

Université de Montréal

Le comportement informationnel des jeunes adultes québécois
en matière de santé sexuelle

par

Alexandre Fortier

École de bibliothéconomie et des sciences de l'information
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maître
en sciences de l'information

Juillet 2008

© Alexandre Fortier, 2008

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Le comportement informationnel des jeunes adultes québécois
en matière de santé sexuelle

présenté par :

Alexandre Fortier

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Dominic Forest, président-rapporteur

Christine Dufour, directrice de recherche

Pierrette Bergeron, codirectrice

Dominique Maurel, membre du jury

Résumé

Depuis quelques années, les statistiques indiquent une croissance exponentielle de l'incidence de certaines infections transmissibles sexuellement chez les jeunes adultes. Certaines enquêtes témoignent en outre des comportements peu responsables en matière de santé sexuelle chez cette population, bien que l'offre d'information sur les conséquences de tels comportements soit importante et diversifiée. Par ailleurs, le comportement informationnel de cette population en matière de santé sexuelle demeure peu documenté.

La présente étude porte sur le comportement informationnel de jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle. Plus spécifiquement, elle répond aux quatre questions de recherche suivantes : (1) Quelles sont les situations problématiques auxquelles les jeunes adultes sont confrontés en santé sexuelle?, (2) Quels sont les besoins informationnels exprimés par les jeunes adultes lors de ces situations problématiques?, (3) Quels sont les processus et les sources d'information qui soutiennent la résolution de ces besoins informationnels? et (4) Quelle est l'utilisation de l'information trouvée?

Cette recherche descriptive a utilisé une approche qualitative. Le milieu retenu est l'Université de Montréal pour deux raisons : il s'agit d'un milieu cognitivement riche qui fournit un accès sur place à des ressources en santé sexuelle. Les huit jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans qui ont pris part à cette étude ont participé à une entrevue en profondeur utilisant la technique de l'incident critique. Chacun d'entre eux a décrit une situation problématique par rapport à leur santé sexuelle et les données recueillies ont été l'objet d'une analyse de contenu basée sur la théorisation ancrée.

Les résultats indiquent que les jeunes adultes québécois vivent des situations problématiques relatives à l'aspect physique de leur santé sexuelle qui peuvent être

déclenchées par trois types d'éléments : un événement à risques, un symptôme physique subjectif et de l'information acquise passivement. Ces situations problématiques génèrent trois catégories de besoins informationnels : l'état de santé actuel, les conséquences possibles et les remèdes. Pour répondre à ces besoins, les participants se sont tournés en majorité vers des sources professionnelles, personnelles et verbales. La présence de facteurs contextuels, cognitifs et affectifs a particularisé leur processus de recherche d'information en modifiant les combinaisons des quatre activités effectuées, soit débiter, enchaîner, butiner et différencier. L'automotivation et la compréhension du problème représentent les deux principales utilisations de l'information.

D'un point de vue théorique, les résultats indiquent que le modèle général de comportement informationnel de Choo (2006), le modèle d'environnement d'utilisation de l'information de Taylor (1986, 1991) et le modèle d'activités de recherche d'information d'Ellis (1989a, 1989b, 2005) peuvent être utilisés dans le contexte personnel de la santé sexuelle. D'un point de vue pratique, cette étude ajoute aux connaissances sur les critères de sélection des sources d'information en matière de santé sexuelle.

Mots-clés : comportement informationnel, besoin informationnel, recherche d'information, source d'information, utilisation de l'information, santé sexuelle, jeunes adultes, Québec (province)

Abstract

Over the past few years, statistics have indicated an exponential growth in the incidence of some sexually transmitted diseases among young adults. Certain studies suggest less-than-responsible sexual health behaviours among this population, despite readily available information, from diverse sources, on the consequences of such behaviours. Furthermore, the sexual health information behaviour of this population has not yet been well documented.

This study focuses on the sexual health information behaviour of a group of young Quebec adults. More specifically, it answers the following four research questions: (1) What are the problematic situations faced by young adults in matters of sexual health?; (2) What are the information needs arising from these problematic situations?; (3) What are the information search processes and sources used to answer these information needs? and (4) Once found, how was this information used?

This descriptive research used a qualitative approach. The Université de Montréal was chosen as the research environment for two reasons: it is a cognitively rich milieu that offers on-site access to sexual health resources. Eight young adults aged from 18 to 25 participated in an in-depth interview using the critical incident technique. Each participant described a problematic situation with respect to their sexual health and the resulting data were analysed using a grounded theory based method.

Results indicate that young Quebec adults are faced with problematic situations with respect to physical aspects of their sexual life that can be triggered by three types of elements: a risky event, a subjective physical symptom or passively acquired information. These problematic situations generate three categories of information needs: the actual health state, potential consequences and cures. To answer these needs, a majority of participants turned to professional, personal and verbal sources. Situational, cognitive, and affective factors differentiated their information search

process with different combinations of four information search activities: starting, chaining, browsing, and differentiating. Self-motivation and understanding of the problem represent the two main information uses.

At a theoretical level, results indicates that the general information model (Choo 2006), the information use environment model (Taylor 1986, 1991) and the information search activities (Ellis 1989a, 1989b, 2005) can be used in the personal context of sexual health. At a practical level, this study enriches the knowledge of the criteria for selecting information sources in the context of sexual health.

