) Le retour sur le témoignage 6) Les ITS 7) La sexualité, c'est quoi?	<i>Pour les élèves de 4<sup>e</sup> secondaire :</i> 1) Prendre connaissance des composantes du PEP et des consignes qu'ils auront à respecter en classe. 2) Acquérir des connaissances sur les ITS/SIDA et sur les ressources jeunesse dans ce domaine. 3) Valoriser une attitude de réciprocité dans l'exercice des droits de la personne à partir d'une réflexion sur les dimensions psychologiques et sociales des ITS et de l'infection au VIH. 4) Posséder des connaissances éclairées sur les dimensions de la sexualité et les choix de comportements. 5) Acquérir des habiletés liées à la planification et à l'organisation d'une activité de prévention. 6) Acquérir des habiletés liées à l'animation en classe d'une activité de prévention.  <i>Pour les élèves de 4<sup>e</sup> secondaire et de 1<sup>er</sup> cycle :</i> 1) Acquérir des connaissances sur l'utilisation adéquate du condom. 2) Acquérir une attitude plus positive vis-à-vis de l'utilisation du condom. 3) Acquérir une perception de contrôle plus élevée vis-à-vis du report de la première relation sexuelle et vis-à-vis de l'utilisation du condom. 4) Acquérir une perception de la norme subjective plus positive vis-à-vis du report de la première relation sexuelle et vis-à-vis de l'utilisation du condom. 5) Acquérir des habiletés de communication et d'affirmation de soi dans des situations faisant appel à l'adoption d'un comportement sexuel préventif. 6) Valoriser les exigences fondamentales d'autonomie et de solidarité en vue d'assurer le mieux-être et le mieux-vivre individuels et collectifs à partir d'une réflexion sur la diversité des cheminements personnels.
			<i>b) Volet destiné aux élèves du 1<sup>er</sup> cycle du secondaire donné par les élèves de 4<sup>e</sup> secondaire</i>	- 3 cours de présentation par les élèves de 4 <sup>e</sup> secondaire	Théorie du comportement planifié (report de la première relation sexuelle et utilisation du condom)	Éducation par les pairs	1) Le report de la première relation sexuelle 2) La communication et l'affirmation de soi 3) Les conditions essentielles à une relation sexuelle enrichissante 4) Les relations égalitaires 5) L'utilisation du condom	

### Programme Express Protection (PEP)

CARON, F., GODIN, G., OTIS, J., LAMBERT, L. D. (2002). « Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school », *Health Education Research*, vol. 19 (2), p. 185-197.

CARON, F., GODIN, G., OTIS, J., LAMBERT, L. D. (2002). *Évaluation du programme d'éducation et de prévention offert aux jeunes de niveau secondaire en milieu scolaire. Rapport de recherche RS-3251*. Québec, Conseil québécois de la recherche sociale, 84 pages.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1999-2000	Montréal	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test 1 (2 semaines) Post-test 2 (2 mois)	<i>Évaluation :</i> 1) du report de la première relation sexuelle; 2) de l'utilisation du condom; 3) de la satisfaction à l'égard du programme.	Questionnaire auto-administré (durée 60 minutes) rempli durant 3 périodes d'observation  Questionnaires adaptés et validés	Étudiants de 6 écoles secondaires de 2 régions du Québec  Appariement des écoles pour la taille et l'emplacement	Élèves du 1 <sup>er</sup> cycle du secondaire N = 945 (1 166) <sup>11</sup> GE (9 mois) = 698 (73,8 %) GT (9 mois) = 369  Élèves du 2 <sup>e</sup> cycle du secondaire N = 477 (549) N (9 mois) = 306 (64,2 %) GE (9 mois) = 147 GC (9 mois) = 159  Proportion de participants nés ailleurs qu'au Québec ou au Canada plus élevée dans le GE que dans le GT  <i>Au prétest :</i> - Élèves encore dans l'étude à 9 mois : plus souvent des filles (P < 0,001), plus jeunes (P < 0,001), inactives sexuellement (P < 0,001) et scores plus élevés pour les variables dépendantes	Élèves du 1 <sup>er</sup> cycle : 1) Report de la première relation sexuelle - Aucune différence significative entre GE et GT : comportement - Différence significative GE > GT : intention, attitude (directe), efficacité personnelle perçue, rôles sociaux perçus et regret anticipé 2) Utilisation du condom - Aucune différence significative entre GE et GT : comportement - Différence significative GE > GT : intention, rôles sociaux perçus - Différence significative pour les participants ayant les scores de base les plus faibles (attitude, perception de contrôle, norme morale, regret anticipé) 3) Satisfaction des jeunes - Perception positive des formateurs, message clair et utile, cours intéressants, éducatifs et motivants. Satisfaction générale : 89,2 %  Élèves du 2 <sup>e</sup> cycle : 1) Report de la première relation sexuelle - Aucune différence significative entre le GE et le GT : comportement et regret anticipé - Différence significative GE > GT : intention, perception de contrôle (directe et indirecte) et attitude (directe et indirecte), norme morale, efficacité personnelle perçue et rôles sociaux perçus - Efficacité personnelle perçue dans les situations de contrôle abusif significativement plus élevée dans GE (P = 0,0001) et plus importante chez les filles 2) Utilisation du condom - Différence significative GE > GT : utilisation de façon constante avec partenaire régulier ou occasionnel (P < 0,01) - Différence significative GE > GT : perception de contrôle (indirecte) et efficacité personnelle - Différence significative pour les participants ayant les scores de base les plus faibles (attitude, norme morale, regret anticipé) et chez les filles (perception de contrôle, rôles sociaux perçus et intention) 3) Satisfaction des jeunes - Perception positive des formateurs, message clair et utile, cours intéressants, éducatifs et motivants. Satisfaction générale : 94,5 %

<sup>11</sup> De 1 166 étudiants du premier cycle admissibles à l'étude, 945 ont accepté de participer.

# *Programmes visant les populations à moyen risque*

### Self Center (School-Linked Reproductive Health Services)

ZABIN, L. S., HIRSCH, M. B., SMITH, R. S., HARDLY, J. B. (1986). « Evaluation of a pregnancy prevention program for urban teenagers », *Family Planning Perspectives*, vol. 18 (3), p. 119-126.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composants du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
2 <sup>e</sup> génération	<p>1) Augmenter les connaissances de base sur la sexualité par rapport à celles déjà contenues dans le programme scolaire.</p> <p>2) Réduire le nombre de grossesses non désirées.</p>	<p>Travailleurs sociaux et infirmières</p> <p>Formation non précisée</p>	<p>Milieu scolaire et clinique</p> <p>Jeunes de 12 à 18 ans socioéconomiquement désavantagés, d'origine afro-américaine et de milieu urbain</p> <p>a) <i>Volet à domicile</i> : 1 visite au domicile</p> <p>Sujets abordés : services offerts en clinique et santé reproductive</p> <p>b) <i>Volet école</i> : consultation individuelle ou en groupe</p> <p>c) <i>Volet clinique</i> : consultation individuelle ou en groupe</p> <p>Sujets abordés : développement personnel, fixation de buts, communication avec les parents</p> <p>Services offerts : consultation sur la contraception, test de grossesse, services médicaux et de référence</p>	<p>1 rencontre par année dans chaque famille (durée non précisée) + consultation individuelle à contenu éducatif offerte pendant un an</p>	ND	<p><i>Stratégies pédagogiques</i> : groupe de discussion, vidéos</p>	<p>1) La santé sexuelle</p> <p>2) La responsabilité personnelle</p> <p>3) L'importance de se fixer des buts</p> <p>4) La communication avec les parents</p>	Non précisés

### Self Center (School-Linked Reproductive Health Services)

ZABIN, L. S., HIRSCH, M. B., SMITH, R. S., HARDLY, J. B. (1986). « Evaluation of a pregnancy prevention program for urban teenagers ». *Family Planning Perspectives*, vol. 18 (3), p. 119-126.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1984-1986	Baltimore, Etats-Unis	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test 1 (6 mois) Post-test 2 (18 mois) Post-test 3 (24 mois)	<i>Évaluation des :</i> 1) connaissances; 2) attitudes; 3) comportements en rapport avec les conduites sexuelles, la contraception, la grossesse à l'adolescence, la parentalité, la communication avec les pairs et les parents et les ambitions scolaires.	Questionnaire auto-administré à 4 reprises  Validation de l'instrument : ND	Les élèves de 4 écoles de Baltimore, de la 7 <sup>e</sup> à la 12 <sup>e</sup> année	GE = 2 écoles Prétest : Garçons = 667 Filles = 1 033 Post-test 3 : Garçons = 506 Filles = 695  GT = 2 écoles Prétest : Garçons = 944 Filles = 1 002 Post-test 3 : Garçons = 860 Filles = 889  Âge moyen = ND  <i>Au prétest :</i> - GE = GT pour le statut socioéconomique; - 90 % des jeunes sont qualifiés pour le <i>school lunch program</i> .  Des participants des 7 <sup>e</sup> et 8 <sup>e</sup> années : - 47 % des filles sont actives sexuellement; - 11 % des filles ont déjà été enceintes.  Des participants de la 9 <sup>e</sup> année du programme de la <i>junior high school</i> : - 92 % des garçons sont actifs sexuellement; - 54 % des filles sont actives sexuellement; - 20 % des filles ont déjà été enceintes.  De tous les jeunes du <i>junior high school</i> : - 71 % des garçons et des filles actifs sexuellement ont déjà utilisé une méthode contraceptive et 56 % d'entre eux en ont utilisé une à leur dernière relation sexuelle.  De tous les jeunes du <i>senior high school</i> : - 89 % des garçons et filles sexuellement actifs ont déjà utilisé une méthode contraceptive; - 22 % des filles ont déjà été enceintes.	<i>Du prétest au post-test 3 :</i> 1) Connaissances - Augmentation des connaissances en rapport avec la contraception et le risque de grossesse : GE > GT (P < 0,01) - Augmentation des connaissances en rapport avec les menstruations et la fertilité : Filles : GE > GT (P < 0,01) Garçons : changement non significatif - Augmentation des connaissances en rapport avec des méthodes contraceptives inefficaces : GE > GT (P < 0,01) 2) Attitudes - Corrélation significative entre une attitude positive envers la grossesse à l'adolescence et une pratique de la contraception inefficace - Acceptation de la grossesse à l'adolescence : Diminution non significative dans GE - Le meilleur moment pour être parent et se marier : Au prétest : 50 % considèrent que l'âge idéal pour avoir des enfants est inférieur à l'âge idéal pour se marier. Au post-test 3 : GE = diminution de ce pourcentage chez les filles (non significative) GT = augmentation de ce pourcentage chez les filles (non significative) - Moment où une relation sexuelle est « acceptable » : Au prétest : 33 % considèrent que c'est « acceptable » au tout début d'une rencontre. Au post-test : GE = aucun changement; GT = diminution non significative du pourcentage 3) Comportements - Report de la première relation sexuelle : Aucun changement significatif - Augmentation des visites à une clinique de planification familiale : GE > GT (P < 0,01) - Utilisation d'une méthode contraceptive qui demande une préparation d'un des deux partenaires : GE > GT (P < 0,01) - Utilisation de la pilule à la dernière relation sexuelle : GE > GT (P < 0,01) - Aucune méthode contraceptive utilisée à la dernière relation sexuelle : Filles : GE = 20 % < GT = 49 % (signification non précisée) - Augmentation du taux de grossesse (P = ND) <sup>12</sup> : 16 mois après le prétest : GE = ↑13 % < GT = ↑50 % 20 mois après le prétest : GE = ↓22,5 % < GT = ↑39,5 % 28 mois après le prétest : GE = ↓30,1 % < GT = ↑57,6 %

<sup>12</sup> Les chercheurs ont utilisé les données du système d'école publique de Baltimore pour ces résultats.  
*La prévention des problèmes liés à la sexualité chez les adolescentes et les adolescents*

### School/Community Program for Sexual Risk Reduction among Teens

PAINE-ANDREWS, A., HARRIS, K. J., FISHER, J. L., LEWIS, R. K., WILLIAMS, E. L., FAWCETT, S. B., VINCENT, M. L. (1999). « Effects of a replication of a multicomponent model for preventing adolescent pregnancy in three Kansas communities », *Family Planning Perspectives*, vol. 31 (4), p. 182-189.

VINCENT, M. L., CLEARIE, A. F., SCHLUCHTER, M. D. (1987). « Reducing adolescent pregnancy through school and community-based education », *JAMA*, vol. 257 (24), p. 3382-3386.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	<p>1) Réduire le nombre de grossesses non désirées.</p> <p>2) Favoriser le report de la première relation sexuelle.</p> <p>3) Faire la promotion d'un usage efficace des différents moyens de contraception, dont le condom, chez les adolescents actifs sexuellement.</p>	<p>Enseignants : 3 cours universitaires d'éducation à la sexualité ont été offerts à tous les enseignants (détails non précisés)</p> <p>Pairs : détails et durée de la formation non précisés.</p> <p>Parents et leaders de la communauté : 5 sessions de 2 heures visant l'amélioration des habiletés à jouer le rôle de modèle</p>	<p>Milieu scolaire et communauté</p> <p>Jeunes de 6 à 18 ans, de différentes origines ethniques et de milieu rural</p> <p>a) <i>Volet « École »</i> : 1) Éducation à la sexualité pour les enseignants 2) Éducation à la sexualité globale et appropriée de l'âge de la maternelle à la 12<sup>e</sup> année 3) Collaboration avec les administrations des écoles</p> <p>b) <i>Volet « Communauté »</i> : 1) Collaboration avec les services de santé de la communauté et les médias de masse, publicité 2) Création d'autres activités pour les jeunes</p>	<p>a) <i>Volet « École »</i> : programme intensif, offert de la maternelle jusqu'à la 12<sup>e</sup> année, intégré aux cours de biologie, de sciences, de sciences sociales et aux autres cours</p> <p>Aucun cours particulier ne porte le nom d'« éducation à la sexualité ».</p>	<p>Théorie de l'apprentissage social</p> <p>Théorie de la diffusion</p>	<p>Éducation par les pairs</p> <p><i>Stratégies pédagogiques</i> : les activités mettent l'accent sur la résolution de problème, la considération des options de rechange, l'évaluation des risques et conséquences, la prise de décision éclairée et le fait d'assumer la responsabilité de ses actions (type d'activité non précisé).</p>	<p>1) Report de la première relation sexuelle</p> <p>2) Utilisation efficace de la contraception, incluant le condom</p> <p>3) Alcool, drogue, nutrition, contrôle du poids et du tabagisme</p>	<p>1) Augmenter ses habiletés de prise de décision.</p> <p>2) Améliorer ses habiletés de communication interpersonnelle.</p> <p>3) Augmenter son estime de soi.</p> <p>4) Ajuster ses valeurs avec celles de sa famille et de sa communauté.</p> <p>5) Augmenter ses connaissances au sujet de la reproduction, de la physiologie et de la contraception.</p>

### School/Community Program for Sexual Risk Reduction among Teens

VINCENT, M. L., CLEARIE, A. F., SCHLUCHTER, M. D. (1987). « Reducing adolescent pregnancy through school and community-based education », *JAMA*, vol. 257 (24), p. 3382-3386.

KOO, H. P., DUNTEMAN, G. H. (1994). « Reducing adolescent pregnancy through a school- and community-based intervention : Denmark, South Carolina, revisited », *Family Planning Perspectives*, vol. 26 (5), p. 206-213.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1982-1985	Caroline du Sud, États-Unis	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupes témoins (6 GT)  Prétest Post-test (suivi de 1981 à 1986)	Suivi du taux de grossesse	Utilisation des données de l'Office of Vital Records and Public Health Statistics	Population homogène, rurale, à faible revenu et à faible éducation	Filles âgées de 14-17 ans  Âge moyen = ND  Groupes comparables  - 58 % afro-américains - 42 % caucasiens	Suivi du taux de grossesse :  GE = de 77 pour 1 000 en 1981-1982 à 37 pour 1 000 en 1984-1986 (P < 0,01)  GC = entre 74 et 90 pour 1 000 en 1981-1982 à entre 67 et 82 pour 1 000 en 1984-1986 (P < 0,05 selon le GT)  Koo et coll. (1994) ont observé une augmentation du taux de grossesse après l'arrêt du programme, passant de 37 pour 1 000 en 1984-1986 à 66 pour 1 000 en 1987-1988 (P < 0,05).