Keywords : information behaviour, information need, information search, information source, information use, sexual health, young adult, Quebec (province)

Table des matières

| | |
|---|------|
| Liste des tableaux | x |
| Liste des figures | xi |
| Remerciements | xiii |
| Introduction | 1 |
| Problématique | 1 |
| Objectifs de la recherche | 5 |
| Questions de recherche | 5 |
| Définitions | 6 |
| Concept de « santé sexuelle » | 6 |
| Concept de « jeune adulte » | 6 |
| Plan du mémoire | 7 |
| Chapitre 1 : Revue des écrits | 8 |
| Introduction | 8 |
| 1.1 Comportement informationnel | 8 |
| 1.1.1 Facteurs contextuels | 9 |
| 1.1.2 Facteurs cognitifs | 17 |
| 1.1.3 Facteurs affectifs | 21 |
| 1.1.4 Besoins informationnels | 23 |
| 1.1.5 Recherche d'information | 25 |
| 1.1.6 Utilisation de l'information | 28 |
| 1.1.7 Synthèse | 29 |
| 1.2 Comportement informationnel en santé sexuelle | 30 |
| 1.2.1 Études répertoriées | 30 |
| 1.2.2 Constats généraux | 30 |
| 1.2.3 Études sur les jeunes adultes | 32 |
| Conclusion | 36 |
| Chapitre 2 : Méthodologie | 38 |

| | |
|--|----|
| Introduction..... | 38 |
| 2.1 Approche générale de la recherche | 38 |
| 2.2 Collecte des données..... | 38 |
| 2.2.1 Échantillon | 39 |
| 2.2.2 Mode de collecte de données | 40 |
| 2.2.3 Liens entre les questions de recherche et l'instrument de collecte | 42 |
| 2.2.4 Prétest de l'instrument de collecte de données | 43 |
| 2.2.5 Contexte de la collecte de données | 44 |
| 2.3 Analyse des données | 45 |
| 2.3.1 Analyse de contenu qualitative basée sur la théorisation ancrée | 45 |
| 2.3.2 Unité d'analyse..... | 45 |
| 2.3.3 Processus d'analyse..... | 46 |
| 2.4 Qualité de la recherche..... | 46 |
| 2.4.1 Préparation de la recherche | 47 |
| 2.4.2 Réalisation de la recherche..... | 48 |
| Conclusion..... | 49 |
| Chapitre 3 : Résultats | 51 |
| Introduction..... | 51 |
| 3.1 Question de recherche n° 1 : les situations problématiques | 52 |
| 3.1.1 Catégories de situations problématiques | 52 |
| 3.1.2 Dimensions des situations problématiques | 54 |
| 3.1.3 Synthèse | 57 |
| 3.2 Question de recherche n° 2 : les besoins informationnels..... | 58 |
| 3.2.1 Définitions des besoins informationnels exprimés | 58 |
| 3.2.2 Besoins informationnels en fonction des situations problématiques | 60 |
| 3.2.3 Synthèse | 62 |
| 3.3 Question de recherche n° 3 : la recherche d'information | 62 |
| 3.3.1 Sources d'information consultées | 62 |
| 3.3.2 Sources d'information non consultées | 65 |
| 3.3.3 Processus de recherche d'information | 66 |
| 3.3.4 Synthèse | 72 |

| | |
|--|-----|
| 3.4 Question de recherche n° 4 : l'utilisation de l'information | 72 |
| 3.4.1 Catégories d'utilisation de l'information | 73 |
| 3.4.2 Utilisation de l'information en fonction de la situation problématique, des besoins informationnels et de l'information trouvée | 74 |
| 3.4.3 Synthèse | 76 |
| Conclusion..... | 76 |
| Chapitre 4 : Discussion | 78 |
| Introduction | 78 |
| 4.1 Situations problématiques et besoins informationnels | 78 |
| 4.1.1 Thématiques des situations problématiques..... | 78 |
| 4.1.2 Caractéristiques des situations problématiques..... | 80 |
| 4.1.3 Catégories de besoins informationnels..... | 81 |
| 4.2 Recherche et utilisation de l'information | 83 |
| 4.2.1 Choix des sources d'information | 83 |
| 4.2.2 Activités de recherche d'information..... | 85 |
| 4.2.3 Utilisation de l'information..... | 86 |
| 4.3 Limites de l'étude..... | 87 |
| Conclusion..... | 88 |
| Conclusion..... | 91 |
| Résumé de la recherche..... | 91 |
| Contributions de la recherche..... | 93 |
| Apports théoriques | 93 |
| Apports méthodologiques | 93 |
| Apports pratiques | 94 |
| Recherches futures | 94 |
| Bibliographie..... | 96 |
| Annexe 1 : Études répertoriées sur le comportement informationnel propre à la santé sexuelle..... | i |
| Annexe 2 : Documents relatifs à la collecte de données..... | ii |
| Annexe 3 : Guide de codification..... | xii |

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Catégorisations des sources d'information chez des penseurs en sciences de l'information (Maurel 2006, 38) | 27 |
| Tableau 2 : Liens entre les questions de recherche, les indicateurs, les questions dans le guide d'entrevue et les résultats attendus..... | 43 |
| Tableau 3 : Occurrence des catégories de situations problématiques (n=8) | 53 |
| Tableau 4 : Occurrence des dimensions des situations problématiques de MacMullin et Taylor (1984) selon la catégorie de situations problématiques..... | 55 |
| Tableau 5 : Répartition des types de besoins informationnels en fonction des catégories de situations problématiques (n=13) | 60 |
| Tableau 6 : Occurrence des catégories de sources d'information utilisées (n=32) selon les catégories de besoins informationnels | 64 |
| Tableau 7 : Fréquence des activités de recherche d'information d'Ellis (2005) selon le nombre de sources d'information consultées (n=32) | 68 |
| Tableau 8 : Facteurs influençant le processus de recherche d'information (n=8) | 70 |
| Tableau 9 : Occurrence des catégories d'utilisation de l'information de Taylor (1991) (n=8)..... | 73 |
| Tableau 10 : Occurrence des catégories d'utilisation de l'information de Taylor (1990) selon les types de situations problématiques vécues (n=8)..... | 74 |
| Tableau 11 : Occurrence des catégories d'utilisation de l'information de Taylor (1990) selon les types de besoins informationnels (n=8) | 75 |
| Tableau 12 : Études recensées sur le comportement informationnel en santé sexuelle en fonction de la population et des fragments du comportement informationnel étudiés | i |

Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Éléments et facteurs d'influence du comportement informationnel (inspiré de Choo 2006, 43)..... | 9 |
| Figure 2 : Modèle du processus de recherche d'information de Kuhlthau (1993, 343)... | 21 |
| Figure 3 : Cadre conceptuel de la recherche (inspiré de Choo 2006, 69)..... | 37 |
| Figure 4 : Cadre conceptuel de la recherche (inspiré de Choo 2006, 69)..... | 51 |
| Figure 5 : Modèle de comportement informationnel des jeunes adultes en matière de santé sexuelle (inspiré de Choo 2006, 69) | 90 |

À mes parents.

Remerciements

Les premiers pas d'un chercheur dans la cour des grands se veulent certes déterminants pour la suite de son parcours. De tout cœur, je remercie ma directrice de recherche, madame Christique Dufour, pour avoir accepté de m'accompagner dans cette aventure. La rigueur intellectuelle et la disponibilité avec lesquelles elle m'a encadré se sont avérées essentielles à la réussite de l'expérience. Je me dois aussi de souligner la sollicitude dont elle a fait preuve à mon égard qui a grandement contribué à mon intérêt pour la recherche. Je tiens également à exprimer ma gratitude à ma codirectrice de recherche, madame Pierrette Bergeron. Son expertise a largement enrichi ma réflexion.

La présence et le support de mes confrères ebsiens se sont révélés salutaires pendant cette dernière année. Pour leur écoute et leurs bons conseils, je tiens à remercier spécialement Johanne Biron, Élodie Gagné, Sylvie Labbé, Cynthia Lisée, Sophie Loiselle, Patrick Lozeau, Amélie Mainville, Joanne Mayhew et Catherine Stassin. Je me dois aussi de souligner le travail soigné de madame Marie Desgagné, ma mère, et de monsieur Mark Morrin, qui m'ont courageusement assisté dans la révision linguistique tout au long de ce projet. Une fois de plus, je vous remercie. Je réitère également ma reconnaissance aux participants de cette étude, qui ont bien voulu dévoiler à un novice des moments qu'ils auraient peut-être préféré laisser enfouis.

Introduction

Problématique

L'omniprésence de la sexualité dans la sphère publique occidentale occulte parfois la présence des tabous qui subsistent encore dans cette portion de la vie privée. La santé sexuelle, au-delà des tribunes où sont crûment partagés conseils et anecdotes pour le plaisir du public, demeure pour plusieurs un sujet sensible et difficile à aborder. Parmi les aspects entourant la santé sexuelle, les infections transmissibles sexuellement s'avèrent certainement l'aspect pour lequel sont tirées le plus de statistiques. Or, les données récentes révèlent la croissance exponentielle de l'incidence de certaines de ces infections dans les dernières années et laissent croire que l'adoption de comportements responsables en matière de santé sexuelle se révèle plus compliquée qu'il appert de prime abord.

Au Québec, le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux (2007) place les jeunes âgés de 15 à 24 ans parmi les populations particulièrement vulnérables à la chlamydie et à l'infection gonococcique, deux infections transmissibles sexuellement parmi les plus répandues dans la province. Les données pour 2006 indiquent en effet que la prévalence de la chlamydie parmi cette population se situe à un niveau dit « élevé » et que 72 % de l'ensemble des cas féminins et 49 % des cas masculins s'y trouvent. L'infection gonococcique, pour sa part, dont l'incidence connaît une hausse marquée depuis 2005, touche aussi principalement les jeunes âgés de 15 à 24 ans puisque 38 % de l'ensemble des cas déclarés se trouvent parmi cette population. En outre, parmi la population globale des 15 à 24 ans, un découpage plus fin des données statistiques indique que, pour les deux infections, la prévalence est légèrement plus élevée chez les 20 à 24 ans que chez les 15 à 19 ans.

D'un autre côté, bien qu'ils soient considérés comme chroniques et qu'ils puissent servir de « porte d'entrée » aux autres infections transmissibles sexuellement,

l'herpès génital et l'infection au virus du papillome humain ne font pas partie des maladies à déclarations obligatoires et ne sont donc pas pris en compte dans les statistiques du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Aux États-Unis, une étude réalisée par l'Academy for Educational Development (2000) a toutefois estimé que plus de 40 % des étudiants universitaires seraient infectés par le virus du papillome humain. En dépit de l'impossibilité d'étendre avec certitude ces statistiques au Québec, celles-ci entraînent une réflexion sur les comportements des jeunes adultes en matière de sexualité responsable. Une réflexion que soutiennent certes les données du Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les jeunes canadiens sont par ailleurs de plus en plus actifs sexuellement d'après l'analyse menée par Frappier et coll. (2008) des résultats d'un sondage national sur la sexualité des adolescents. Dès l'âge de 15 ans, 27 % d'entre eux auraient déjà eu, en moyenne, 2,5 partenaires sexuels. Aucune donnée nationale ne permet à ce jour de calculer le pourcentage de jeunes adultes actifs sexuellement, mais le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007) estime, à partir d'études épidémiologiques récentes réalisées dans la région montréalaise, que près des trois quarts des cégépiens auraient déjà eu au moins un partenaire sexuel.