### School/Community Program for Sexual Risk Reduction among Teens (reproduction)

PAINE-ANDREWS, A., HARRIS, K. J., FISHER, J. L., LEWIS, R. K., WILLIAMS, E. L., FAWCETT, S. B., VINCENT, M. L. (1999). « Effects of a replication of a multicomponent model for preventing adolescent pregnancy in three Kansas communities », *Family Planning Perspectives*, vol. 31 (4), p. 182-189.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1994-1997	2 villes du Kansas, États-Unis : Geary et Franklin	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupes témoins (GT)  Prétest Post-test (2 ans)	<p><i>Évaluation :</i></p> <p>1) du report de la première relation sexuelle;</p> <p>2) de l'utilisation du condom;</p> <p>3) de l'âge de la première relation sexuelle;</p> <p>4) du taux de grossesse.</p>	<p>Questionnaire auto-administré</p> <p>Instruments validés : <i>Adolescent Curriculum Evaluation</i> (ACE) et <i>Youth Risk Behavior Survey</i> (YRBS)</p>	<p>Ville de Geary :</p> <p>66 % caucasiens 23 % afro-américains 6 % hispaniques 4 % asiatiques 1 % autochtones</p> <p>Ville de Franklin :</p> <p>97 % caucasiens 2 % hispaniques 1 % afro-américains</p>	<p>Jeunes de la 9<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année</p> <p>Ville de Geary : Prétest (1994) : N = 1 004 Post-test (1997) : N = 952</p> <p>Ville de Franklin : Prétest (1994) : N = 710 Post-test (1996) : N = 817</p> <p>Âge moyen = ND</p> <p>Taux de grossesse en 1993 : - Ville de Geary : 69 pour 1 000 (filles de 14-17 ans) - Ville de Franklin : 80 pour 1 000 (filles de 15-19 ans)</p> <p>Pour la comparaison des taux de grossesse : - La ville de Geary (GE) a été jumelée aux populations comparables de 5 villes des États-Unis (GT). - La ville de Franklin (GE) a été jumelée aux populations comparables de 3 villes des États-Unis (GT).</p>	<p>1) Report de la première relation sexuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ville de Geary (du prétest au post-test) - Nombre de filles des 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> années n'ayant jamais eu de relation sexuelle : passant de 51 % à 38 % (P = 0,003) - Nombre de garçons des 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> années n'ayant jamais eu de relation sexuelle : passant de 63 % à 43 % (P = 0,0001)</li> </ul> <p>• Ville de Franklin Aucun changement significatif</p> <p>2) Utilisation du condom : • Ville de Geary (du prétest au post-test) - Nombre de garçons des 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> années utilisant le condom : passant de 39 % à 55 % (P = 0,031)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ville de Franklin Aucun changement significatif</li> </ul> <p>3) Âge de la première relation sexuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ville de Geary (du prétest au post-test) - Nombre de garçons rapportant avoir eu leur première relation sexuelle à l'âge de 14-15 ans : passant de 34 % à 36 % (P = ND) - Nombre de filles rapportant avoir eu leur première relation sexuelle à l'âge de 14-15 ans : passant de 55 % à 56 % (P = ND)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ville de Franklin (du prétest au post-test) - Nombre de garçons rapportant avoir eu leur première relation sexuelle à l'âge de 14-15 ans : passant de 40 % à 34 % (P = ND) - Nombre de filles rapportant avoir eu leur première relation sexuelle à l'âge de 14-15 ans : passant de 57 % à 52 % (P = ND)</li> </ul> <p>4) Taux de grossesse (filles de 14-17 ans)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ville de Geary (du prétest au post-test) GE passant de 63 pour 1 000 à 56 pour 1 000 (non significatif) GT passant de 60 pour 1 000 à 69 pour 1 000</li> <li>• Ville de Franklin (du prétest au post-test) GE passant de 41 pour 1 000 à 37 pour 1 000 (non significatif) GT passant de 39 pour 1 000 à 37 pour 1 000</li> </ul>



### Teen Outreach Program

ALLEN, J. P., PHILLIBER, S., HOGGSON, N. (1990). « School-based prevention of teen-age pregnancy and school dropout : process evaluation of the national replication of the Teen Outreach Program », *American Journal of Community Psychology*, vol. 18 (4), p. 505-524.

ALLEN, J. P., PHILLIBER, S., HERRLING, S., KUPERMIC, G. P. (1997). « Preventing Teen Pregnancy and Academic Failure : Experimental Evaluation of a Developmentally Based Approach », *Child Development*, vol. 64 (4), p. 729-742.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	<p>1) Réduire le nombre de grossesses.</p> <p>2) Réduire le nombre d'échecs, de suspensions et de cas de décrochage scolaires.</p>	<p>Enseignants, communauté et mentors</p> <p>Détails de la formation des enseignants et des mentors non précisés</p>	<p>Milieu scolaire et communauté</p> <p>Jeunes de 12 à 18 ans, de différentes origines ethniques, à haut risque, tels les mères adolescentes, les jeunes avant des difficultés scolaires et les décrocheurs</p> <p>a) <i>Volet « Bénévolut »</i> : minimum une demi-heure de bénévolat par semaine</p> <p>b) <i>Volet « École »</i> : 1 rencontre de groupe par semaine</p>	<p>Au moins 20 heures de bénévolat durant l'année scolaire + 1 rencontre d'une heure en classe par semaine (pendant l'année scolaire)</p>	Théorie de l'autonomisation ( <i>empowerment</i> )	<p><i>Helper therapy</i></p> <p><i>Stratégies pédagogiques</i> : exercices en groupe, discussions en groupe, partage d'expériences, témoignages, vidéos et présentation d'information</p>	<p>1) Aspects sociaux et développementaux de l'adolescence et de ses différentes étapes</p> <p>2) Croissance et développement humain</p> <p>3) Relations interpersonnelles</p> <p>4) Gérer le stress familial</p> <p>5) Faits saillants des aspects sociaux et émotionnels de la transition de l'adolescence à l'âge adulte, le tout en développant ses habiletés à communiquer et à prendre des décisions</p> <p>Seulement 10 à 15 % du programme est consacré à l'éducation à la sexualité.</p>	Non précisés dans la documentation consultée

### Teen Outreach Program

ALLEN, J. P., PHILLIBER, S., HOGGSON, N. (1990). « School-based prevention of teen-age pregnancy and school dropout : process evaluation of the national replication of the Teen Outreach Program », *American Journal of Community Psychology*, vol. 18 (4), p. 505-524.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1986-1987	États-Unis	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test (9 mois)	<i>Évaluation du nombre :</i> 1) de grossesses; 2) d'échecs scolaires; 3) de suspensions scolaires.	Questionnaire auto-administré  Instrument validé	Jeunes de 11 à 19 ans de 30 écoles	N final = 1 487 GE = 632 GT = 855  Garçons = 15 % Filles = 70 %  Âge moyen : 15,9 ans  50 % caucasiens 33 % afro-américains 10 % hispaniques  Groupes comparables	- Problèmes de comportement <sup>13</sup> Prétest pour 3 problèmes : GE = score de 0,80 > GT = score de 0,66 (P < 0,001) Post-test pour 4 problèmes : GE = score de 0,70 < GT = score de 0,80 (P < 0,04)  Aucune donnée existante par problème particulier  Chez les élèves de la 7 <sup>e</sup> à la 10 <sup>e</sup> année : - Corrélation entre la participation (présence aux ateliers en classe et nombre d'heures de bénévolat) et la diminution des problèmes de comportement.  - Corrélation entre le nombre d'activités implantées et la diminution des problèmes de comportement.

<sup>13</sup> Au prétest, trois questions ont été posées aux jeunes : 1) s'ils ont déjà été impliqués dans une grossesse; 2) s'ils ont échoué à un ou des cours durant l'année scolaire; 3) s'ils ont été suspendus de l'école. Au post-test, quatre questions ont été posées aux jeunes : 1) s'ils ont été impliqués dans une grossesse dans les neuf derniers mois; 2) s'ils ont échoué à un ou des cours durant l'année scolaire; 3) s'ils ont été suspendus de l'école; 4) s'ils ont abandonné l'école ou n'ont pas l'intention d'y retourner l'an prochain. Au prétest comme au post-test, les questions ont été réunies pour constituer une mesure unique des problèmes de comportement. C'est pourquoi les résultats se retrouvent sur 3 au prétest et sur 4 au post-test.

### Teen Outreach Program (reproduction 1)

ALLEN, J. P., PHILLIBER, S., HERRLING, S., KUPERMIC, G. P. (1997). « Preventing Teen Pregnancy and Academic Failure : Experimental Evaluation of a Developmentally Based Approach », *Child Development*, vol. 64 (4), p. 729-742.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1991 -1995	États-Unis	Devis expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test (9 mois)	<i>Évaluation du nombre :</i> 1) de grossesses; 2) d'échecs scolaires; 3) de suspensions scolaires.	Questionnaire auto-administré  Instrument validé	Jeunes de la 9 <sup>e</sup> à la 12 <sup>e</sup> année de 30 écoles	N final = 695  GE = 342 Filles = 86 % Garçons = 14 %  GT = 353 Filles = 83,3 % Garçons = 16,7 %  Âge moyen GE : 15,8 ans Âge moyen GT : 15,9 ans  67 % afro-américains 17 % caucasiens 12,9 % hispaniques  Groupes comparables (âge, genre, ethnie, scolarité des parents, famille monoparentale)	<i>Du prétest au post-test :</i>  1) Nombre de grossesses GE = passant de 6,1 % à 4,2 % (P < 0,05) GT = passant de 10 % à 9,8 %  41 % moins de risques de grossesse chez GE que chez GT.  2) Nombre d'échecs scolaires GE = passant de 30,3 % à 26,6 % (P < 0,001) GT = passant de 37,8 % à 46,8 %  39 % moins de risques d'échec scolaire chez GE que chez GT.  3) Nombre de suspensions scolaires GE = passant de 17 % à 13 % (P < 0,001) GT = passant de 23,8 % à 28,7 %  42 % moins de risques de suspension scolaire chez GE que chez GT.

### Teen Outreach Program (reproduction 2)

ALLEN, J. P., PHILLIBER, S. (2001). « Who benefits most from a broadly targeted prevention program? Differential efficacy across populations in the Teen Outreach Program », *Journal of Community Psychology*, vol. 29 (6), p. 637-655.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1996-2000	États-Unis	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT) Prétest Post-test	Évaluation du nombre : 1) d'implications dans une grossesse; 2) d'échecs scolaires; 3) de suspensions scolaires.	Questionnaire auto-administré Instrument validé	Jeunes de la 9 <sup>e</sup> à la 12 <sup>e</sup> année de 60 écoles	N final = 3 277 GE = 1 673 GT = 1 604  Âge moyen = 15,9 ans  75 % garçons 25 % filles  45 % afro-américains 37 % caucasiens 13 % hispaniques  Groupes comparables (âge, genre, ethnie, scolarité des parents, famille monoparentale)	1) Grossesses - Réduction du risque de grossesse ou d'implication dans une grossesse chez les adolescents : GE = 53 % moins de risques que GT (P < 0,001)  2) Nombre d'échecs scolaires - Garçons : GE = passant de 36 % à 35,5 % (P = ND) GT = passant de 37 % à 38,5 % - Filles : GE = passant de 32 % à 25 % (P = ND) GT = passant de 32 % à 35,5 %  - Jeunes d'ethnies non minoritaires : GE = passant de 28 % à 23 % (P = ND) GT = passant de 25,5 % à 27,5 % - Jeunes d'ethnies minoritaires : GE = passant de 36 % à 30,5 % (P = ND) GT = passant de 38 % à 44 %  Réduction du risque d'échec scolaire : GE = 60 % moins de risques que GT (P < 0,001)  Le programme est significativement plus efficace en matière de prévention de l'échec scolaire chez les filles et les minorités ethniques que chez les garçons et les jeunes des majorités ethniques.  3) Nombre de suspensions scolaires - Réduction significative du risque de suspension de l'école : GE = 52 % moins de risques que GT (P > 0,001)  En somme, le programme s'est révélé particulièrement efficace auprès des populations les plus à risque (p. ex. : les mères adolescentes, les jeunes ayant des difficultés scolaires et les décrocheurs).

### Poder Latino : A Community AIDS Prevention Program for Inner-City Latino Youth

SELLERS, D. E., McGRAW, S.-A., McKINLAY, J. B. (1994). « Does the promotion and distribution of condom increase teen sexual activity? Evidence from HIV prevention program for latino youth », *American Journal of Public Health*, vol. 84 (12), p. 1952-1958.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
2 <sup>e</sup> génération	<p>1) Accroître la vigilance vis-à-vis du VIH et du SIDA.</p> <p>2) Augmenter l'utilisation du condom.</p> <p>3) Réduire le nombre d'infections au VIH.</p>	<p>Pairs aidants</p> <p>Une formation est prévue, mais les détails de sa durée et de son contenu ne sont pas précisés.</p>	<p>Interventions multiples dans la communauté</p> <p>Jeunes de 14 à 19 ans d'Amérique latine et de milieu urbain</p> <p>a) Ateliers dans les écoles, les organismes et les centres de santé : information, discussion</p> <p>b) Visite à domicile dans les familles : information, discussion</p> <p>c) Présentation lors d'événements dans la communauté</p> <p>d) Porte-à-porte et distribution sur la rue de condoms et de dépliants sur leur utilisation</p> <p>e) Publicité dans les médias locaux (radio, télé) et affichage dans les entreprises locales</p> <p>f) Lettre envoyée trimestriellement par les pairs aidants</p>	18 mois (nombre et durée des rencontres non précisés)	ND	<p>Éducation par les pairs</p> <p>Postulat : la promotion et la distribution de condoms n'augmentent pas le nombre de comportements sexuels.</p> <p><i>Stratégies pédagogiques :</i> groupes de discussion</p>	<p>1) Les risques en rapport avec le VIH et le SIDA</p> <p>2) Le condom et l'utilisation du condom</p>	<p>1) Augmenter l'accessibilité des condoms dans la communauté.</p> <p>2) Augmenter l'utilisation du condom chez les jeunes latino-américains.</p>

### Poder Latino : A Community AIDS Prevention Program for Inner-City Latino Youth

SELLERS, D. E., McGRAW, S.-A., MCKINLAY, J. B. (1994). « Does the promotion and distribution of condom increase teen sexual activity? Evidence from HIV prevention program for latino youth », *American Journal of Public Health*, vol. 84 (12), p. 1952-1958.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1990-1991	(GE) Boston, Massachusetts, États-Unis (GT) Hartford, Connecticut, États-Unis	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test (18 mois)	<i>Évaluation :</i> 1) du report de la première relation sexuelle; 2) du nombre de partenaires sexuels; 3) de l'utilisation du condom.	Entrevues par interviewers formés et bilingues	586 adolescents  Appartenance des villes pour les caractéristiques de la population	N de départ = 586 N final = 536 (91,5 %) <sup>14</sup>  Adolescents latino-américains de 14 à 20 ans (94 % portoricains)  <i>Au prétest :</i> 256/536 n'avaient jamais eu de relations sexuelles.	1) Report de la première relation sexuelle - Première relation sexuelle entre le pré et le post-test : Pour les garçons : GE < GT. GE 8 % moins de chances de devenir sexuellement actifs que GT (P = 0,05) Pour les filles : GE = GT  2) Nombre de partenaires sexuels entre le pré et le post-test - Avoir eu 2 partenaires ou + dans les 6 mois précédant le post-test : Pour les garçons : GE = GT (non significatif) Pour les filles : GE < GT (P < 0,01)  3) Changement dans le nombre de relations sexuelles entre le pré et le post-test Aucune différence significative entre GE et GT  4) Utilisation du condom - Avoir un condom en sa possession au post-test : GE > GT GE = garçons 2,3 (P < 0,01) et filles = 2,0 (P < 0,07) fois plus de chances d'avoir un condom en sa possession que GT

<sup>14</sup> Le nombre d'adolescents par groupe GE et GT n'est pas mentionné dans l'étude.

## Sex-oh-fun

PAQUET, F., PELLETIER, M. (1998). *Guide d'animation et d'intervention sur la sexualité des jeunes de 12 à 16 ans : le sex-oh-fun*, Longueuil, CLSC Longueuil-Ouest, 538 pages.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	Développer chez les jeunes une sexualité autonome et responsable selon des modalités épanouissantes en leur fournissant des possibilités de connaître et de comprendre certaines dimensions de leur sexualité.	Intervenants Aucune formation	Milieu scolaire Jeunes de 12 à 16 ans en difficulté d'adaptation sociale Démarche en quatre étapes : 1) Prise de contact et sondage des besoins auprès des jeunes. 2) Analyse de ces besoins et planification de l'intervention. 3) Intervention auprès des jeunes. 4) Évaluation.	Le guide a été conçu de manière à permettre aux intervenants de planifier le nombre de rencontres nécessaires et possibles en fonction des besoins des jeunes et des ressources disponibles. L'ordre et le nombre des activités par rencontre sont laissés à la discrétion des intervenants. Cependant, les auteurs recommandent des interventions de 4 à 12 rencontres de 50 minutes.	Théorie de l'autonomisation ( <i>empowerment</i> )	Approche expérientielle <i>Stratégies pédagogiques</i> : approche par le jeu, coopération entre pairs, discussion et partage en groupe	1) Le condom 2) La contraception 3) Les relations sexuelles 4) Les relations garçons-filles 5) La grossesse 6) L'épanouissement sexuel et ses paradoxes 7) La sexualité en général	1) Offrir au jeune des possibilités d'interagir avec ses pairs. 2) Faire découvrir au jeune ses goûts, ses choix, ses valeurs, ses opinions et lui donner les moyens de les affirmer et de les actualiser. 3) Améliorer l'estime de soi des jeunes. 4) Augmenter les habiletés à se protéger des ITS et du SIDA. 5) Prévenir les grossesses et réfléchir sur ce que cela implique.

## Sex-oh-fun

LAMBERT, M. (2002). *Évaluation d'implantation du guide SEX-OH-FUN dans les services de réadaptation en internat des centres jeunesse de la Montérégie, Longueuil, Les centres jeunesse de la Montérégie*, 67 pages.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
2000	Montérégie	Évaluation du degré de mise en œuvre (implantation) de nature descriptive et selon une approche qualitative	<p>1) Mesurer le degré d'accomplissement du processus d'implantation.</p> <p>2) Décrire l'application du programme dans les services de réadaptation en internat.</p> <p>3) Relever les conditions facilitantes et les obstacles rencontrés en cours d'implantation.</p>	<p>Entretien téléphonique</p> <p>Rencontre de groupe selon une approche semi-structurée</p> <p>Entrevue individuelle</p> <p>Questionnaire écrit</p> <p>Registre d'activités</p>	<p>-Éducateurs (21 sur 37 potentiels) : rencontres de groupe et individuelles, questionnaire, registre d'activités</p> <p>- Chefs de service (17 sur 22 potentiels) : rencontres de groupe, questionnaire</p> <p>-Coordonnateurs et directrice des services de réadaptation : rencontres de groupe</p> <p>- Agents de développement du programme : rencontre individuelle, questionnaire</p>	<p>Non applicable</p>	<p>1) Mesurer le degré d'accomplissement du processus d'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'application du programme : De 09-1999 à 02-2000 : 27 % De 02-2000 à 05-2000 : 53 % De 09-2000 à 03-2001 : 61 % De 09-2001 à 03-2002 : 50 %</li> </ul> <p>Plus populaire chez les filles (78 %) que chez les garçons (38 %) (<math>P &lt; 0,04</math>); 8,5 activités en moyenne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modalités d'application : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 1 activité/semaine ou /2 semaines, donnée à tout le groupe ou à des sous-groupes, par 1-2 animateurs.</li> <li>b) Avantage d'avoir une même éducatrice, accompagnée d'un éducateur de l'unité ciblée, qui donne le programme à tous les groupes (stabilité, taux élevé d'application, coûts moindres).</li> </ul> </li> <li>- Motifs de non-application : absence d'un éducateur formé, mobilité du personnel, jeunes trop immatures, surtout les plus jeunes, trop grand nombre d'activités, manque d'éducateurs, nombre insuffisant de jeunes, manque de temps de préparation, dynamiques difficiles entre les jeunes, instabilité du groupe de jeunes (mouvements de clientèle), jeunes hautement médicamenteux, restructuration des services de réadaptation, programme devenu obligatoire sans l'assentiment des chefs de service.</li> </ul> <p>2) Décrire l'application du programme dans les services de réadaptation en internat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme Infosexo à l'origine du guide <i>Sex-oh-fun</i>, lequel a été adopté comme outil d'intervention au Centre jeunesse de la Montérégie en 1999. Agent de développement en charge de former les éducateurs ciblés. Éducateur pivot nommé dans chaque campus (N = 4).</li> <li>- La moitié des activités mentionnées dans les registres proviennent d'autres programmes (Mon bien-être sexuel, L'éveil d'une sexualité adolescente, La trousse sur la prévention des grossesses adolescentes, ateliers maison). Le matériel est considéré comme approprié.</li> <li>- 57 % des éducateurs sont tout à fait d'accord pour que le programme continue. Clientèle jointe : 14-16 ans.</li> </ul> <p>3a) Relever les conditions facilitantes : s'adresser aux 12-16 ans, choix des activités en fonction des besoins, possibilité de bonifier, activités appropriées et apprêtées, utilisation individuelle possible, journées de formation selon les besoins, formation individuelle des éducateurs possible, implication continue de l'agent de développement, éducateurs stables, motivés et habiles en animation de groupe, formule de 2 éducateurs de sexe différent, soutien du chef de service, réduction des soirées de ménage et TV.</p> <p>3b) Relever les obstacles rencontrés en cours d'implantation : peu adapté aux 12-13 ans et 17-18 ans, manque d'approfondissement de certains thèmes, autres outils nécessaires pour répondre aux besoins, activités difficiles à intégrer dans le programme régulier, nombreuses formations nécessaires à cause de la mobilité du personnel, gestionnaires peu sensibles aux offres de formation, rôle d'éducateur pivot non activé, jeune âge des éducateurs, éducateurs temporaires, manque d'appui du chef de service, trop d'activités.</p>



## Mon bien-être sexuel et celui de l'autre

OTIS, J., BAILLARGEON, L., VERMETTE, G., FOURNIER, K., SÉGUIN, S., VEILLEUX, D., ROUSSEAU, J., BURELLE, R., AUDET, M.-C., GODIN, G., FORTIN, C. (1999). *Mon bien-être sexuel et celui de l'autre. Validation d'un design pédagogique destiné à mettre en œuvre l'approche expérientielle appliquée au bien-être sexuel et à la prévention des MTS et du SIDA auprès de jeunes en difficulté d'adaptation et d'apprentissage*, Sainte-Marie, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches, 122 pages.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
5 <sup>e</sup> génération	<p>1) Assurer le bien-être sexuel des jeunes.</p> <p>2) Développer des habitudes saines et responsables relatives aux choix en matière de santé sexuelle chez des jeunes en difficulté d'adaptation et d'apprentissage.</p>	<p>Enseignants</p> <p>Une formation est prévue pour les enseignants (durée et détails non précisés).</p>	<p>Milieu scolaire</p> <p>Jeunes de 15 à 18 ans en difficulté d'adaptation et d'apprentissage en milieu scolaire, soit les élèves en cheminement particulier continu et ceux du programme d'insertion sociale et professionnelle</p>	<p>20 activités de 75 minutes en 17 rencontres</p>	<p>Taxonomie expérientielle de Steiner et Bell</p> <p>Enseignement stratégique conçu par Jones et coll.</p> <p>4 stratégies d'apprentissage sont utilisées : les stratégies cognitives, métacognitives, affectives et de gestion de ressources.</p>	<p>Approche expérientielle</p> <p><i>Stratégies pédagogiques :</i>            exposés magistraux (acétates, diapositives), vidéos, discussions, travail d'équipe, jeux, jeux de rôles, mises en situation et apprentissage individuel (journal de bord, questionnaire)</p>	<p>1) Les concepts de bien-être et de sexualité</p> <p>2) Les plaisirs liés à la vie sexuelle</p> <p>3) Les relations amoureuses</p> <p>4) Les premières expériences sexuelles</p> <p>5) Les pratiques sexuelles</p> <p>6) Les orientations sexuelles</p> <p>7) Les risques et leurs conséquences</p> <p>8) La grossesse à l'adolescence</p> <p>9) Les ITS</p> <p>10) Les différentes méthodes contraceptives</p> <p>11) La communication</p> <p>12) L'alcool, la drogue et la sexualité</p> <p>13) L'affirmation de soi</p>	<p><i>Le programme permettra à l'apprenant :</i></p> <p>1) d'expliquer son intention d'adhérer au but du programme, c'est-à-dire adopter des habitudes responsables relatives à son bien-être sexuel et à celui de l'autre;</p> <p>2) de connaître et de comprendre les notions associées aux thèmes du programme (sexualité et relations sexuelles, contraception, prévention des ITS et du SIDA);</p> <p>3) d'acquérir les habiletés nécessaires à l'atteinte et au maintien de son bien-être sexuel personnel et de celui de l'autre;</p> <p>4) d'être en contact avec ses attitudes, de clarifier ses valeurs et de prendre conscience de leur effet sur son bien-être sexuel et celui de l'autre;</p> <p>5) de formuler opérationnellement ses intentions relatives aux comportements qu'il jugera appropriés dans des situations identiques mettant en jeu son bien-être sexuel et celui de l'autre;</p> <p>6) de procéder régulièrement à l'auto-évaluation des habitudes saines et responsables en voie d'acquisition ou acquises;</p> <p>7) de manifester sa préoccupation d'être un modèle pour les autres en relation avec les apprentissages visés.</p>

## Mon bien-être sexuel et celui de l'autre

OTIS, J., BAILLARGEON, L., VERMETTE, G., FOURNIER, K., SÉGUIN, S., VEILLEUX, D., ROUSSEAU, J., BURELLE, R., AUDET, M.-C., GODIN, G., FORTIN, C. (1999). *Mon bien-être sexuel et celui de l'autre. Validation d'un design pédagogique destiné à mettre en œuvre l'approche expérimentelle appliquée au bien-être sexuel et à la prévention des MTS et du SIDA auprès de jeunes en difficulté d'adaptation et d'apprentissage*, Sainte-Marie, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches, 122 pages.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1996	Régions de la Chaudière-Appalaches et de Québec	Pré-expérimental <sup>15</sup> Post-test 1 (mi-programme) Post-test 2 (fin programme)	1) des connaissances; 2) des perceptions; 3) des attitudes; 4) des croyances; 5) des valeurs; 6) de la communication; 7) des intentions; 8) de la satisfaction; 9) des comportements.	Méthodologie mixte : - Questionnaire auto-administré (instrument valide) - Appréciation écrite des élèves à la fin des étapes - Entrevues semi-dirigées - Comptes rendus des rencontres du comité de suivi	Elèves de 16 à 18 ans inscrits au secteur d'adaptation scolaire 4 écoles de la région de la Chaudière-Appalaches et 1 école de la région de Québec	N de départ = 171 N final = 118 (69 %) 42 % filles 58 % garçons Âge moyen = 16,7 ans  <i>Au prétest</i> (parmi les jeunes actifs sexuellement) : - 11,3 % ont déjà été confrontés à une grossesse; - 5,2 % à une ITS; - 21,7 % ont déjà passé le test de dépistage du VIH.	<i>Du prétest au post-test 2 (sur une échelle de 1 à 5) :</i> 1) Connaissances - Augmentation des connaissances sur la sexualité : score passant de 3,42 à 4,42 (P = 0,0001) 2) Perceptions - Perception de la gravité de contracter une ITS-SIDA : Diminution de la perception de la gravité de contracter une ITS ou le SIDA : score passant de 4,39 à 3,03 (P = 0,0001) - Perception du risque relatif aux ITS-SIDA : Augmentation de la perception du risque associé à ces infections : score passant de 4,43 à 4,81 (P = 0,0001) - Perception de la gravité de tomber enceinte : Changement non significatif (perception de la gravité élevée) - Perception du risque de grossesse : Changement non significatif (perception du risque élevé) 3) Attitudes - Attitude vis-à-vis de l'abstinence : Changement non significatif (attitude favorable) - Attitude vis-à-vis du condom : Augmentation de l'attitude favorable vis-à-vis du condom : score passant de 4,03 à 4,36 (P = 0,0001) 4) Croyances - Croyance en l'efficacité personnelle : Augmentation de l'efficacité personnelle globale : score passant de 4,02 à 4,31 (P = 0,0001) 5) Valeurs - Valeurs vis-à-vis de la sexualité : Augmentation des valeurs positives à l'égard de la sexualité : score passant de 4,46 à 4,66 (P = 0,0001) 6) Communication - Styles de communication : Augmentation du style de communication affirmatif : score passant de 3,93 à 4,34 (P = 0,0001) - Diminution du style passif : score passant de 2,63 à 2,19 (P = 0,0001) 7) Intentions - Intention vis-à-vis de l'abstinence : Changement non significatif (intention forte) - Intention vis-à-vis du condom : Augmentation de l'intention d'utiliser le condom : score passant de 4,38 à 4,75 (P = 0,0002) 8) Satisfaction - Appréciation du programme : appréciation positive, unanime et sans équivoque 9) Comportements - Usage de la pilule dans le dernier mois : Augmentation non significative : score passant de 4,05 à 4,30 (N = 30) : augmentation de la proportion des relations sexuelles protégées par la pilule de 6,3 % - Usage du condom dans le dernier mois : Augmentation non significative : score passant de 3,26 à 3,67 (N = 42) : augmentation de la proportion des relations sexuelles protégées par le condom de 10,3 %

<sup>15</sup> Sont considérés comme pré-expérimentaux les devis n'incluant aucun groupe contrôle (Ladouceur et Bégin, référence 47).

## Cascade aux pairs

HAIEK L. N., GUAY, M., PILOTE, F., THABET, C., BROCHU, S. (2000). *Intervention « Cascade aux pairs »*. Évaluation d'une intervention pour promouvoir l'utilisation du préservatif chez les adolescentes de la Montérégie, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 209 pages.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composants du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	<p>1) Augmenter l'utilisation du condom.</p> <p>2) Améliorer les connaissances au sujet des ITS.</p> <p>3) Favoriser l'acquisition d'attitudes et d'intentions responsables.</p> <p>4) Favoriser l'acquisition d'habiletés techniques et sociales pouvant contribuer à augmenter le taux d'utilisation du préservatif.</p>	<p>Intervenantes en CLSC</p> <p>Adolescentes tutrices</p> <p>Détails de la formation non précisés</p>	<p>CLSC</p> <p>Adolescentes de 14 à 20 ans sexuellement actives fréquentant une clinique médicale jeunesse</p> <p>a) <i>Volet « Clinique »</i> : 1) Recrutement des tutrices parmi les adolescentes fréquentant la clinique 2) Counseling individuel avec les tutrices après chaque rencontre</p> <p>b) <i>Volet « Intervention »</i> : 4 pochettes d'intervention contenant 14 activités</p>	<p>1 rencontre de recrutement</p> <p>3 rencontres + 1 rencontre de renforcement (durée non précisée)</p>	<p>Théorie du comportement planifié</p> <p>Théorie de l'apprentissage social</p> <p>Théorie du comportement interpersonnel</p>	<p>Apprentissage coopératif</p> <p><i>Stratégies pédagogiques</i> : jeux-questionnaires, jeu des dilemmes, jeu de manipulation du condom, jeu d'Action-Sida-Laval (détails de ce jeu non précisés), jeu de rôle, jeu d'improvisation, activité « sortie à la pharmacie »</p>	<p>1) Les ITS, leurs conséquences, les facteurs de risque et la vulnérabilité</p> <p>2) Le condom (caractéristiques, efficacité et utilisation adéquate)</p> <p>3) Les valeurs et le condom</p> <p>4) Les avantages et inconvénients du condom</p> <p>5) La consommation de drogues et d'alcool et les ITS</p>	<p>1) Nommer les principales maladies transmissibles sexuellement.</p> <p>2) Acquérir des connaissances en ce qui a trait aux ITS et aux facteurs de risque de les contracter.</p> <p>3) Nommer les moyens de se prémunir contre les ITS.</p> <p>4) Reconnaître les caractéristiques des préservatifs et de leur efficacité.</p> <p>5) Définir ses propres valeurs et attitudes par rapport à l'utilisation du préservatif.</p> <p>6) Se sentir concernée par le problème de la propagation des ITS.</p> <p>7) Nommer les conséquences d'une ITS.</p> <p>8) Reconnaître les avantages et les inconvénients de l'utilisation du préservatif.</p> <p>9) Juger de la résistance du préservatif.</p> <p>10) Donner en ses propres termes des arguments en faveur de l'utilisation du préservatif.</p> <p>11) Reconnaître l'influence de la prise de drogues et d'alcool dans la transmission des ITS.</p> <p>12) Acquérir une plus grande aisance à parler du préservatif.</p> <p>13) Reconnaître les situations où l'on risque de contracter une ITS.</p> <p>14) Acquérir des habiletés pour l'utilisation du préservatif.</p>

## Cascade aux paires

HAIEK, L. N., GUAY, M., PILOTE, F., THABET, C., BROCHU, S. (2000). *Intervention « Cascade aux paires »*. Évaluation d'une intervention pour promouvoir l'utilisation du préservatif chez les adolescentes de la Montérégie, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 209 pages.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1998-1999	Montérégie	Devis expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT) Prétest Post-test (6 mois)	Évaluation de : 1) l'intention d'utiliser le préservatif; 2) l'attitude vis-à-vis de l'utilisation du préservatif – mesure directe; 3) l'attitude vis-à-vis de l'utilisation du préservatif – mesure indirecte; 4) la norme subjective vis-à-vis de l'utilisation du préservatif – mesure directe; 5) la norme subjective vis-à-vis de l'utilisation du préservatif – mesure indirecte; 6) la perception de contrôle comportementale vis-à-vis de l'utilisation du préservatif – mesure directe; 7) la perception de contrôle comportementale vis-à-vis de l'utilisation du préservatif – mesure indirecte; 8) la norme morale vis-à-vis de l'utilisation du préservatif; 9) du pourcentage des relations sexuelles protégées par le préservatif; 10) de l'utilisation constante (100 %) du préservatif pendant les relations sexuelles avec pénétration.	2 questionnaires téléphoniques Instruments validés	1) Adolescentes sexuellement actives qui demandent des services de santé et qui résident sur les territoires des CLSC <sup>16</sup> participants 2) Amies des premières Critère d'exclusion : avoir un problème médical ou psychosocial majeur	N de départ = 626 Tutrices = 229 Amies = 397  N final = 600 (95,8 %) Tutrices = 206 GE = 121 GT = 85 Amies = 394 GE = 230 GT = 164  Âge moyen = 16,1 ans  <i>Au prétest :</i> - 80 % des participantes sont actives sexuellement; - l'âge moyen de la première relation sexuelle est de 14,5 ans; - les participantes disent avoir eu en moyenne 3 partenaires sexuels; - l'utilisation moyenne du préservatif est de 50 %; - 20 % GE et 17 % GT disent avoir utilisé le préservatif dans 100 % de leurs relations sexuelles depuis le début de leur vie sexuelle.  Groupes comparables	Aucun changement significatif pour l'ensemble des variables à l'étude <sup>17</sup> .  Exception : - Participantes nouvellement actives sexuellement et utilisant un préservatif : Au post-test : GE = 72 % > GT = 37 % (P < 0,05)

<sup>16</sup> Appariement des CLSC pour la taille, la proportion de 15-19 ans, la proportion de personnes à faible revenu, la proportion de population rurale et l'indice de morbidité.