Des études statistiques réalisées par des maisons de sondage mettent par contre en lumière certaines pratiques à risques en matière de santé sexuelle chez les jeunes adultes. D'abord, une étude menée en 2007 par Léger Marketing pour le compte de Trojan auprès de 1811 Canadiens¹ utilisateurs de condoms âgés de 18 à 34 ans révèle que, malgré l'augmentation exponentielle de cas d'infections transmissibles sexuellement, « trois jeunes Québécois sur cinq sont prêts à balancer le condom à la première occasion », comme indiqué par Rioux-Soucy (*Le Devoir*, 12 juillet 2007). Parmi les répondants québécois, 61 % évoque la « propreté » dégagée par leur partenaire comme principale raison pour ne pas utiliser le condom. Des raisons similaires telles que

¹ Rioux-Soucy (*Le Devoir*, 12 juillet 2007) souligne que les résultats fournis par un échantillon de cette taille peuvent être considérés comme précis à plus ou moins 2,3 %, 19 fois sur 20.

la beauté, l'odeur agréable et la prévenance du partenaire ont été évoquées par des participants dans des études américaines, notamment Affifi et coll. (2006) et Lear (1997), pour justifier des comportements sexuels non protégés. Une seconde enquête statistique sur les habitudes en matière de contraception a été menée en 2007 par Léger Marketing, cette fois pour le compte de la compagnie pharmaceutique Wyeth, auprès de 600 jeunes femmes canadiennes âgées de 16 à 24 ans. Cette enquête, rapporte Gravel (*Le Devoir*, 6 décembre 2007), révèle que, en comparaison avec les autres jeunes Canadiennes, les jeunes Québécoises seraient significativement plus nombreuses à avoir des relations sexuelles non protégées avec des partenaires avec qui elles ne sont pas engagées dans une relation stable, soit dans une proportion de 28 % pour les répondantes québécoises comparativement 20 % pour l'ensemble des répondantes.

Des comportements risqués en matière de santé sexuelle chez les jeunes adultes, dont les tristes conséquences alourdissent le bilan des infections transmissibles sexuellement, peuvent paraître paradoxaux à la lecture d'une étude américaine réalisée par Lindsey et Saunders (1999) auprès d'étudiants universitaires de 18 à 25 ans dont les résultats indiquent que la santé sexuelle arrive au premier rang parmi leurs préoccupations en santé. Dans le contexte québécois, il est de plus certain qu'une majorité de jeunes adultes d'aujourd'hui ont été sensibilisés aux problématiques touchant la santé sexuelle lors des cours d'éducation sexuelle à un moment de son cheminement scolaire, la formation personnelle et sociale n'ayant été abolie des programmes scolaires qu'en 2002. Ceux-ci ont également à leur disposition une information de qualité, tant en français qu'en anglais, sur la santé sexuelle à la fois électronique et imprimée. En outre, des cliniques spécialisées en santé sexuelle sont disséminées aux quatre coins de la province et les moyens de protection, offerts en vente libre dans les pharmacies et boutiques spécialisées, sont largement promus.

Ces comportements peuvent au même titre paraître contradictoires à une époque où l'intérêt pour la santé globale occupe une place sans cesse grandissante dans la population en général, comme en témoigne la prolifération des ressources destinées au grand public en matière de santé, y compris en matière de santé sexuelle. Le public, par ailleurs, démontre un intérêt certain pour les questions de santé, comme l'indique une

enquête sur l'utilisation d'Internet réalisée par Statistiques Canada (2006) qui révèle que 58 % des internautes adultes ont cherché des renseignements médicaux ou liés à la santé, soit une proportion similaire à celle des internautes réalisant des opérations bancaires électroniques.

Il serait pourtant erroné de croire que le foisonnement des nouvelles ressources de vulgarisation médicale suffit à combler l'ensemble des besoins informationnels en santé. L'étude des comportements informationnels a démontré que dans le domaine de la santé comme partout ailleurs, tous ne sont pas égaux devant l'information. Le pas à franchir entre les diverses données médicales et leur compréhension est souvent jalonné d'obstacles. Entre un vocabulaire pointu et des sources qui se contredisent, les barrières cognitives sont nombreuses pour le patient qui désire comprendre par lui-même son état de santé. Il est aisé de croire, en ce sens, que le médecin reste d'ordinaire la principale source d'information pour le patient et aussi celle qu'il considère comme la plus fiable, comme indiqué par Warner et Procaccino (2004).

À ce constat général s'accroche cependant l'exception notable des questions relatives à la santé sexuelle où les nombreux tabous qui entourent la sexualité se traduisent par une barrière à la transmission des besoins informationnels des patients, comme démontré par de nombreuses études en sciences infirmières (notamment Kennedy et MacPhee (2006), Taylor et Davis (2006), Gott (2001), Langille et coll. (2001) et Herson et coll. (1999)). Outre les barrières cognitives qu'un patient pourrait d'ordinaire rencontrer dans l'expression d'un besoin informationnel touchant sa santé se dressent des barrières affectives propres aux besoins informationnels relatifs à sa santé sexuelle. Pour mieux comprendre cette réalité et dans le but avoué de freiner les épidémies d'infections transmissibles sexuellement, les études du comportement informationnel en matière de santé sexuelle se multiplient d'ailleurs en médecine et en sciences infirmières. La population des jeunes adultes, bien que considérée comme fortement à risque, a étrangement été relativement peu étudiée en cette matière jusqu'à présent.

De plus, les études réalisées jusqu'ici proviennent d'un contexte anglo-saxon. Or, caractéristiques intrinsèques d'une société, les mœurs sexuelles sont intimement liées à

la culture dans laquelle elles évoluent. Les normes culturelles d'une société imposent des barrières différentes et, en ce sens, influencent le choix des ressources qui seront utilisées pour répondre à un besoin informationnel, comme le démontrent notamment les travaux de Sligo et Jameson (2000). À cet égard, nous sommes en droit de nous demander si les résultats des études américaines et canadiennes-anglaises sur le comportement informationnel des jeunes adultes – et, par extrapolation, certaines données retrouvées dans les études réalisées avec d'autres populations – en matière de santé sexuelle peuvent s'appliquer entièrement à la société québécoise. En raison du contexte nord-américain, les influences du monde anglo-saxon sur la société québécoise sont certes tangibles. Celle-ci possède par contre des caractéristiques propres issues de son héritage latin, entre autres la langue d'usage de sa majorité et son ouverture sur la sexualité, comme le reflète le contenu des cours d'éducation sexuelle naguère offerts dans les écoles primaires et secondaires. Son système de santé se trouve, de plus, aux antipodes du système américain.