<sup>17</sup> Dans l'ensemble, l'intervention « n'a démontré que très peu d'effets sur les comportements préventifs des participantes » (Haiek et coll., référence 50).

### Safer Choices

COYLE, K., BASEN-ENQUJIST, K., KIRBY, D., PARCEL, G., BANSPACH, S., COLLINS, J., BAUMLER, E., CARIJVAL, S., HARRIST, R. (2001). « Safer Choices : reducing teen pregnancy, HIV, and STDs », *Public Health Reports*, vol. 116 (Supplement 1), p. 82-93.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	<p>1) Prévenir le VIH, les ITS et les grossesses non désirées.</p> <p>2) Réduire le nombre de relations sexuelles non protégées, en encourageant l'abstinence, ou l'utilisation du condom pour ceux et celles qui sont actifs sexuellement.</p>	<p>Enseignants</p> <p>Détails de la formation non précisés</p>	<p>Milieu scolaire</p> <p>Jeunes de 15-16 ans ayant déjà eu des relations sexuelles, d'origine ethnique différente et de différents milieux (urbain et semi-urbain)</p> <p>5 composantes :</p> <p>1) L'organisation scolaire : formation d'un conseil de promotion de la santé impliquant les enseignants, les élèves, les parents, les administrateurs et les représentants de la communauté<sup>18</sup>.</p> <p>2) Le programme : implantation de 20 sessions sur 2 années scolaires (10 sessions par année scolaire).</p> <p>3) L'environnement scolaire : formation d'une équipe de pairs Safer Choices qui rencontre un adulte coordonnateur afin de planifier différentes activités.</p> <p>4) L'éducation des parents : distribution aux parents de 3 bulletins d'information sur le programme et la sexualité; le programme prévoit aussi des activités parent-enfant à faire à la maison.</p> <p>5) Les liens entre la communauté et l'école : activités visant à faire connaître les services existants dans la communauté.</p>	<p>2 années scolaires</p> <p>20 sessions (durée non précisée) qui s'échelonnent sur 2 années scolaires</p>	<p>Théorie de l'apprentissage social</p> <p>Théorie de l'influence sociale</p>	<p>Modèle de changement à l'école (<i>models of school change</i>)</p> <p><i>Stratégies pédagogiques</i> : jeux de rôle et autres activités non précisées</p>	<p>1) ITS et VIH</p> <p>2) Abstinence et contraception</p> <p>3) Affirmation de soi</p> <p>4) Utilisation du condom</p> <p>5) Communication avec le partenaire</p> <p>6) Résistances à l'utilisation du condom</p> <p>7) Risques liés aux ITS et au VIH</p> <p>8) Communication avec les parents</p>	<p><i>Modifier</i> :</p> <p>1) les connaissances au sujet des ITS et du VIH;</p> <p>2) les attitudes et les normes admises au sujet de l'abstinence et de l'utilisation du condom;</p> <p>3) les croyances des participants au sujet de leur habileté à dire non, à utiliser le condom et à communiquer avec leur partenaire au sujet des relations sexuelles;</p> <p>4) les résistances à l'utilisation du condom;</p> <p>5) la perception des risques liés aux ITS et au VIH;</p> <p>6) la communication avec les parents.</p>

<sup>18</sup> C'est ce conseil qui planifie et mène à terme les activités du programme.

### Safer Choices

COYLE, K., BASEN-ENGOUIST, K., KIRBY, D., PARCEL, G., BANSPACH, S., COLLINS, J., BAUMLER, E., CARIJAVAL, S., HARRIST, R. (2001). « Safer Choices : reducing teen pregnancy, HIV, and STDs », *Public Health Reports*, vol. 116 (Supplement 1), p. 82-93.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1993-1994	Californie et Texas, États-Unis	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test (7 mois)	<i>Évaluation :</i> 1) des connaissances; 2) des attitudes; 3) des croyances normatives; 4) de l'efficacité personnelle; 5) des obstacles psychologiques à l'utilisation du condom; 6) de la perception du risque; 7) de la communication avec les parents; 8) des comportements.	Questionnaire auto-administré  Instrument validé	10 écoles de la Californie  10 écoles du Texas	N de départ = 4 310 N final = 3 869 (90 %)  Aléation : GE = 5 écoles de la Californie GT = 5 écoles du Texas Échantillons comparables  Élèves de 9 <sup>e</sup> année  Garçons : 50 % Filles : 50 %  Âge moyen : ND  Caucasiens : 29 % Hispaniques : 29 % Afro-américains : 20 % Asiatiques : 14 % Autres : 8 %	<i>Du prétest au post-test :</i>  1) Connaissances - Augmentation des connaissances sur le VIH et les ITS : GE > GT (P < 0,05) 2) Attitudes - Attitude positive envers le condom : GE > GT (P = 0,00) - Attitude envers les relations sexuelles : GE = GT (P = 0,25) 3) Croyances normatives - Croyances normatives envers le condom : GE > GT (P = 0,05) - Croyances normatives envers les relations sexuelles : GE = GT (P = 0,43) 4) Efficacité personnelle - Efficacité personnelle dans l'utilisation du condom : GE > GT (P = 0,00) - Efficacité personnelle à refuser d'avoir des relations : GE = GT (P = 0,32) - Efficacité personnelle à communiquer ses limites au partenaire : GE = GT (P = 0,84) 5) Obstacles psychologiques à l'utilisation du condom - Diminution des obstacles psychologiques à l'utilisation du condom : GE > GT (P = 0,00) 6) Perception du risque - Meilleure perception du risque du VIH : Post-test GE > GT (P = 0,00) - Meilleure perception du risque des ITS : GE > GT (P = 0,02) 7) Communication avec les parents - Communication au sujet de la prévention du VIH, des ITS, de la grossesse et sur l'abstinence et l'utilisation du condom : Prétest GE = GT Post-test GE > GT (P = 0,03) 8) Comportements (pourcentage par groupe non disponible) Report de la première relation sexuelle : GE = GT (P = 0,60) Chez les jeunes actifs sexuellement : - Nombre de relations sans condom dans les 3 derniers mois : GE < GT (P = 0,03) - Nombre de partenaires (sans condom dans les 3 derniers mois) : GE < GT (P = 0,07) - Utilisation du condom à la dernière relation sexuelle : GE > GT (P = 0,02) - Utilisation d'une protection contre la grossesse à la dernière relation sexuelle : GE > GT (P = 0,03)

## Wise Guys

GOTTSEGEN, E., PHILLIBER, W. W. (2001). « Impact of a sexual responsibility program on young males », *Adolescence*, vol. 36 (143), p. 427-433.  
*Wise Guys*. Site Internet : <http://www.wiseguysnc.org>.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	<p>1) Prévenir la grossesse à l'adolescence.</p> <p>2) Prévenir la violence dans les relations amoureuses.</p>	<p>Intervenants</p> <p>Une formation est prévue (détails et durée non précisés).</p>	<p>Milieu scolaire ou organisme dans la communauté</p> <p>Garçons de 11 à 17 ans à risque (difficultés scolaires, décrochage, problèmes de comportement)</p>	<p>8 rencontres (durée non précisée)</p> <p>Le programme est flexible et s'offre aussi en session unique ou plus, selon les besoins.</p>	<p>Théorie de l'apprentissage social</p> <p>Les valeurs à la base du programme vont dans le sens suivant : les jeunes hommes ont un pouvoir, une intelligence, une force et une résilience incroyables.</p>	<p><i>Stratégies pédagogiques</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>remue-méninges, jeux de rôles, discussions, vidéos, tâches et travaux à accomplir à la maison</li> </ul>	<p>1) L'estime de soi</p> <p>2) Les valeurs personnelles et familiales</p> <p>3) La communication</p> <p>4) La masculinité</p> <p>5) La sexualité</p> <p>6) La violence dans les relations</p> <p>7) L'abstinence, la contraception, les ITS, et la parentalité</p> <p>Il s'agit de faire le lien entre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) la responsabilité et la prévention de la grossesse et</li> <li>b) l'estime de soi, les valeurs, les relations interpersonnelles saines, la sexualité humaine, la prise de décision et la fixation de buts (<i>goal-setting</i>).</li> </ul> <p>Ces thèmes servent à aborder trois grandes questions qui sont : Qui suis-je? Où vais-je? Comment y arriver?</p>	<p>1) Augmenter le pouvoir des jeunes hommes avec les connaissances dont ils ont besoin afin de prendre des décisions effectives.</p> <p>2) Encourager les jeunes hommes à se respecter eux-mêmes aussi bien que les autres.</p> <p>3) Aider les jeunes hommes à comprendre l'importance de la responsabilité, particulièrement de la responsabilité sexuelle.</p> <p>4) Aider les jeunes hommes à améliorer leur communication avec leurs parents, leurs éducateurs, leurs pairs ou toute autre personne.</p>

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1990-1994	Caroline du Nord, États-Unis	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT) Prétest Post-test 1 (2 mois) Post-test 2 (6 mois)	Évaluation des : 1) connaissances; 2) attitudes; 3) comportements.	Questionnaire auto-administré	Garçons éprouvant des difficultés scolaires ou ayant des problèmes de comportement, désignés par les directeurs des écoles	N de départ = non précisé N final = 480 GE = 335 GT = 145  Caucasiens : 63 % 7 <sup>e</sup> année : 76 % 12-13 ans : 74 %  <i>Au prétest :</i> - 52 % vivent avec leurs 2 parents; - 28 % du GE sont actifs sexuellement; - 38 % du GT sont actifs sexuellement.	1) Connaissances - Augmentation des connaissances au sujet de la sexualité : Du prétest au post-test 2 : GE > GT GE passant de 77 % à 88 % (P < 0,05) GT passant de 55 % à 63 %  2) Attitudes - Du prétest au post-test 2 : GE > GT - Augmentation non significative : droit aux filles de dire non, responsabilité de la prévention de la grossesse et relation entre les relations sexuelles et la masculinité  3) Comportements - Augmentation de l'utilisation de méthodes contraceptives : Du prétest au post-test 2 : GE > GT (P < 0,05) GE passant de 60 % à 88 % (P < 0,05) GT passant de 82 % à 76 %  - Augmentation de l'utilisation constante d'une méthode contraceptive (ont répondu toujours utiliser une méthode contraceptive) : Du prétest au post-test 2 : GE > GT (P < 0,05) GE passant de 41 % à 56 % (P < 0,05) GT passant de 76 % à 58 %  - Diminution de l'absence totale de l'utilisation d'une méthode contraceptive (ont répondu ne jamais utiliser de méthode contraceptive) : Du prétest au post-test 2 : GE > GT (P < 0,05) GE passant de 24 % à 12 % (P < 0,05) GT passant de 3 % à 12 %



### Juste entre nous : programme de promotion de l'utilisation du préservatif chez les jeunes<sup>19, 20</sup>

HAIEK, L. N., THABET, C., MOORE, D., BROCHU, S., BLAIN, A.-M. (2002). *Juste entre nous. Programme de promotion de l'utilisation du préservatif chez les jeunes*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 18 pages.

Génération de programmes	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	Amener les jeunes à prendre conscience des risques d'une relation sexuelle non protégée dans le but de les encourager à utiliser le préservatif à chacune de leurs relations sexuelles afin de prévenir la propagation des ITS.	Intervenants jeunesse <sup>21</sup>  Pairs animateurs <sup>22</sup>	Centre jeunesse, CLSC, maison de jeunes, etc.  Jeunes filles ou garçons de 14 à 20 ans actifs sexuellement ou non, fréquentant les ressources du milieu  Particulièrement approprié pour les jeunes moins sensibilisés aux risques des ITS et du VIH dont les comportements en favorisent la transmission.  <i>a) Volet « Juste entre jeunes » :</i> s'adresse aux jeunes et consiste en des jeux à faire en petites équipes de 3 ou 4.  <i>b) Volet « Intervenants-jeunes » :</i> consiste en un retour en grand groupe animé par l'intervenant. Ce retour comprend une discussion avec les jeunes sur les expériences vécues dans le volet « Juste entre jeunes » ainsi qu'un jeu supplémentaire pour les 2 dernières rencontres.	4 rencontres <sup>23</sup> d'une heure et quart à une heure trente, 10 activités en tout	ND <sup>24</sup>	Éducation par les pairs  <i>Stratégies pédagogiques :</i> jeux, jeux de rôles, jeux de improvisation, discussions, prix pour les gagnants	1) Les ITS et leurs conséquences 2) La contraception 3) Les comportements sécuritaires 4) L'utilisation constante du préservatif 5) L'érotisation du préservatif 6) La communication 7) L'affirmation de soi 8) L'influence des pairs	1) Informer sur les différentes maladies transmissibles sexuellement, sur leurs symptômes et leurs répercussions sur la santé. 2) Agir sur l'intention, l'attitude, la norme morale, la norme subjective et la perception de contrôle comportemental au regard de l'utilisation constante du préservatif chez l'ensemble des participants. 3) Acquérir des habiletés techniques permettant une manipulation adéquate du préservatif. 4) Développer le potentiel érotique du préservatif et répondre aux différentes questions liées à son utilisation. 5) Acquérir des habiletés sociales afin de mieux négocier, dialoguer et exiger l'usage du préservatif en tout temps.

19 Ce programme est le fruit des expérimentations et des évaluations des programmes Sans condom c'est non et Cascade aux pairs.

20 « *Juste entre nous* se démarque par son côté novateur puisqu'il n'implique pas la participation active des intervenants. Les jeunes sont laissés à eux-mêmes pour participer à des activités structurées » (Haiek et coll., référence 54).

21 Aucune formation n'est prévue. Cependant, l'intervenant doit prendre connaissance du contenu de chaque rencontre, et son rôle consiste à 1) s'occuper de la logistique des rencontres; 2) désigner un jeune par équipe qui animera les jeux du volet « Juste entre jeunes »; 3) préciser aux participants que tout ce qui sera dit ou écrit pendant les rencontres sera confidentiel; 4) être disponible pour les jeunes; 5) animer le volet « Intervenants-jeunes »; 6) stimuler les jeunes et les encourager à participer et à simplifier; 7) renforcer les messages de prévention.

22 Aucune formation n'est prévue. Les critères de sélection des pairs animateurs sont les suivants : « 1) Capacité d'animer et de gérer un groupe; 2) Capacité de lire l'information contenue dans chaque jeu; 3) Caractéristiques d'un leader positif; 4) Facilité à féliciter ses pairs; 5) Fiabilité; et 6) Influence positive sur les autres jeunes ».

23 Les auteurs recommandent d'échelonnement les trois premières rencontres sur trois semaines et d'attendre trois semaines avant de faire la quatrième et dernière rencontre.

24 Sans doute est-il approprié de se référer aux théories du programme Cascade aux pairs : théorie du comportement planifié, théorie de l'apprentissage social et théorie du comportement interpersonnel.

### **Juste entre nous : programme de promotion de l'utilisation du préservatif chez les jeunes**

HAIEK, L. N., THABET, C., MOORE, D., BROCHU, S. (2002). *Juste entre nous. Programme de promotion de l'utilisation du préservatif chez les jeunes*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 18 pages.

Ce programme n'a pas été évalué.

On trouve seulement l'appréciation suivante, avec une présentation du programme, sur le site Internet :

« Suite à cette intervention, plusieurs intervenants ont indiqué que les jeunes se sont montrés plus enclins à faire les premiers pas pour parler de sexualité ou pour demander des préservatifs ou encore pour obtenir une consultation médicale pour un dépistage des ITS. L'originalité de ce programme est de miser sur l'influence des pairs pour stimuler des changements de comportement chez les jeunes, et ce, à l'aide de jeux interactifs » (BLAIN, A.-M., 2005 : <http://www.refips.org/Tt%C3%A9sors/fiche48.htm>).