Objectifs de la recherche

Cette recherche se propose de décrire le comportement informationnel des jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle. Plus spécifiquement, elle examine :

- 1) Les situations problématiques vécues par ces jeunes adultes en matière de santé sexuelle;
- 2) Les besoins informationnels exprimés par les jeunes adultes lors de ces situations problématiques;
- 3) Les processus et les sources d'information qui soutiennent la résolution de ces besoins informationnels;
- 4) L'utilisation de l'information trouvée.

Questions de recherche

Pour remplir ces objectifs, ce projet de recherche examine quatre questions de recherche :

- 1) Quelles sont les situations problématiques auxquelles les jeunes adultes sont confrontés en santé sexuelle?
- 2) Quels sont les besoins informationnels exprimés par les jeunes adultes lors de ces situations problématiques?
- 3) Quels sont les processus et les sources d'information qui soutiennent la résolution de ces besoins informationnels?
- 4) Quelle est l'utilisation de l'information trouvée?

Définitions

Deux concepts-clés au cœur de cette étude, soit la « santé sexuelle » et le « jeune adulte », possèdent des frontières floues. Avant de procéder à la revue des écrits, ces concepts se doivent d'être clarifiés pour en assurer une compréhension juste dans le présent contexte.

Concept de « santé sexuelle »

L'état de santé sexuelle, comme le décrit Chevret-Masson (2004), dans un premier temps, ne saurait se circonscrire que par la simple absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité reliées à la sexualité. Une vision plus holistique du concept s'impose et, à cet égard, l'Organisation mondiale de la santé (2005) a proposé de définir la santé sexuelle comme une expérience de bien-être physique, émotionnel, mental et social en lien avec la sexualité. Cette définition, utilisée pour la présente recherche, témoigne de l'évolution de la réflexion collective sur la santé sexuelle au cours des dernières décennies, celle-ci ayant été majoritairement confinée aux seuls problèmes reproductifs jusqu'aux années 1960 (Chevret-Masson 2004).

Concept de « jeune adulte »

Par ailleurs, le concept de « jeune adulte » ne connaît pas non plus de définition précise et les écarts entre les tranches d'âge utilisées varient énormément d'une occurrence à l'autre, tant du côté des recherches effectuées sur cette population que des langages documentaires. Dans le thésaurus de Statistiques Canada (2008), par exemple, les jeunes adultes sont définis comme les 20-34 ans, alors qu'il est question des 18-25

ans dans le Répertoire des vedettes-matière de l'Université Laval (2008). Par ailleurs, le concept est absent du thésaurus de certaines bases de données spécialisées en santé comme Medline et CINAHL où sont répertoriées de nombreuses études ayant les jeunes adultes comme population. La disparité est d'autant plus grande parmi ces études où les définitions de jeunes adultes s'échelonnent sans critère fixe sur des périodes allant de 15 à 44 ans selon le contexte particulier relatif à chacune.

Ainsi, pour cette étude, le concept de « jeune adulte » correspond à la tranche des 18 à 25 ans. Il comprend donc la portion des jeunes ayant atteint l'âge de la majorité légale dans la population ciblée par le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007) comme étant l'une des plus fortement à risques pour deux infections transmissibles sexuellement, avec un jeu d'une année.

Plan du mémoire

Pour répondre aux questions de recherche, cette étude s'inscrit dans une approche qualitative. Les données sont recueillies lors d'entrevues en profondeur employant la technique de l'incident critique auprès de huit jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans étudiant à l'Université de Montréal. L'incident critique est également utilisé comme unité d'analyse. Les données font l'objet d'une analyse de contenu qualitative basée sur la théorisation ancrée.

Le premier chapitre présente la revue des écrits. Il développe les principaux concepts relatifs au comportement informationnel, et plus spécifiquement sur les comportements informationnels en santé, et les résultats d'études sur le comportement informationnel en santé sexuelle. Il soumet également le cadre conceptuel de la recherche. Le deuxième chapitre décrit le cadre méthodologique suivi pour mener cette étude. Le troisième chapitre présente les résultats, qui sont discutés au quatrième chapitre. La conclusion, enfin, identifie les contributions de l'étude et les pistes de recherche future.

Chapitre 1 : Revue des écrits

Introduction

Le comportement informationnel propre à la santé sexuelle a été l'objet de peu d'études jusqu'à présent et les quelques chercheurs qui se sont penchés sur cette problématique ont ancré leurs travaux dans une perspective spécifique des sciences de la santé. Ces études, en ce sens, se sont intéressées à des fragments du comportement informationnel – notamment les besoins d'information et l'utilisation de certaines sources d'information – sans toutefois chercher à dresser un portrait global du comportement informationnel.

Puisque cette étude cherche à décrire le comportement informationnel des jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle dans son ensemble, la première partie de ce chapitre présente les éléments essentiels à l'étude du comportement informationnel et touchant particulièrement les comportements informationnels relatifs à la santé. Pour compléter l'élaboration du cadre conceptuel, la seconde partie de ce chapitre met en relief ces éléments à la lumière des résultats des études en santé sur le comportement informationnel en santé sexuelle.

1.1 Comportement informationnel

Plusieurs modèles et théories ont été développés au cours des dernières décennies pour expliquer les divers éléments et étapes du comportement informationnel ainsi que les facteurs inhérents à chacun d'entre eux. Les généralisations, comme le remarque Choo (2006, 38) demeurent toutefois difficiles en raison de la spécificité des groupes et des cas étudiés. Pour pallier cette situation, Choo (2006, 69) propose un modèle où est intégré l'ensemble des éléments-clés essentiels à la compréhension du comportement informationnel. Choo (2006, 41) conceptualise le comportement informationnel en un processus où se situent trois éléments, soit les besoins informationnels, la recherche

d'information et l'utilisation de l'information. Reprenant une modélisation proposée par Saracevic (1997), Choo (2006) indique que chacun de ces trois éléments est influencé par trois niveaux de facteurs suivants : le cognitif, l'affectif et le contextuel (voir figure 1).