### California's Adolescent Sibling Pregnancy Prevention Program

EAST, P., KIERNAN, E., CHÁVEZ, G. (2003). « An evaluation of California Sibling Pregnancy Prevention Program », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35 (2), p. 62-70.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composants du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	Réduire le taux de grossesse chez les jeunes adolescentes.	Intervenants Aucune formation	Agence dans la communauté Frères et sœurs de jeunes enceintes ou de mères âgées de 11 à 17 ans, d'origine hispanique et de milieu économiquement défavorisé Gestion individuelle de cas, accompagnement, orientation scolaire, placement en emploi, activités de groupe, éducation à la sexualité, accès aux soins de santé reproductive, transport vers les établissements de santé, service de tutorat, aide pédagogique, aide juridique, accès à des activités sportives, activités de groupe	1 rencontre par mois (durée moyenne de 2 heures) L'évaluation mentionne, au total, une moyenne de 18,4 heures de services par participant (de 45 minutes à 95 heures).	ND	ND	1) L'abstinence 2) La contraception 3) Les soins de santé reproductive 4) Les messages médiatiques concernant l'image du corps et les comportements sexuels	Améliorer les compétences et les habiletés sociales.

### California's Adolescent Sibling Pregnancy Prevention Program

EAST, P., KIERNAN, E., CHÁVEZ, G. (2003). « An evaluation of California Sibling Pregnancy Prevention Program », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35 (2), p. 62-70.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1997-1999	Régions de la Californie, États-Unis	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test (9 mois)	<i>Évaluation :</i> 1) Communication parents-adolescents 2) Perception de commencer sa vie sexuelle 3) Perception de devenir parent 4) Intention de pratiquer l'abstinence 5) Report de la première relation sexuelle 6) Utilisation efficace de la contraception 7) Observance de la contraception dans les 9 derniers mois 8) Pourcentage d'utilisation de la contraception à la dernière relation sexuelle 9) Pourcentage de diagnostics d'ITS dans les 9 derniers mois 10) Délinquance (abandonner l'école sans permission)	Entrevue et questionnaire auto-administré  Questionnaire validé	Participants de 16 endroits où se donne l'Adolescent Sibling Pregnancy Prevention Program  Âge moyen de la cohorte = 13,5 ans Filles = 60 % Garçons = 40 %  Hispaniques = 77 % Afro-américains = 10 % Caucasiens = 8 % Autres = 5 %  Tous étaient frère ou sœur d'un jeune impliqué dans une grossesse.  Tous vivaient en milieu urbain.	N de départ = 1 594 N final = 1 271 (80 %)  GE = 731 GT = 445  Âge moyen = 13,5 ans  Heures de services reçues : filles > garçons (20,1 vs 15 heures, $P < 0,001$ )	<i>Du prétest au post-test :</i> 1) Communication parents-adolescents Aucun changement significatif  2) Perception de commencer sa vie sexuelle Aucun changement significatif  3) Perception de devenir parent Aucun changement significatif  4) Intention de pratiquer l'abstinence - Chez les filles : GE > GT ( $P < 0,05$ )  5) Report de la première relation sexuelle - Filles qui ont eu une première relation sexuelle entre le prétest et le post-test : GE = $\uparrow 7\% < GT = \uparrow 16\%$ ( $P < 0,01$ ) - Filles qui ont eu une grossesse : GE = $\uparrow 3,7\% < GT = \uparrow 6,5\%$ ( $P < 0,05$ )  6) Utilisation efficace de la contraception - Changement au score pré-post chez les garçons actifs sexuellement : GE = $\uparrow 0,38 > GT = \downarrow 0,18$ ( $P < 0,01$ )  7) Observance de la contraception dans les 9 derniers mois Aucun changement significatif  8) Pourcentage d'utilisation de la contraception à la dernière relation sexuelle Aucun changement significatif  9) Pourcentage de diagnostics d'ITS dans les 9 derniers mois Aucun changement significatif  10) Délinquance (abandonner l'école sans permission) - Changement au score pré-post chez les filles : GE = $\downarrow 0,12 < GT = \downarrow 0,18$ ( $P < 0,01$ )

## Decisión Adolescente Responsable

SILVA, M., ROSS, I. (2003). « Evaluation of a school-based sex education program for low income male high school students in Chile ». *Evaluation Program Planning*, vol. 26, p. 1-9.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composants du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	<p>1) Reporter la première relation sexuelle.</p> <p>2) Promouvoir une attitude positive envers l'abstinence à l'adolescence.</p> <p>3) Faciliter la communication avec les parents au sujet de la sexualité.</p>	<p>Enseignants</p> <p>La formation consiste en un séminaire intensif de 40 heures qui vise à rendre les enseignants à l'aise d'aborder différents sujets en rapport avec la sexualité. La formation comprend aussi l'acquisition d'habiletés à animer devant un groupe, à conduire des entrevues avec les parents et les jeunes et à utiliser des techniques non directives pour diriger des discussions en classe.</p>	<p>Milieu scolaire</p> <p>Jeunes de 15 à 17 ans provenant de milieux désavantagés et étudiant au secteur professionnel (<i>vocational high school</i>)</p> <p>1) Formation des enseignants</p> <p>2) Programme basé sur les compétences</p> <p>3) Inclusion des parents dans le programme</p>	1 atelier de 90 minutes par semaine durant toute l'année	Théorie de l'apprentissage social	<p>Approche basée sur les compétences (<i>skill-based approach</i>)</p> <p><i>Stratégies pédagogiques :</i></p> <p>groupes de discussion, jeux de rôles, mises en situation et devoirs à la maison avec la participation des parents</p>	<p>1) La sexualité humaine (information sur la reproduction, la réponse sexuelle humaine, la planification familiale, la contraception et les ITS)</p> <p>2) La prise de décision (acquérir des habiletés à communiquer et à s'affirmer, bâtir et maintenir des relations intimes (amitié et amour), connaître les risques associés aux relations précoces et connaître les autres comportements à risque [consommation de drogues et d'alcool])</p>	<p>1) Déceler les différentes influences sociales, soit la publicité et ses messages implicites et la pression des pairs incitant à s'engager dans une première relation sexuelle.</p> <p>2) Observer et exercer les habiletés nécessaires pour résister aux influences et aux pressions.</p> <p>3) Développer un style de communication affirmatif en même temps que des aptitudes psychosociales qui neutralisent la pression de devenir sexuellement actif.</p>

## Decisión Adolescente Responsable

SILVA, M., ROSS, I. (2003). « Evaluation of a school-based sex education program for low income male high school students in Chile », *Evaluation Program Planning*, vol. 26, p. 1-9.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1993-1998	Santiago, Chili	Quasi expérimental : avec séries temporelles (échantillon transversal des 4 années, de la 9 <sup>e</sup> à la 12 <sup>e</sup> année)  Prétest 1993 Post-test 1998	<i>Évaluation :</i> 1) du report de la première relation sexuelle; 2) de l'attitude à l'égard de l'abstinence; 3) de la communication; 4) de la satisfaction.	Questionnaire auto-administré  Instruments validés	700 garçons <sup>25</sup> d'une école de métier pour élèves économiquement défavorisés, de la 9 <sup>e</sup> à la 12 <sup>e</sup> année  5 % des jeunes de cette population sont considérés comme à risque.	N de 1993 = 92 (15 % des élèves de l'école choisis au hasard) N de 1998 = 196 (25 % des élèves de l'école choisis au hasard)  Moyenne d'âge : 1993 = 15,8 ans 1998 = 16,0 ans  Groupes comparables dans la mesure où il n'y a pas eu de changement dans les critères d'admission de l'école et qu'il n'y a pas de différence entre les caractéristiques démographiques des groupes.	1) Report de la première relation sexuelle - Diminution significative de la proportion de jeunes ayant des relations sexuelles : Passant de 37,5 % à 25,5 % (P < 0,05) pour les 10 <sup>e</sup> année Passant de 55 % à 30 % (P < 0,05) pour les 11 <sup>e</sup> année  2) Attitude à l'égard de l'abstinence - Changements positifs et significatifs dans l'attitude à l'égard de l'abstinence à l'adolescence : Passant de 2,76 à 3,44 (P < 0,05) pour les 10 <sup>e</sup> année Passant de 2,31 à 3,08 (P < 0,05) pour les 11 <sup>e</sup> année  3) Communication - Changements positifs de la communication avec les enseignants comme principales sources d'information sur la sexualité : Les enseignants sont passés de 21 % à 60,1 % (P < 0,05) Les parents, de 27,4 % à 26,4 % (non significatif) Les pairs, de 24,2 % à 9,4 % (P < 0,05) Les médias, de 27,4 % à 5,8 % (P < 0,05)  4) Satisfaction - 91 % des jeunes ont vécu le programme comme une expérience très positive. - 87 % des jeunes ont trouvé que le programme répondait à leurs besoins et à leurs questions. - 92 % sont très satisfaits de la performance des enseignants.

<sup>25</sup> Cinq pour cent des élèves de cette école sont considérés comme à très haut risque (famille dysfonctionnelle, abus sexuel, négligence).

*Programmes visant les populations à  
haut risque*

**Adolescent Living Safely : AIDS – Awareness, Attitudes & Actions**  
 ROTHERAM-BORUS, M. J., KOOPMAN, C., HAIGNERE, C., DAVIES, M. (1991). Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents, *JAMA*, vol. 266 (9), p. 1237-1241.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	Prévenir les infections au VIH.	Intervenants Formation intensive (détails non précisés)	Organisme dans la communauté  Jeunes âgés de 11 à 18 ans, itinérants ou en fugue, de différentes origines ethniques et de milieu urbain	20 rencontres d'une heure à une heure trente	ND	Inspiré de programmes utilisant des stratégies de développement des habiletés d'autogestion du comportement et de soutien par les pairs  <i>Stratégies pédagogiques :</i> vidéos, atelier d'art, jeux de rôles, groupe de discussion	1) Transmission du VIH-SIDA 2) Situations à risque 3) Ressources du milieu 4) Obstacles aux comportements sécuritaires	1) Développer et améliorer les habiletés interpersonnelles. 2) Faire la promotion de comportements d'autogestion. 3) Augmenter les connaissances concernant la prévention du VIH. 4) Fournir du soutien par les pairs pour la prévention de la transmission du VIH.



### Adolescent Living Safely : AIDS – Awareness, Attitudes & Actions

ROTHERAM-BORUS, M. J., KOOPMAN, C., HAIGNER, C., DAVIES, M. (1991). « Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents », *JAMA*, vol. 266 (9), p. 1237-1241.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1988-1990	New York, New York, États-Unis	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test 1 (3 mois) Post-test 2 (6 mois)	<i>Évaluation :</i> 1) de l'utilisation efficace du condom; 2) des comportements sexuels à risque; 3) de l'abstinence.	Entrevue semi-structurée Instrument validé	Itinérants de 11 à 18 ans fréquentant des organismes pour sans-abri	N final = 145 GE = 78 itinérants GT = 67 itinérants  Filles : 64 % Garçons : 36 %  Âge moyen : 15,5 ans  Afro-américains : 63 % Hispaniques : 22 % Caucasiens : 8 % Autres : 7 %  Nombre de jours d'hébergement : ± 37 (de 1 à 214 jours)  Groupes comparables (abstinence, nombre de partenaires sexuels, utilisation du condom)	1) Utilisation efficace du condom* (3-9 sessions) Prétest = 21 % Post-test 1 = 32 % Post-test 2 = 10 %  (10-14 sessions) Prétest = 18 % Post-test 1 = 41 % Post-test 2 = 21 %  2) Comportements à risque (relations non protégées)* (0-2 sessions) Prétest = 16 % Post-test 1 = 14 % Post-test 2 = 20 %  (10-14 sessions) Prétest = 27 % Post-test 1 = 3 % Post-test 2 = 10 %  3) Abstinence GE = GT (aucune différence significative)  * Pour les variables <i>utilisation efficace du condom</i> et <i>comportements à risque</i> , le nombre de sessions est associé à des effets significatifs du programme. Des résultats significatifs et durables se mesurent à partir de 15 sessions.

### Be Proud! Be Responsible! A Safer Sex Curriculum<sup>26</sup>

JEMMOTT III, J. B., JEMMOTT, L. S., FONG, G. T. (1992). « Reduction in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescent : effects of a AIDS prevention intervention », *American Journal of Public Health*, vol. 32 (3), p. 372-377.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	Prévenir le VIH et les autres ITS.	Educateurs (27 adultes afro-américains, moyenne d'âge de 36,2 ans, avec au moins 4 années de collège, expérience en éducation à la sexualité humaine et/ou en animation de petits groupes)  Formation avancée de 6 heures afin de donner fidèlement le contenu du programme (détails non précisés)	Organisme dans la communauté  Garçons de 13 à 18 ans, d'origine afro-américaine et de milieu urbain	1 rencontre de 5 heures le samedi 15 octobre 1988	Théorie de l'apprentissage social  Théorie de l'action raisonnée  Théorie du comportement planifié	<i>Stratégies pédagogiques :</i> discussions en petits groupes, vidéos, jeux de rôles, jeux, manipulation de condoms et exercices qui visent à renforcer les apprentissages et à encourager la participation (tout le matériel est adapté au stade de développement et à la culture des participants)	1) Le sens de la communauté 2) L'importance de protéger sa communauté aussi bien que ses membres contre les conséquences potentiellement négatives de relations sexuelles non protégées 3) L'estime et le respect de soi 4) Le plaisir de se sentir bien et de prendre des décisions sécuritaires en rapport avec la sexualité 5) L'évitement de situations à risque, l'abstinence 6) L'utilisation du condom et la monogamie	Améliorer les connaissances, les attitudes et les conduites en relation avec le VIH et les ITS.

<sup>26</sup> Le programme Be Proud! Be Responsible! A Safer Sex Curriculum s'adresse aux garçons. Nous retrouverons l'équivalent pour les filles dans le programme Skill-Based HIV/STD Risk Reduction Intervention, conçu par le même auteur.

## Be Proud! Be Responsible! A Safer Sex Curriculum

JEMMOTT III, J. B., JEMMOTT, L. S., FONG, G. T. (1992). « Reduction in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescent : effects of a AIDS prevention intervention », *American Journal of Public Health*, vol. 32 (3), p. 372-377.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1988	Philadelphie, Pennsylvanie, États-Unis	Expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test 1 (immédiatement après l'intervention) Post-test 2 (3 mois)  Durée des interventions de GE et GT : 5 heures en 1 journée	Évaluation : 1) de la satisfaction; 2) des connaissances; 3) des attitudes; 4) des intentions; 5) des comportements sexuels à risque; 6) de la désirabilité sociale.	Questionnaire auto-administré prétest : 90 minutes  Questionnaire auto-administré post-tests 1 et 2 : 60 minutes  Tous les questionnaires ont été validés.  Utilisation du <i>Marlowe-Crowne Social Desirability Scale</i>	Garçons afro-américains recrutés : 1) dans une consultation externe d'une clinique médicale de West Philadelphia (44 %); 2) dans les classes de 10 <sup>e</sup> , 11 <sup>e</sup> et 12 <sup>e</sup> année d'une école secondaire locale (32 %); 3) au YMCA local (24 %).	N final = 157  GE : N prétest = 85 N post-test 1 = 83-85 (selon les variables mesurées) N post-test 2 = 76-83 (selon les variables mesurées) Intervention GE : décrite ci-dessus  GT : N prétest = 72 N post-test 1 = 71-72 (selon les variables mesurées) N post-test 2 = 62-67 (selon les variables mesurées) Intervention GT : programme d'employabilité de même durée et de même intensité que le programme de prévention du GE  Âge moyen = 14,64 ans  <i>Au prétest :</i> - Garçons fréquentant l'école = 97 % - Nombre d'années de scolarité de leur mère = 13,8 années ± 3,2 - Utilisateurs de seringues = 4,5 % - Relations sexuelles anales = 2,3 % - Relations sexuelles exclusivement avec des hommes = 1,6 % - Bisexuels = 0,8 % - Plus d'un partenaire (pénétration) dans les 3 derniers mois = 33,9 % - Relations sexuelles anales dans les 3 derniers mois = 12,8 % - Non-utilisateurs de condom chez ceux qui ont eu des relations sexuelles dans les 3 derniers mois = 20,9 % - Utilisateurs réguliers du condom = 30,2 %  Taux de réponse à 3 mois = 96 % GE = GT	1) Satisfaction - Satisfaction des participants à l'égard du programme : GE = GT (Participants du GE recommanderaient davantage leur programme à leurs amis que participants du GT [P < 0,04].)  2) Connaissances - Connaissance du SIDA : Post-test 1 GE > GT (P < 0,001) Post-test 2 GE > GT (P < 0,003) (Amélioration des connaissances sur le SIDA liée au genre masculin de l'animateur.)  3) Attitudes - Attitudes moins favorables à l'égard des comportements sexuels à risque : Post-test 1 GE > GT (P < 0,004) Post-test 2 GE > GT (non significatif) (Augmentation des attitudes moins favorables à l'égard des relations sexuelles à risque liée au genre féminin de l'animateur.)  4) Intentions - Intention de s'engager dans des comportements sexuels à risque : Post-test 1 GE < GT (P < 0,0001) Post-test 2 GE < GT (P < 0,007)  5) Comportements sexuels à risque - Fréquence des comportements sexuels à risque dans les 3 mois précédant le post-test 2 : GE < GT (P < 0,01) (Réduction des comportements sexuels à risque liée au genre féminin de l'animateur.) - Fréquence de l'abstinence : GE = GT - Nombre de jours avec pénétration : GE < GT (significatif) - Nombre de partenaires sexuelles avec qui il y a eu pénétration : GE < GT (significatif) - Nombre de jours avec relations sexuelles sans condom : GE < GT (significatif) - Nombre de relations sexuelles avec une femme : GE < GT (significatif)  6) Désirabilité sociale GE = GT aux prétest, post-test 1 et post-test 2

### AIDS Prevention for Adolescents in School

WALTER, H. J., VAUGHAN, R. D. (1993). « AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students », *JAMA*, vol. 270 (6), p. 725-730.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	Prévenir le VIH, les ITS et les relations sexuelles sans protection.	Enseignants Formation de 8 heures La formation a été donnée aux enseignants par l'équipe de recherche à l'origine du programme et de son évaluation. Cette formation visait à s'assurer que les enseignants appliqueraient correctement le programme pédagogique. Le protocole de recherche prévoyait également un monitoring qui consistait à 1) enregistrer les séances enseignées et 2) observer tous les enseignants à deux reprises au moyen d'une grille standardisée vérifiant le degré de préparation, la fidélité à ce qui a été planifié, l'utilisation appropriée du matériel éducatif et l'habileté à garder l'attention dans la classe.	Milieu scolaire Jeunes de 15 à 17 ans, de milieu urbain et de différentes origines ethniques	6 séances d'une heure présentées sur 6 jours consécutifs	Théorie sociale-cognitive Théorie de l'influence sociale Modèle de croyance relatives à la santé. À noter qu'une évaluation des besoins a précédé l'élaboration du programme. )	<i>Stratégies pédagogiques :</i> jeux de rôles et autres activités expérimentielles	1) Faits concernant la transmission et la prévention du VIH 2) Risque et vulnérabilité de la communauté 3) Ressources de l'école et de la communauté 4) Comportements à risque des pairs 5) Valeurs et relations sexuelles 6) Habiletés nécessaires à la négociation du report de la première relation sexuelle 7) Utilisation adéquate du condom chez les jeunes qui sont actifs	1) Augmenter les connaissances au sujet du SIDA et du VIH. 2) Donner les habiletés nécessaires pour reconnaître et prévenir les comportements à risque d'infection au VIH. 3) Encourager les adolescents à prendre des décisions saines.

### AIDS Prevention for Adolescents in School

WALTER, H. J., VAUGHAN, R. D. (1993). « AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students », *JAMA*, vol. 270 (6), p. 725-730.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1990-1991	New York, New York, Etats-Unis	Devis expérimental : groupe (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test (3 mois)	Évaluation : 1) des connaissances; 2) des croyances; 3) de l'efficacité personnelle; 4) des comportements.	Questionnaire auto-administré  Instruments validés	Élèves de 12 à 20 ans de 4 écoles	N de départ = 1 201 N final = 867 (72 %)  GE = 477 GT = 390  Groupes comparables  Âge moyen = 15,7 ans  41,5 % garçons 58,5 % filles  37 % afro-américains 35 % hispaniques 28 % caucasiens et asiatiques  <i>Au prétest :</i> - 33 % ont déjà eu une relation sexuelle; - 50 % de ces 33 % disent n'avoir jamais utilisé le condom; - 20 % disent avoir eu au moins 2 partenaires; - 5 % de ces 20 % disent avoir eu ces relations avec des partenaires à haut risque (consommateurs de drogues injectables, inhalées ou fumées).	<i>Du prétest au post-test :</i> 1) Connaissances - Test de connaissances concernant la transmission et la prévention du SIDA : GE : score passant de 75,6 à 85,5; GT : score passant de 78,8 à 81,2 Δ score GE > Δ score GT (P < 0,001) 2) Croyances - Sa propre vulnérabilité : GE : score passant de 2,5 à 2,1; GT : score passant de 2,5 à 2,3 Δ score GE > Δ score GT (P < 0,01) - Avantages physiques, psychologiques et sociaux de s'engager dans des comportements sécuritaires : GE : score passant de 3,5 à 3,8; GT : score passant de 3,7 à 3,8 Δ score GE > Δ score GT (P < 0,01) - Empêchements physiques, psychologiques et sociaux à s'engager dans des comportements sécuritaires : GE : score passant de 4,4 à 4,5; GT : score demeurant à 4,4 Δ score GE > Δ score GT (P < 0,05) - Valeurs relatives aux comportements sécuritaires : GE : score passant de 5,4 à 5,5; GT : score demeurant à 5,4 Δ score GE > Δ score GT (non significatif) - Normes relatives aux comportements sécuritaires : GE : score passant de 2,8 à 2,9; GT : score passant de 2,8 à 2,9 Δ score GE > Δ score GT (P < 0,01) 3) Efficacité personnelle - Croyance en son habileté à avoir des comportements préventifs : GE : score passant de 3,7 à 3,9; GT : score passant de 3,7 à 3,8 Δ score GE > Δ score GT (P < 0,01) 4) Comportements - Score global à l'échelle de risque (5 items <sup>27</sup> ) : GE : score passant de 1,5 à 1,3; GT : score passant de 1,0 à 1,3 Δ score GE < Δ score GT (P < 0,01) - Abstinence : aucun effet significatif Élèves qui sont devenus abstinentes : GE = 9 % < GT = 10,5 % - Augmentation de l'utilisation efficace du condom* : GE > GT (P < 0,05) Élèves qui ont commencé à utiliser le condom efficacement : GE = 5 % > GT = 1,5 % - Augmentation de la monogamie* : GE > GT (P < 0,05) Élèves devenus monogames : GE = 23 % > 16,5 % - Diminution du nombre de partenaires à risque* : GE > GT (P < 0,05) Élèves qui ont continué à entretenir des relations avec des partenaires à risque : GE = 1 % < GT = 7,5 % - Augmentation de l'incidence des ITS* : GE < GT (P < 0,10) Élèves qui ont eu un diagnostic d'ITS : GE = 2 % < GT = 3 %

\* Résultats pré-post non disponibles.

27 1) Activité sexuelle; 2) utilisation efficace du condom; 3) nombre de partenaires; 4) relation avec partenaire à haut risque; 5) diagnostic d'ITS.

La prévention des problèmes liés à la sexualité chez les adolescentes et les adolescents

## Get Real about AIDS

MAIN, D. S., IVERSON, D. C., MCGLOIN, J., BANSPACH, S. W., COLLINS, J., RUGG, D. L., KOLBE, L. J. (1994). « Preventing HIV infection among adolescents : evaluation of a school-based education program », *Preventive Medicine*, vol. 23, p. 409-417.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composants du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Prévenir le VIH.</li> <li>2) Réduire les comportements sexuels à risque.</li> <li>3) Retarder la première relation sexuelle.</li> </ol>	<p>Enseignants</p> <p>Formation de 40 heures</p> <p>Formation avancée afin de donner fidèlement le contenu du programme. La formation prévoyait que 1) le formateur fasse la démonstration du déroulement de chaque séance et de chacune des activités; 2) que les enseignants exercent diverses habiletés d'animation en petits groupes.</p>	<p>Milieu scolaire</p> <p>Jeunes de 15 à 18 ans sexuellement actifs, de différentes origines ethniques et de différents milieux (urbain, semi-urbain ou rural)</p>	<p>15 séances (durée non précisée) sur 15 jours consécutifs</p>	<p>Théorie sociale-cognitive</p> <p>Théorie de l'action raisonnée</p>	<p>Approche expérientielle</p> <p><i>Stratégies pédagogiques :</i> activités interactives, discussions, jeux de rôles, simulations et vidéos</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) La non-consommation de drogue</li> <li>2) L'utilisation efficace du condom</li> <li>3) La pratique de la monogamie</li> <li>4) Le test de dépistage du VIH</li> <li>5) Les connaissances et les habiletés permettant aux jeunes de réduire leur risque d'infection au VIH</li> </ol>	Non précisés

## Get Real about AIDS

MAIN, D. S., IVERSON, D. C., MCGLOIN, J., BANSPACH, S. W., COLLINS, J., RUGG, D. L., KOLBE, L. J. (1994). « Preventing HIV infection among adolescents : evaluation of a school-based education program », *Preventive Medicine*, vol. 23, p. 409-417.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1991	Colorado, États-Unis	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT) Prétest Post-test 1 (2 mois) Post-test 2 (6 mois)	Évaluation des : 1) connaissances; 2) attitudes, intentions et croyances; 3) comportements.	Questionnaire auto-administré	17 écoles du Colorado  15 écoles traditionnelles, 2 écoles alternatives (pour élèves en difficulté)  GE : 10 écoles (9 écoles traditionnelles + 1 école alternative)  GT : 7 écoles (6 écoles traditionnelles + 1 école alternative)	N de départ = 2 015 N 2 mois = 1 816 (63,9 %) N 6 mois = 1 477 (51,9 %) N final (appariement du N de départ et du N 6 mois) = 979 (34,4 %)  Garçons : 51 % Filles : 49 %  9 <sup>e</sup> année : 60 % 10 <sup>e</sup> année : 13 % 11 <sup>e</sup> année : 22 % 12 <sup>e</sup> année : 5 %  Âge moyen = ND  Caucasiens : 65 % Afro-américains : 6 % Hispaniques : 21 % Asiatiques : 3 % Autres : 5 %  <i>Au prétest :</i> - 44 % sont actifs sexuellement; - 24,5 % de ces 44 % ont eu leur première relation avant 13 ans; - 24,8 % ont indiqué avoir eu une relation sexuelle dans les 2 derniers mois; - 1,6 % ont déjà consommé des drogues par injection.	1) Connaissances (post-test 2 mois) - Connaissances pratiques du VIH : GE > GT (P = 0,004)  2) Attitudes, intentions et croyances (post-test 2 mois) - Intention de diminuer le nombre de relations sexuelles : GE > GT (P = 0,017) - Intention d'utiliser le condom : GE > GT (P = 0,039) - Intention de parler sérieusement du condom à son partenaire : GE = GT (P = 0,72) - Intention de toujours utiliser le condom chez les jeunes actifs sexuellement : GE > GT (P = 0,064) - Croyance que l'adoption de comportements à risque rend vulnérable aux infections (VIH) : GE > GT (P = 0,42)  3) Comportements (post-test 6 mois) - Report de la première relation sexuelle : GE = GT (16 % vs 17 %) (P = 0,98) - Utilisation de drogue par injection : GE = GT (2,1 % vs 1,8 %) (P = 0,55) - Achat de condoms : GE > GT (P = 0,046)  Chez les jeunes actifs sexuellement : - Diminution du nombre de partenaires sexuels dans les 2 derniers mois : GE > GT (P = 0,046) - Augmentation de l'utilisation du condom : GE > GT (P = 0,048) - Nombre de relations sexuelles : GE = GT (P = 0,91) - Consommation d'alcool et d'autres drogues avant les relations sexuelles : GE = GT (P = 0,53)

## Becoming a Responsible Teen

ST. LAWRENCE, J. S., BRASFIELD, T. L., JEFFERSON, K. W., ALLEYNE, E., O'BANNON III, R. E., AARON, S. (1995). « Cognitive-behavioral intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63 (2), p. 221-237.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	1) Promouvoir des conduites sexuelles sécuritaires. 2) Prévenir le VIH.	2 animateurs (mixte) s'adressant à des groupes de 5 à 15 participants divisés par sexe  Détails de la formation non précisés	Organisme dans la communauté <sup>28</sup>  Jeunes de 14 à 18 ans, d'origine afro-américaine et de milieu urbain ne fréquentant pas l'école	8 rencontres d'une heure et demie à deux heures, 1 rencontre par semaine	Théorie de l'apprentissage social  Théorie de l'efficacité personnelle	Modèle IMC <sup>29</sup>  <i>Stratégies pédagogiques</i> : rencontres de groupe interactives, groupes de discussion, témoignages, vidéos, mises en situation, jeux de rôles et autres jeux. <sup>30</sup>	1) L'abstinence 2) Les risques en rapport avec le VIH et le SIDA 3) La prise de décision et les valeurs en rapport avec la sexualité 4) Statistiques sur les jeunes et la sexualité 5) L'utilisation adéquate du condom 6) La communication et l'affirmation de soi 7) La pression des pairs et la vulnérabilité	1) Faire le point sur ses valeurs au sujet des choix sexuels. 2) Exercer ses habiletés à réduire la prise de risque sexuel.  Développer des habiletés : 3) d'affirmation de soi (savoir dire non); 4) de résolution de problème; 5) de reconnaissance des risques; 6) à utiliser efficacement le condom.

<sup>28</sup> Dans l'article sur l'évaluation, il s'agit d'un organisme de type PHS (*Public Health Service*).

<sup>29</sup> IMC : information, motivation et habiletés comportementales.

<sup>30</sup> En outre, chaque jeune est amené à fabriquer son « emergency survival kit » qui consiste en un condom (pour se protéger dans le cas où il désirerait avoir une relation sexuelle) et une pièce de 25 cents (pour téléphoner à un de ses parents dans le cas où il aurait à se sortir d'une situation risquée).



### Becoming a Responsible Teen

ST. LAWRENCE, J. S., BRASFIELD, T. L., JEFFERSON, K. W., ALLEYNE, E., O'BANNON III, R. E., AARON, S. (1995). « Cognitive-behavioral intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63 (2), p. 221-237.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1994	Jackson, Mississippi, États-Unis	Devis expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test 1 (2 mois) Post-test 2 (6 mois) Post-test 3 (12 mois)	Évaluation : 1) des connaissances sur le VIH-SIDA; 2) des habiletés interpersonnelles dans des simulations de situation à risque; 3) des comportements sexuels; 4) de la satisfaction des jeunes.	Questionnaire auto-administré  Grille comportementale  Évaluation par simulation et jeux de rôles  Instruments validés : 1) <i>Risk behaviour survey</i> 2) <i>Condom Attitude Scale</i> (CAS) 3) <i>AIDS Risk Knowledge Test</i> 4) <i>Sexual assertion role-plays assessments</i>	Jeunes afro-américains d'une ville de 400 000 habitants fréquentant un <i>Public Health Service</i>	<p>Critères de sélection :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Être un adolescent afro-américain entre 14 et 18 ans.</li> <li>Avoir obtenu le consentement des parents ou tuteurs.</li> <li>Ne pas avoir de symptôme d'infection au VIH.</li> </ol> <p>N de départ = 246 (âge moyen = 15,3 ans) N final = 225 (87,5 %) 28 % garçons 72 % filles</p> <p><i>Au prétest :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de partenaires à vie : ± 2,7</li> <li>Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois : ± 1,8</li> <li>Âge moyen à la première relation sexuelle : 12,9 ans</li> <li>Ont été soignés pour une ITS dans les 2 derniers mois : 8,6 %</li> <li>Ont 1 ou plusieurs enfants : 13,1 %</li> <li>Ont abusé de l'alcool dans les 2 derniers mois : 50,2 %</li> <li>Ont consommé de la marijuana dans les 2 derniers mois : 3 %</li> </ul> <p>Aucune différence significative entre les deux groupes de participants Différences significatives des scores entre les garçons et les filles : - Attitude favorable envers le condom : filles↑, garçons↓ - Nombre de partenaires sexuels : filles↓, garçons↑</p> <p>GE : 1 rencontre de 90-120 minutes par semaine pendant 8 semaines GT : 1 rencontre de 2 heures sur le VIH-SIDA, contenu approprié au stade de développement et à la culture des participants</p>	<p>1) Connaissances sur le VIH-SIDA Prétest : GE = GT Post-test 1 : GE &gt; GT (P &lt; 0,0005)</p> <p>2) Habiletés interpersonnelles dans des simulations de situation à risque - Reconnaître les besoins de l'autre - Fournir un argument rationnel à son refus - Aborder le sujet de la protection - Recommander des options de rechange sécuritaires : Prétest : GE = GT; Post-test 1 : GE &gt; GT (P &lt; 0,0005) - Exprimer ses besoins - Donner de l'information au sujet de la protection - Décrire des options de rechange sécuritaires - Expliquer pourquoi ces options sont sécuritaires : Prétest : GE = GT; Post-test 1 : GE &gt; GT (P &lt; 0,0005)</p> <p>3) Comportements sexuels - Actifs sexuellement : Prétest : GE = 35,9 % &lt; GT = 42,4 % (non significatif) Post-test 2 : GE = 31 % &lt; GT = 36,3 % (non significatif) Post-test 3 : GE = 27,1 % &lt; GT = 42,5 % (P &lt; 0,05)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation du condom : Post-test 2 : GE = 82,9 % &gt; GT = 62,1 % (P &lt; 0,05)</li> <li>Diminution de l'utilisation du condom pour GE et GT entre post-tests 2 et 3</li> <li>Post-test 3 : GE &gt; GT (P &lt; 0,01) (pourcentage non disponible)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Report de la première relation sexuelle : Jeunes abstinentes au prétest devenus actifs GE = 11,5 % &lt; GT = 31,1 % (P &lt; 0,01)</li> </ul> <p>4) Satisfaction des jeunes Sur une échelle de 1 (bas) à 7 (haut) points : Évaluation du programme : 6,8 points Évaluation de l'aisance avec les animateurs : 6,7 points Évaluation de l'aisance avec la taille des groupes : 6,5 points</p> <p>100 % recommanderaient à leurs amis de participer. 92 % ont trouvé la durée des rencontres convenable. 95 % ont trouvé le lieu des rencontres convenable.</p>