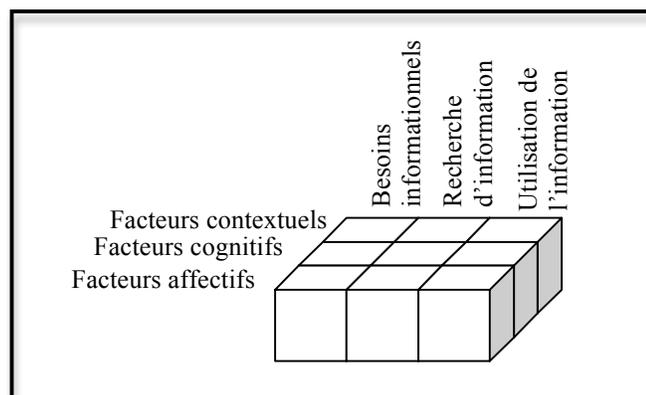


Figure 1 : Éléments et facteurs d'influence du comportement informationnel (inspiré de Choo 2006, 43).

Le modèle proposé par Choo (2006), bien que pensé en fonction de l'étude du comportement informationnel dans un contexte de travail, devrait s'appliquer à d'autres contextes du comportement informationnel et donc à la présente étude. En raison des assises théoriques riches intégrées à chacun de ses éléments, ce modèle permet de dresser un panorama complet des comportements informationnels et permettra, en ce sens, de décrire les comportements informationnels des jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle. Les éléments de ce modèle pertinents à la présente étude seront maintenant décrits, en commençant par la notion des facteurs contextuels.

1.1.1 Facteurs contextuels

L'importance accordée au contexte dans lequel s'inscrit un comportement informationnel est un élément commun à plusieurs théories et modèles élaborés pour comprendre les comportements informationnels. Pour comprendre l'influence des facteurs contextuels sur le comportement informationnel, Choo (2006, 51-57) met en relief trois variables : la complexité de la tâche, la complexité de la situation et les environnements d'utilisation de l'information (*information-use environments*). La notion de « tâche », essentielle à étudier dans un contexte de travail, s'applique

difficilement au contexte de cette étude. Dans ce contexte, le besoin informationnel ne découlera pas d'une tâche à remplir, mais d'un état d'inconfort ou de manque lié à la santé. Cette variable sera donc ici écartée. D'un autre côté, la complexité de la situation et les environnements d'utilisation de l'information s'appliquent au contexte de cette étude et serviront à décrire les facteurs contextuels entourant le comportement informationnel en santé sexuelle.

1.1.1.1 Complexité de la situation

La complexité de la situation, tout d'abord, apparaît comme une variable essentielle dans le contexte de la santé. À ce propos, Johnson et coll. (2001, 336-337) indiquent que la proximité et l'intensité d'un problème de santé produisent un effet sur l'importance qu'un individu lui accorde, et influencent, en ce sens, la recherche d'information. Une recherche d'information, par exemple, liée à la prévention d'une maladie sera différente d'une recherche faite à la suite d'un diagnostic pour cette même maladie. Dans un autre ordre d'idées, une recherche d'information pour un mal bénin différera d'une recherche résultant d'une maladie mortelle. À cet égard, Goldner (2006) a mis en lumière, en analysant les résultats du *Pew Internet and American Life Project* (2002), une relation entre l'état de santé d'un individu et l'information qu'il recherche sur Internet. Selon les résultats de cette étude, les individus malades, et plus spécifiquement ceux atteints d'une maladie chronique, chercheraient davantage des informations relatives à la santé que des individus en santé (Goldner 2006). L'influence de la proximité et de l'intensité d'un problème de santé sur la recherche d'information n'est toutefois pas une variable prédictible puisqu'elle varie selon les situations. Les prémices à la compréhension de ce phénomène proviennent de Maslow (1963) qui soutient qu'un individu peut chercher de l'information de manière à réduire son anxiété et qu'il peut, dans le même but, aussi bien refuser d'obtenir de l'information (Case et coll. 2005, 354). Selon la situation particulière dans laquelle il se trouve, un individu peut donc vouloir en savoir plus ou vouloir ne rien savoir du tout. Case et coll. (2005, 355) indiquent que la manière dont un individu réagit à une situation problématique en santé est déterminée par sa perception sur sa capacité de réagir à la menace (*response efficacy*), à mettre en oeuvre une réaction efficace (*self-efficacy*), mais aussi parfois même au hasard. La notion de perception de l'individu est également présente dans le

modèle de recherche d'information au quotidien (*everyday life information seeking*) de Savolainen (1995, 265) où sont décrits quatre comportements qu'un individu est susceptible d'adopter lors de la résolution d'un problème en fonction de sa perception de la situation à régler. L'un des axes utilisés par Savolainen (1995, 265) pour définir ces comportements est celui de l'optimisme versus le pessimisme quant à la résolution du problème. Savolainen (1995, 272) indique que l'état de santé d'un individu fait partie des facteurs influençant son comportement relativement à la résolution d'un problème. La complexité de la situation, telle que vécue par un individu, s'avère donc indéniablement une variable importante. Elle fait par ailleurs partie des dimensions de la situation problématique définies par MacMullin et Taylor (1984) que Taylor (1991) inclut dans son environnement d'utilisation de l'information.

1.1.1.2 Environnements d'utilisation de l'information

La troisième variable propre aux facteurs contextuels identifiés par Choo (2006), les environnements d'utilisation de l'information de Taylor (1991), est composée de plusieurs éléments : les ensembles de personnes, les situations problématiques typiques, les environnements de travail et les hypothèses sur la résolution du problème (Taylor 1991, 231-233). Taylor (1991, 251) mentionne que les environnements d'utilisation de l'information peuvent s'appliquer à toute population dans une grande variété de contextes. Dans le contexte d'un environnement d'utilisation de l'information, un ensemble de personnes forment un groupe partageant des caractéristiques communes en ce qui a trait à leur comportement informationnel. Taylor (1991, 222) désigne quatre classes non mutuellement exclusives pour classifier les ensembles de personnes : la profession, l'entrepreneur, le groupe d'intérêt et le groupe socio-économique. La présente étude s'articule autour d'un groupe socio-économique précis, soit les jeunes adultes poursuivant des études universitaires dans un milieu québécois francophone. Au-delà de leurs caractéristiques démographiques communes, ces jeunes adultes sont susceptibles de partager une utilisation similaire des différents médias (Taylor 1991, 223-224).

Dans un environnement d'utilisation de l'information, un ensemble de personnes partagent aussi des situations problématiques typiques définies par leur profession et leur

style de vie (Taylor 1991, 225). Pour caractériser ces situations, MacMullin et Taylor (1984, 102-107) identifient onze dimensions qui placent la situation problématique sur onze continuums :

- 1) Entre la conception (*design*) et la découverte (*discovery*) : si elle tend du côté de la conception, une situation problématique se concentre sur l'atteinte d'un état et s'intéressera aux diverses options pour atteindre cet état alors que, si elle tend du côté de la découverte, une situation problématique cherche à décrire des objets ou des processus, et recherchera des informations précises et détaillées.
- 2) Entre une situation problématique bien structurée (*well structured*) et mal structurée (*ill structured*) : une situation problématique bien structurée se résout par des procédures logiques alors qu'une situation problématique mal structurée explore des données sur la marche à suivre pour la résoudre.
- 3) Entre une situation problématique simple (*simple*) et complexe (*complex*) : une situation problématique simple possède une voie de résolution simple à définir alors qu'une situation problématique complexe réunit plusieurs variables qui doivent être traitées séparément.
- 4) Entre l'atteinte d'objectifs précis (*specific goals*) et flous (*amorphous goals*) : une situation problématique avec des objectifs précis requiert des informations pour mesurer ces objectifs alors qu'une situation problématique avec des objectifs flous commande des informations pour clarifier la mesure de ces objectifs.
- 5) Entre une situation initiale comprise (*initial state understood*) et non comprise (*initial state not understood*) : une situation initiale comprise requiert des informations pour clarifier des aspects obscurs de cette situation alors qu'une situation initiale non comprise réclame des informations informelles et qualitatives pour la définir.
- 6) Entre des hypothèses acceptées (*assumptions agreed upon*) et non acceptées (*assumptions not agreed upon*) : une situation problématique avec des hypothèses acceptées exige des informations pour la définir alors

qu'une situation problématique avec des hypothèses non acceptées nécessite des informations de manière à définir les concepts de la situation.

- 7) Entre des hypothèses explicites (*assumptions explicit*) et non explicites (*assumptions not explicit*): une situation problématique avec des hypothèses explicites requiert des informations pour encadrer son analyse alors qu'une situation problématique avec des hypothèses non explicites sous-tend des informations pour rendre les hypothèses explicites.
- 8) Entre des schémas familiers (*familiar patterns*) et nouveaux (*new patterns*): une situation problématique familière fait appel à des informations connues pour la résoudre alors qu'une situation problématique nouvelle appelle à la recherche de nouvelles informations.
- 9) Entre un risque faible (*magnitude of risk not great*) et élevé (*magnitude of risk great*): un problème susceptible d'engendrer un risque élevé demande une recherche exhaustive pour trouver l'information la plus précise possible alors qu'un problème à faible risque permet une marge d'erreur plus grande.
- 10) Entre la possibilité d'une analyse empirique (*susceptible to empirical analysis*) et son impossibilité (*not susceptible to empirical analysis*): une situation problématique propice à une analyse empirique requiert des informations objectives compilées alors qu'une situation problématique non propice à une analyse empirique demande l'avis d'experts.
- 11) Entre une contrainte interne (*internal imposition*) et externe (*external imposition*): une situation problématique émanant d'une contrainte interne requiert des informations sur l'environnement interne alors qu'une situation problématique émanant d'une contrainte externe exige des informations tenant compte également de l'environnement externe.

Chacune de ces dimensions a un effet sur les types d'informations recherchées pour régler la situation problématique (Taylor 1991, 226).

Une nomenclature des situations problématiques est également proposée par Dervin (1992). Choo (2006, 45) présente une adaptation des catégories que Dervin

(1992) donne pour différencier les causes de l'arrêt d'un individu :

- 1) Arrêt décisionnel (*decision stop*) : un individu est confronté à plusieurs alternatives pour continuer son chemin;
- 2) Arrêt dû à un obstacle (*barrier stop*) : un individu voit son chemin entravé par quelqu'un ou quelque chose;
- 3) Arrêt dû à manque (*spin-out stop*) : un individu se voit sans chemin pour continuer;
- 4) Arrêt dû à une disparition (*wash-out stop*) : un individu voit son chemin disparaître soudainement;
- 5) Arrêt problématique (*problematic stop*) : un individu se voit entraîné sur un chemin contre son gré;
- 6) Autres catégories selon le jugement de l'individu sur le brouillard qui l'empêche de poursuivre son chemin (*perceptual embeddedness*), le nombre d'intersections devant lui (*situational embeddedness*) et le nombre de personnes avec qui il voyage (*social embeddedness*).