## Sans condom c'est non

HAIEK, L. N., BROCHU, S. (1996). *Sans condom c est non. Intervention auprès d'adolescentes fréquentant une clinique jeunesse*, Longueuil, Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 86 pages.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	<p>1) Améliorer les connaissances des jeunes en ce qui a trait aux ITS et à leur transmission.</p> <p>2) Développer chez les jeunes une attitude positive au regard de l'utilisation du condom.</p> <p>3) Faire prendre conscience de l'influence des facteurs internes et externes sur l'utilisation du condom.</p> <p>4) Développer l'habileté à résister aux pressions des partenaires.</p> <p>5) Développer les habiletés techniques à utiliser le condom.</p>	<p>Intervenantes en CLSC</p> <p>Adolescentes tutrices</p> <p>Détails de la formation non précisés</p>	<p>Adolescentes de 14 à 20 ans sexuellement actives fréquentant une clinique médicale jeunesse</p> <p>a) <i>Foilet</i> « Clinique » :</p> <p>1) Recrutement des tutrices parmi les adolescentes fréquentant la clinique</p> <p>2) Counseling individuel avec les tutrices après chaque rencontre</p> <p>b) <i>Foilet</i> « Intervention » :</p> <p>4 pochettes d'intervention contenant 14 activités</p>	<p>1 rencontre de recrutement + 3 rencontres avec l'intervenante</p> <p>3 rencontres + 1 rencontre de renforcement (durée non précisée)</p>	<p>Théorie du comportement planifié</p> <p>Théorie de l'apprentissage social</p> <p>Théorie des comportements interpersonnels</p>	<p>Apprentissage coopératif</p> <p>jeux-questions, jeu des dilemmes, jeu de manipulation du condom, jeux de rôles, jeux d'improvisation, activité « sortie à la pharmacie »</p>	<p>1) ITS : risques et conséquences</p> <p>2) Contraception à l'égard de l'utilisation du condom</p> <p>3) Valeurs et attitudes</p> <p>4) Condom : choix, manipulation et potentiel érotique</p> <p>5) Avantages et inconvénients du condom et solutions de rechange à son utilisation</p> <p>6) Affirmation de soi</p> <p>7) Drogues et alcool</p> <p>8) Influence des pairs</p> <p>9) Respect du partenaire</p>	<p><i>Amener les participantes à :</i></p> <p>1) nommer les principales ITS;</p> <p>2) vérifier leurs connaissances en ce qui a trait aux ITS et aux facteurs de risque de les contracter;</p> <p>3) nommer les moyens de se prémunir des ITS;</p> <p>4) nommer leurs propres valeurs et attitudes par rapport à l'utilisation du condom;</p> <p>5) nommer les conséquences d'une ITS;</p> <p>6) se sentir concernées par le problème de la propagation des ITS;</p> <p>7) discuter des avantages et des inconvénients de l'utilisation du condom;</p> <p>8) connaître les façons d'érotiser le condom;</p> <p>9) faire confiance à la résistance du condom;</p> <p>10) formuler des arguments en faveur de l'utilisation du condom;</p> <p>11) reconnaître le rôle négatif des drogues et de l'alcool;</p> <p>12) nommer les personnes qui influencent leur décision d'utiliser ou non le condom;</p> <p>13) se situer personnellement à l'égard de l'utilisation du condom;</p> <p>14) reconnaître leur pouvoir d'influence sur l'acceptation du partenaire d'utiliser le condom;</p> <p>15) tenir compte des sentiments de leur partenaire à l'égard de l'utilisation du condom;</p> <p>16) discuter des solutions de rechange à l'utilisation du condom;</p> <p>17) exprimer leurs demandes avec fermeté;</p> <p>18) trouver des arguments pour lutter contre la résistance à l'utilisation du condom;</p> <p>19) nommer les types de condoms qui conviennent à leurs besoins personnels;</p> <p>20) décrire les caractéristiques des différents types de condoms;</p> <p>21) installer un condom correctement;</p> <p>22) tester la résistance du condom.</p>

## Sans condom c'est non

HAIEK, L. N., BROCHU, S. (1996). *Sans condom c'est non. Intervention auprès d'adolescentes fréquentant une clinique jeunesse*, Longueuil, Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 86 pages.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1992-1993	CLSC du Havre (région Sorel-Tracy) et CLSC des Seigneuries (région de Boucherville-Sainte-Julie)	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test 1 (3 mois) Post-test 2 (6 mois)	1) Effet de l'intervention sur l'utilisation (échelle continue) du condom dans les relations sexuelles avec pénétration et les relations sexuelles (post-test 1) 2) Effet de l'intervention sur l'utilisation (échelle continue) du condom dans les relations sexuelles avec pénétration et les relations sexuelles (post-test 2) 3) Effet de l'intervention sur le type d'utilisation (> 50 % : régulière; < 50 % : irrégulière) du condom dans les relations sexuelles avec pénétration et les relations sexuelles (post-test 1) 4) Effet de l'intervention sur le type d'utilisation du condom dans les relations sexuelles avec pénétration et les relations sexuelles (post-test 2)	2 questionnaires auto-administrés + un instrument d'auto-surveillance (grille d'activité sexuelle)  Instruments validés	Adolescentes de 14 à 20 ans, sexuellement actives, résidant sur les territoires du CLSC du Havre et du CLSC des Seigneuries et fréquentant leur clinique jeunesse <sup>31</sup>	N de départ = 163 GE = 104 GT = 59  N final = 130 (80 %) GE = 76 GT = 54  <i>Atu prétest :</i> - Âge moyen = 17 ans - Âge à la première relation sexuelle = 15 ans - Nombre de partenaires à vie : GE = 3,9 GT = 4,9 - Ont eu plus d'un partenaire = 75 % - Ont eu au moins une relation anale : GE = 6,8 % GT = 9,9 % - N'ont utilisé aucune protection lors de la première relation sexuelle = 25 % - Nombre de relations sexuelles vaginales protégées par le préservatif (à vie) = 50 %  GE = - Intervention de type « Cascade aux paires » - Services réguliers par les médecins et les infirmières - Approvisionnement gratuit de préservatifs  GT = - Tâche contrôle qui comprenait des activités liées aux troubles de l'alimentation - Services réguliers par les médecins et les infirmières - Approvisionnement gratuit de préservatifs	1) Effet de l'intervention sur l'utilisation (échelle continue) du condom dans les relations sexuelles avec pénétration et les relations sexuelles (post-test 1) - Utilisation du condom dans les relations sexuelles vaginales, anales et orales : GE > GT (P = 0,012) (14,6 % de plus dans GE) - Utilisation du condom dans les relations sexuelles vaginales seules : GE > GT (P = 0,009) (15,1 % de plus dans GE) 2) Effet de l'intervention sur l'utilisation (échelle continue) du condom dans les relations sexuelles avec pénétration et les relations sexuelles (post-test 2) - Utilisation du condom dans les relations sexuelles vaginales, anales et orales : GE = GT - Utilisation du condom dans les relations sexuelles vaginales seules : GE = GT 3) Effet de l'intervention sur le type d'utilisation (> 50 % = régulière; < 50 % = irrégulière) du condom dans les relations sexuelles avec pénétration et les relations sexuelles avec pénétration et les relations sexuelles (post-test 1) - Utilisation régulière du condom pour les relations sexuelles totales avec pénétration : GE = GT (non significatif) - Utilisation régulière du condom pour les relations sexuelles vaginales seules : GE > GT (P = 0,012) (effet significatif sur les filles ayant plus de 50 % des relations sexuelles vaginales protégées par le préservatif) (effet dose-réponse positif) 4) Effet de l'intervention sur le type d'utilisation du condom dans les relations sexuelles avec pénétration et les relations sexuelles avec pénétration et les relations sexuelles (post-test 2) - Utilisation régulière du condom pour les relations sexuelles totales avec pénétration : GE = GT (non significatif) - Utilisation régulière du condom pour les relations sexuelles vaginales seules : GE = GT 5) Variables médiatrices : attitude directe et indirecte, norme subjective, norme morale, barrières perçues, perceptions diverses - Aucun effet significatif de l'intervention entre le prétest et le post-test 2 pour GE. - Aucune différence significative entre GE et GT au post-test 2

31

Les adolescentes qui n'étaient pas actives sexuellement mais qui se présentaient à la clinique pour obtenir la pilule contraceptive dans l'intention de commencer leur vie sexuelle ont été incluses. Les critères d'exclusion étaient : présence d'un problème médical ou psychosocial majeur et/ou incapacité de lire et comprendre la langue française.

*La prévention des problèmes liés à la sexualité chez les adolescentes et les adolescents*

## Programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du SIDA pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA)

GODIN, G., MICHAUD, F., ALARY, M., OTIS, J., FORTIN, C., MÂSSE, B. (1998). *Programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du SIDA pour les jeunes en CRJDA. Édition révisée*, Sainte-Foy, Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé, Université Laval, 149 pages.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	Augmenter l'adoption de pratiques sécuritaires chez les garçons et les filles en difficulté d'adaptation afin de diminuer leurs risques de contracter le virus du SIDA ou une autre ITS.	Éducateurs Formation de 3 jours. Cette formation a pour but d'expliquer le programme et d'améliorer les habiletés des intervenants à animer des activités portant sur la sexualité et la prévention des ITS et du SIDA.	Centres de réadaptation de l'est du Québec Filles et garçons de 12 à 16 ans ayant des difficultés d'adaptation et étant placés centre de réadaptation	10 rencontres de 75 minutes	Théorie de l'action raisonnée Théorie du comportement planifié Théorie du comportement interpersonnel Modèle des croyances relatives à la santé.	<i>Stratégies pédagogiques</i> : exposés informels, remue-méninges, discussions, débats, réflexion personnelle, travail d'équipe, jeux-questionnaires, jeux de rôles, résolution de problème, manipulation de condoms, ligue d'improvisation, présentation de chansons et de documents audiovisuels	1) Les ITS, le VIH et le SIDA 2) Les relations sexuelles 3) Le jugement moral 4) La communication 5) Les activités sexuelles sécuritaires 6) Le condom	1) Acquérir des connaissances appropriées sur le SIDA, les ITS et leurs modes de transmission. 2) Amorcer ou poursuivre sa réflexion sur la sexualité et les pratiques sexuelles sécuritaires. 3) Prendre conscience de ses responsabilités personnelles à l'égard de ses comportements sexuels et de la prévention du SIDA et des ITS. 4) Acquérir des habiletés de communication avec son partenaire sexuel en ce qui a trait à la sexualité. 5) Augmenter ses habiletés de communication avec le ou la partenaire en ce qui a trait à l'adoption de pratiques sexuelles sécuritaires. 6) Adopter des pratiques sexuelles sécuritaires pour la prévention du SIDA et des ITS.

## Programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du SIDA pour les jeunes en centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA)

GODIN, G., ALARY, M., OTIS, J., FORTIN, C., MÂSSE, B. (1998). *Évaluation d'un programme d'intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du SIDA pour les jeunes en centre de réadaptation (CRJDA)*, Sainte-Foy, Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé, Université Laval, 66 pages.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1995-1996	Tous les centres de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA) des régions de l'est du Québec  Nombre de campus par région : - Québec : 6 - Chaudière-Appalaches : 2 - Côte-Nord : 2 - Bas-Saint-Laurent : 1 - Gaspésie : 1 - Saguenay-Lac-Saint-Jean : 1	Quasi expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Expérimentation en 2 phases : à la 2 <sup>e</sup> phase GE devient GT, et GT devient GE (mais avec des participants différents).  Prétest Post-test (de 5 semaines à 3 mois)	Évaluation : 1) de l'intention d'utiliser le condom; 2) de l'attitude à l'égard de l'usage du condom; 3) des croyances comportementales; 4) de la perception du contrôle direct; 5) de l'importance des croyances sur le contrôle; 6) de la norme morale; 7) de la peur perçue; 8) de l'efficacité perçue; 9) de la vulnérabilité perçue; 10) de la gravité perçue de la maladie; 11) des connaissances; 12) des comportements; 13) de la satisfaction à l'égard du programme.	Questionnaire auto-administré  Instrument validé	Tous les jeunes de 12 à 18 ans admis en centre de réadaptation (durée moyenne de placement : 7 mois)	N de départ = 925 GE = 511 GT = 414  N final = 581 (59,1 %) GE = 342 GT = 239  62 % garçons 37,3 % filles  Âge moyen = 15,2 ans  Clientèle non homogène (jeunes contrevenants et jeunes en protection)	1) Intention d'utiliser le condom GE passant de 0,75 à 1,01 > GT passant de 0,77 à 0,74 (P < 0,001) 2) Attitude directe des jeunes à l'égard de l'usage du condom GE passant de 0,70 à 0,98 > GT passant de 0,73 à 0,72 (P < 0,001) 3) Croyances comportementales - Évaluation des avantages à utiliser le condom : GE passant de 0,70 à 0,92 > GT passant de 0,74 à 0,69 (P < 0,001) 4) Perception du contrôle direct (diminution des barrières perçues) GE passant de 0,58 à 0,78 > GT passant de 0,64 à 0,50 (P < 0,001) 5) Importance des croyances de contrôle - Importance de pouvoir diminuer leur risque d'attraper le SIDA : GE passant de 0,93 à 1,07 > GT passant de 1,03 à 0,90 (P < 0,01) 6) Norme morale - Conviction personnelle à l'égard de l'utilisation du condom : GE passant de 0,78 à 1,05 > GT demeurant à 0,81 (P < 0,001) 7) Peur perçue GE = GT 8) Efficacité perçue à pouvoir diminuer le risque d'attraper le SIDA GE passant de 0,9 à 1,1 > GT passant de 1,0 à 0,9 (P < 0,01) 9) Vulnérabilité perçue GE = GT 10) Gravité perçue de la maladie GE > GT (non significatif) 11) Connaissances se rapportant aux ITS et au SIDA GE passant de 11,28 à 11,91 > GT passant de 10,88 à 11,04 (P < 0,05) 12) Comportements sexuels sécuritaires <sup>32</sup> - Fréquence d'utilisation du condom avec la ou le partenaire régulier : GE = GT - Fréquence d'utilisation du condom avec la nouvelle ou le nouveau partenaire : GE = GT - Utilisation du condom à la dernière relation sexuelle : GE = GT - Omission d'utiliser le condom après avoir consommé de l'alcool ou des drogues : GE = GT 13) Satisfaction des jeunes 85 % des jeunes conseilleraient à leurs amis et amis de participer à ce programme.

<sup>32</sup>

« Compte tenu que beaucoup de ces jeunes n'ont pas eu d'occasions de sorties à l'extérieur du centre pendant cette période, les analyses ont porté sur un échantillon réduit (n = 350) » (Godin et coll., référence 64).

## Programme d'éducation sexuelle

DUROCHER, L., FORTIER, M. (1999). *Programme d'éducation sexuelle*, Montréal, Les centres jeunesse de Montréal et l'Institut universitaire dans le domaine de la violence chez les jeunes, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, Direction de santé publique.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composants du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	<p>1) Aider les jeunes à se sentir compétents et responsables en développant chez eux une vision positive et équilibrée de la sexualité.</p> <p>2) Faire connaître les pratiques sexuelles pouvant diminuer les risques d'ITS et de VIH.</p> <p>3) Faire prendre conscience du pouvoir de changement que les jeunes ont par rapport à ces réalités.</p>	<p>Personnes-relais qui offrent du soutien aux animateurs du programme</p> <p>Intervenants des centres jeunesse</p> <p>Aucune formation</p>	<p>Centres jeunesse de Montréal</p> <p>Jeunes de 12 à 18 ans en centre jeunesse</p>	11 rencontres (durée non précisée)	Voir modèle →	<p>Modèle IMC (information, motivation et habileté comportementales)</p> <p><i>Stratégies pédagogiques :</i> animation interactive, remue-méninges, discussions en groupe, témoignages, débats, improvisation, scénarios, jeux de rôles, histoires, enquêtes, matériel audiovisuel, matériel écrit, jeux de vocabulaire (mots mystères, mots croisés), schémas, jeux-questionnaires, jeux de société, textes à compléter, études de cas, trousse de moyens contraceptifs, dépliants, affiches et brochures</p>	<p>1) L'amour et l'amitié</p> <p>2) Les changements à l'adolescence</p> <p>3) Les relations sexuelles</p> <p>4) La contraception et la prévention</p> <p>5) Les ITS et le VIH</p> <p>6) L'orientation sexuelle</p> <p>7) L'alcool, les drogues et la sexualité</p> <p>8) Paternité/maternité</p> <p>9) Le sexisme et les rôles sexuels</p> <p>10) Les abus sexuels</p> <p>11) La prostitution</p>	<p>1) Augmenter, chez les jeunes, les connaissances et les compétences liées aux différents aspects de la sexualité à l'adolescence.</p> <p>2) Amener les jeunes à discerner les fausses croyances liées à la sexualité véhiculées tant par la société en général que par les jeunes eux-mêmes.</p> <p>3) Augmenter le nombre d'occasions de parler de sexualité dans les centres jeunesse et favoriser un contexte facilitant les confidences, et développer chez les jeunes la capacité de discuter et de réfléchir sur une saine sexualité afin de l'intégrer à leur vie sexuelle.</p> <p>4) Favoriser une meilleure utilisation des services de santé en relation avec les questions de santé sexuelle (contraception, dépistage des ITS, etc.).</p>

### **Programme d'éducation sexuelle**

DUROCHER, L., FORTIER, M. (1999). *Programme d'éducation sexuelle*, Montréal, Les centres jeunesse de Montréal et l'Institut universitaire dans le domaine de la violence chez les jeunes, en collaboration avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, Direction de santé publique.

Ce programme n'a pas été évalué.

## Power Through Choices

BECKER, M. G., BARTH, R. P. (2000). « Power Through Choices : The Development of a Sexuality Education Curriculum for Youths in Out-of-Home Care », *Child Welfare*, vol. 79 (3), p. 269-282.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	Réduire l'incidence des grossesses non désirées, du VIH et des ITS.	Éducateurs Formation de 4 jours (détails non précisés)	Organisme dans la communauté Garçons ou filles de 14 à 18 ans en famille ou centre d'accueil  Particularité du programme : évaluation des besoins des jeunes à la première rencontre (questions, préoccupations et compétences des jeunes)	10 sessions de 90 minutes que l'on recommande de donner dans un délai maximal d'1 mois <sup>33</sup> .	Théorie de l'autorégulation Théorie de l'action raisonnée Théorie de l'apprentissage social	Modèle des croyances relatives à la santé ( <i>Health Belief Model</i> )  <i>Stratégies pédagogiques</i> : études de cas, avantages et désavantages de plusieurs méthodes de contraception, jeux de rôles et activités interactives visant l'acquisition d'habiletés	1) Le développement personnel ( <i>self-empowerment</i> ) 2) L'effet de nos choix individuels sur notre avenir 3) Les ressources locales 4) La communication	<i>Amener les participants à</i> : 1) être en mesure de reconnaître et de faire des choix liés aux comportements sexuels; 2) construire des connaissances et des habiletés en rapport avec la contraception; 3) acquérir et exercer des habiletés de communication efficaces; 4) apprendre à trouver et à utiliser les ressources locales.

<sup>33</sup>



## Power Through Choices

BECKER, M. G., BARTH, R. P. (2000). « Power Through Choices : The Development of a Sexuality Education Curriculum for Youths in Out-of-Home Care », *Child Welfare*, vol. 79 (3), p. 269-282.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats <sup>34</sup>
1997	Californie, États-Unis	Pré-expérimental <sup>35</sup> (sans groupe témoin)  Prétest Post-test à la fin du programme	Évaluation de la satisfaction générale envers le programme	Groupes de discussion  Interview  Questionnaire auto-administré  Observation des groupes	Garçons et filles de 14 à 18 ans en famille ou centre d'accueil	Non applicable  N de départ = 66 N final = 42 (64 %)	<i>À la suite du programme :</i>  - 94 % des jeunes ont dit qu'il leur serait plus facile de pratiquer une sexualité sécuritaire;  - 82 % des jeunes ont jugé l'ensemble du programme excellent ou très bon;  - la majorité des jeunes a compris que l'abstinence est l'unique méthode contraceptive à 100 % efficace pour prévenir la grossesse, les ITS et le SIDA;  - les participants ont dit se sentir plus en contrôle de leur vie et moins susceptibles de s'engager dans des relations non protégées;  - l'observation des interventions a révélé : 1) l'importance du style des animateurs dans la façon dont les jeunes reçoivent le programme, 2) que les animateurs qui respectaient les jeunes et étaient attentifs à leurs besoins avaient plus de facilité à livrer le message du programme, 3) l'importance d'une formation suffisante pour les animateurs, 4) l'importance pour les animateurs d'être à l'aise avec le contenu sur la sexualité.

<sup>34</sup> La raison de l'absence d'évaluation des résultats de ce programme n'est sans doute pas éloignée de ce qu'un média électronique nous apprend en 2003, à savoir que ce programme n'avait pu poursuivre ses activités faute de fonds : « A 10-week sex education course that served 800 foster children each year died quietly this month, another victim of the state's budget crisis » (Patel, 2003).

<sup>35</sup> Sont considérés comme pré-expérimentaux les devis n'incluant aucun groupe témoin (Ladouceur et Bégin, référence 47)).

### Children's Society – Carrera Program

PHILLIBER, S., KAYE, W., HERRLING, S., WEST, E. (2002). « Preventing pregnancy and improving health care access among teenagers : an evaluation of the Children's Aid Society – Carrera Program », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34 (5), p. 244-251.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
5 <sup>e</sup> génération	<p>1) Réduire le nombre de grossesses non désirées chez les jeunes à haut risque.</p> <p>2) Réduire les grossesses non désirées chez tous les jeunes.</p> <p>3) Créer chez les jeunes des buts personnels et le désir d'avoir un avenir prometteur en mettant l'accent sur l'instruction et l'emploi.</p>	<p>Intervenants</p> <p>Formation de tous les intervenants par le président de la Children's Aid Society et son équipe (durée et détails non précisés)</p>	<p>Organisme dans la communauté</p> <p>Jeunes à risque, de 11 à 18 ans, de différentes origines ethniques, de milieu urbain et socioéconomiquement désavantagés</p> <p>Le programme est composé de 5 activités et de 2 services.</p> <p>Les activités comprennent :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) un <i>Job Club</i> (choix de carrière, emploi d'été, planification financière, entrepreneuriat);</li> <li>2) des activités scolaires (aide aux devoirs, préparation d'examens, aide pour admission aux niveaux supérieurs);</li> <li>3) une éducation à la vie familiale et à la sexualité;</li> <li>4) des activités artistiques (musique, danse et art dramatique);</li> <li>5) des activités sportives individuelles qui mettent l'accent sur le contrôle de l'impulsivité et l'autodiscipline (squash, golf et natation).</li> </ol> <p>Les 2 services offerts comprennent :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) des soins de santé mentale;</li> <li>2) des soins médicaux, incluant des soins primaires, le soin des dents et des soins de santé reproductive.</li> </ol>	<p>Les activités et les services sont offerts 3 heures par jour, tous les jours de la semaine, tout au long de l'année scolaire.</p>	<p>Approche systématique du changement</p> <p>L'approche globale de l'intervention repose sur 6 principes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) les intervenants traitent les jeunes comme s'ils étaient de leur famille;</li> <li>2) chaque jeune est considéré comme ayant un potentiel à développer;</li> <li>3) le programme offre des services holistiques et une approche globale et intégrée dans la gestion de chaque cas;</li> <li>4) le programme inclut des services continus et à long terme;</li> <li>5) le programme implique les parents et la famille;</li> <li>6) tous les services sont offerts dans un lieu communautaire, de façon non punitive, douce, généreuse et non culpabilisante.</li> </ol>	<p>Modèle Carrera (Quels sont les forces et les facteurs qui affectent un jeune à un moment précis de son développement? Ce sont ces forces et ces facteurs qui composent le programme.)</p> <p><i>Stratégies pédagogiques</i> : non précisées</p> <p>Accompagnement individuel, aide à l'emploi et occasions de participer à des activités sociales, récréatives et culturelles</p>	Non précisés*	Non précisés*

\* Le contenu sexuel du programme n'est pas détaillé dans la documentation consultée.

### Children's Society – Carrera Program

PHILLIBER, S., KAYE, W., HERRLING, S., WEST, E. (2002). « Preventing pregnancy and improving health care access among teenagers : an evaluation of the Children's Aid Society – Carrera Program », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34 (5), p. 244-251.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
1997	New York, New York, États-Unis	Devis expérimental : groupe expérimental (GE) et groupe témoin (GT)  Prétest Post-test (3 ans)	Évaluation : 1) de la participation; 2) des connaissances; 3) des comportements.	Sondage  Questionnaire auto-administré	Jeunes de 13 à 15 ans fréquentant 1 des 6 agences	N de départ = 600 N final = 484 (81 %)  GE = 130 filles, 112 garçons GT = 138 filles, 104 garçons  Critères de sélection : 1) Ne pas être enceinte. 2) Ne pas être parent.  51 % afro-américains 49 % hispaniques  <i>Atypicité :</i> - tous proviennent d'un milieu urbain et socioéconomiquement désavantagé; - 55 % vivent avec 1 seul parent.  Groupes comparables	1) Participation (GE) - Nombre total d'heures de participation (activités + services) : Garçons : 182 heures Filles : 225 heures  Garçons* : 203 heures Filles* : 167 heures  - Moyenne des heures de participation (activités + services) : 16 heures par mois  2) Connaissances - Augmentation de bonnes réponses au test de connaissances en rapport avec la sexualité : Post-test : GE = 22 % > GT 11 % (P < 0,001)  3) Comportements - Filles* ayant choisi d'éviter de s'engager dans une relation sexuelle sous la pression : Post-test : GE = 75 % > GT = 36 % (P < 0,05) - Filles* ayant utilisé la double protection à leur dernière relation sexuelle : Post-test : GE = 36 % > GT = 20 % (P < 0,05) - Garçons* ayant utilisé la double protection à leur dernière relation sexuelle Post-test : GE = 9 % < GT = 20 % (P < 0,05) - Garçons et filles ayant eu recours à des soins de santé (excluant les urgences) : Post-test : GE = 94 % > GT = 83 % (P < 0,001) - Garçons ayant reçu une évaluation sociale à leur visite chez le médecin : Post-test : GE = 65 % > GT = 32 % (P < 0,001) - Garçons et filles ayant reçu le vaccin contre l'hépatite C : Post-test : GE = 86 % > GT = 74 % (P < 0,001) - Garçons* ayant fait une visite en santé reproductive dans la dernière année : Post-test : GE = 74 % > GT = 46 % (P < 0,001)

\* Questions posées uniquement aux adolescents actifs sexuellement.

### Skill-Based HIV/STD Risk-Reduction Intervention

JEMMOTT III, J. B., JEMMOTT, L. S., BRAVERMAN, P. K., FONG, G. T. (2005). « HIV/STD Reduction Interventions for African American and Latino Adolescent Girls at an Adolescent Medicine Clinic », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 159 (5), p. 440-449.

Génération de programme	Objectifs de l'intervention	Intervenants et formation des intervenants	Milieu, population visée et composantes du programme	Durée	Théories	Modèles et stratégies pédagogiques	Thèmes	Objectifs
4 <sup>e</sup> génération	Diminuer le nombre de relations sexuelles non protégées.	Intervenantes Formation de 8 heures afin d'appliquer fidèlement le programme	Hôpital (clinique médicale) Adolescentes de 12 à 19 ans	1 rencontre de 250 minutes Groupe de 2 à 10 jeunes	Théorie de l'apprentissage social Théorie de l'action raisonnée Théorie du comportement planifié	Approche expérimentielle <i>Stratégies pédagogiques</i> : groupes de discussion, vidéos, jeux de rôles, manipulation de condoms	1) Croyanées sur la prévention des ITS et du VIH 2) Utilisation efficace du condom 3) Négociation de l'utilisation du condom 4) Résistances à l'utilisation du condom	Non précisés

### Skill-Based HIV/STD Risk-Reduction Intervention

JEMMOTT III, J. B., JEMMOTT, L. S., BRAVERMAN, P. K., FONG, G. T. (2005). « HIV/STD Reduction Interventions for African American and Latino Adolescent Girls at an Adolescent Medicine Clinic », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 159 (5), p. 440-449.

Année	Lieu	Devis	Objectifs d'évaluation	Méthodologie	Population	Description des groupes	Résultats
2003	Philadelphie, Pennsylvanie, États-Unis	Devis expérimental : groupe expérimental (GE) et groupes contrôles (GT1 et GT2)  Prétest Post-test 1 (250 minutes) Post-test 2 (3 mois) Post-test 3 (6 mois) Post-test 4 (12 mois)	<i>Évaluation :</i> 1) du nombre de relations sexuelles non protégées; 2) du nombre de partenaires sexuels; 3) du nombre de relations sexuelles sous l'effet de l'alcool ou de la drogue; 4) du nombre de diagnostics d'ITS; 5) de l'intention d'utiliser le condom; 6) des croyances sur l'utilisation du condom (croire que le condom ne nuit pas au plaisir); 7) des connaissances sur les ITS et le VIH; 8) des connaissances sur l'utilisation du condom; 9) de la satisfaction des participantes à l'égard du programme.	Questionnaire auto-administré  Instruments validés	Filles d'origine afro-américaine et latino-américaine	N = 682 <sup>36</sup> N final = 604 (88,6 %)  GE = 235 GT1 = 228 (information) GT2 = 219 (promotion)  Âge moyen = 15,5 ans  <i>Au prétest :</i> - 87,1 % des participantes ont eu des relations sexuelles dans les 3 derniers mois; - 52 % des participantes ont eu des relations sexuelles non protégées dans les 3 derniers mois; - 15,8 % des participantes ont eu des relations sexuelles avec des partenaires différents dans les 3 derniers mois; - 9,5 % des participantes ont au moins 1 enfant; - 21,6 % des participantes ont déjà été testées positives pour une ITS; - 0,4 % des participantes ont déjà eu des relations homosexuelles; - 0,6 % des participantes ont déjà consommé des drogues injectables.  GT1 = rencontre d'information de 250 minutes. Thèmes : la vulnérabilité au VIH et aux ITS, la transmission du VIH, les messages sexuels auxquels sont exposés les adolescents, la responsabilité personnelle relativement à la réduction des risques à l'intérieur d'une relation amoureuse, l'importance de l'utilisation du condom et les obstacles à l'utilisation du condom.  GT2 = rencontre de promotion de la santé de 250 minutes. Thèmes : choix des aliments, cuisson et préparation, activité physique, auto-examen des seins, tabagisme et consommation d'alcool.	1) Nombre de relations sexuelles non protégées <i>Au post-test 2 et 3 :</i> GE < GT1 (P = 0,033) GE = GT2 GE < GT2 (P = 0,002) 2) Nombre de partenaires sexuels <i>Au post-test 2 et 3 :</i> GE = GT1 GE < GT1 (P = 0,033) GE < GT2 (P = 0,04) 3) Nombre de relations sexuelles sous l'effet de l'alcool ou de la drogue <i>Au post-test 2 et 3 :</i> GE < GT1 (P = 0,03) GE < GT2 (P = 0,03) <i>Au post-test 4 :</i> GE = GT1 GE = GT2 4) Nombre de diagnostics d'ITS <i>Au post-test 2 et 3 :</i> aucune diminution du taux d'ITS <i>Au post-test 4 :</i> GE = GT1 GE = 10,5 % < GC2 18,2 % (P = 0,03) 5) Intention d'utiliser le condom <i>Au post-test 1 :</i> GE > GT1 (P < 0,008) GE = GT2 6) Croyances sur l'utilisation du condom (croire que le condom ne nuit pas au plaisir) <i>Au post-test 1 :</i> GE > GT1 (P < 0,001) GE = GT2 7) Connaissances sur les ITS et le VIH : <i>Au post-test 1 :</i> GE > GT1 (P < 0,001) GE = GT2 8) Connaissances sur l'utilisation du condom <i>Au post-test 1 :</i> GE > GT1 (P < 0,001) GE > GT2 (P < 0,001) 9) Satisfaction des participants à l'égard du programme <i>Au post-test 1 (sur une échelle de 5) :</i> GT1 = 4,67 > GT2 = 4,46 (P < 0,001) GT1 = 4,67 > GE = 4,55 (p < 0,01)

36 Critères d'admission : 1) être une patiente de la clinique médicale jeunesse; 2) être sexuellement active; 3) ne pas être enceinte; 4) avoir entre 12 et 19 ans; 5) savoir lire et parler l'anglais; 6) ne pas prévoir déménager à l'extérieur du territoire couvert par la clinique.