Dans un autre ordre d'idées, l'environnement de travail est le troisième élément propre aux environnements d'utilisation de l'information de Taylor (1991). Taylor (1991, 226) le décrit comme le contexte physique dans lequel un ensemble de personnes travaillent et vivent. Des quatre dimensions proposées par Taylor (1991, 227-228) pour le définir, soit l'importance de l'organisation, le domaine d'intérêt, l'accès à l'information ainsi que l'histoire et l'expérience de l'organisation, deux semblent pertinentes au contexte de cette étude : le domaine d'intérêt et l'accès à l'information. Chacun des domaines d'intérêt possède des caractéristiques propres : la disponibilité de l'information et sa distribution dans les différents médias (Taylor 1991, 227). Dans le domaine de la santé, il a été démontré qu'un nouveau paradigme s'est installé avec la montée de l'information numérique au cours des dernières années : le monde de l'information médicale, naguère l'apanage du corps médical, est désormais ouvert au grand public (Hardey 2001, 400). Il est difficile d'estimer le nombre de sites Web sur la santé, mais les statistiques indiquent que, par son accès facile, rapide et efficace, Internet joue un rôle prépondérant dans cette nouvelle dissémination de l'information médicale

(Khechine et coll. 2006, 5-6). L'Occident, comme Cant et Sharma (1999) le soulignent d'un autre côté, vit désormais dans un « nouveau pluralisme médical » où tout un chacun peut devenir producteur de savoir médical en participant à des forums de discussion, en clavardant ou en publiant son propre site Web. L'information médicale est donc désormais dispersée dans de nombreux médias et, par le fait même, son accès « physique » s'en trouve augmenté. Taylor (1991, 228) soutient par contre que l'accessibilité de l'information dépasse son simple accès physique et qu'elle est jugée par un individu en fonction de la perception de sa validité et de son utilité à répondre à un besoin dans une situation donnée. Aussi, il est à noter que malgré une offre d'information augmentée et diversifiée en santé, les médecins et autres professionnels de la santé agissent toujours comme gardiens des diagnostics et traitements. Dans sa relation avec les professionnels de la santé, le patient demeure donc malgré tout en position de dépendance, contraint dans ce que Parsons (1951) appelait le rôle du malade (Hardey 2001).

Le quatrième et dernier élément des environnements de l'utilisation de l'information de Taylor, les hypothèses sur la résolution du problème, se décrit comme les perceptions partagées par un groupe d'individus sur ce que représente pour eux la résolution d'une situation problématique typique (Taylor 1991, 229). Ces hypothèses, non seulement encadrent l'information attendue pour régler la situation problématique, mais influencent la portée de la recherche d'information : temps et efforts accordés, sources consultées, quantité d'information recherchée (Choo 2006, 55). Dans cette optique, un individu qui, par exemple, cherche sur Internet pour approfondir les explications de son médecin procéderait différemment s'il avait à établir son propre diagnostic. Dans le second cas, il est possible de croire qu'il chercherait une information d'une plus grande précision et emploierait en conséquence plus de ressources. Taylor (1991, 230-231) propose huit catégories d'utilisation de l'information dont Maurel (2006, xviii) fait la synthèse suivante à partir des explications données par Taylor (1991, 230-231) et complétées par les explications données par Dervin (1983, 15; 1989, 222, 225) et Choo (2000, 244) :

- 1) Éclaircissement ou développement du contexte d'un problème (*enlightment*) : l'information est utilisée pour se faire une idée de la

situation problématique, pour connaître le contexte de cette situation. Cette information de contexte permet de répondre à des questions du type : « Existe-t-il des situations similaires? Quelles sont-elles? [...] Ce que Dervin appelle : « *Got pictures, ideas, understandings.* »

- 2) Compréhension du problème (*problem understanding*) : l'information est utilisée de façon plus spécifique pour comprendre un problème ou sujet particulier. Elle répond à des questions de type « pourquoi » qui demandent de l'interprétation des données et du jugement quant à sa pertinence. Ce que Dervin appelle : « *Able to plan.* »
- 3) Acquisition de nouvelles habiletés (savoir-faire) (*instrumental*) : L'information est utilisée pour que l'individu puisse intégrer de nouvelles habiletés afin de savoir quoi faire et comment le faire. Ce que Dervin appelle « *Got skills.* »
- 4) Acquisition de données factuelles pour bien connaître un sujet (*factual*) : l'information est utilisée pour décrire un phénomène, un événement, une réalité. L'individu a besoin de données précises, dont l'utilisation dépend de leur qualité (ou à tout le moins de leur qualité perçue).
- 5) Confirmation d'un autre élément d'information (*confirmational*) : l'information est utilisée pour vérifier, valider, confirmer une autre information, ce qui implique souvent de faire appel à une deuxième opinion. Ce que Dervin appelle « *Got support, reassurance, confirmation.* »
- 6) Prédiction d'événements (*projective*) : l'information est utilisée pour prédire des événements susceptibles de se produire dans l'avenir. Il s'agit souvent de prévisions, estimations, probabilités.
- 7) Automotivation ou persévérance de son engagement (*motivational*) : l'information est utilisée par l'individu pour provoquer ou soutenir sa motivation personnelle dans une situation spécifique. Ce que Dervin appelle : « *Kept going.* »
- 8) Contrôle personnel ou politique (*personal or political*) : l'information est utilisée pour développer ses relations, pour améliorer son statut social, sa

réputation et son épanouissement personnel, ou encore pour contrôler. Ce que Dervin appelle « *Got control* », « *Got out of a bad situation* », « *Got pleasure* ».

Ces catégories d'utilisation de l'information ne sont pas mutuellement exclusives puisqu'une information peut remplir plusieurs rôles dans une même situation (Taylor 1991, 279).

1.1.2 Facteurs cognitifs

Concepts-clés de la modélisation des besoins informationnels, les aspects cognitifs du comportement informationnel occupent une place importante dans sa compréhension. Choo (2006, 59) indique dans un premier temps que la notion de manque cognitif (*cognitive gap*) – tel que modélisé par les états anomaux des connaissances (*anomalous states of knowledge*) de Belkin (1980) et par la métaphore de la construction du sens (*sense-making*) de Dervin (1983) – est essentielle à la compréhension du comportement informationnel. Choo (2006, 46) présente également la notion de types de personnalité (*cognitive styles*) comme susceptible d'influencer cognitivement le comportement informationnel d'un individu. Dans le contexte du comportement informationnel lié à la santé, l'étude des compétences informationnelles apparaît également essentielle en raison de son hétérogénéité dans la population en général.

1.1.2.1 Manque cognitif

Le point de vue cognitif occupe une place prépondérante dans la théorie des états anomaux des connaissances de Belkin (2005, 46). Un « état anormal des connaissances », comme l'indiquent Belkin et coll. (1983, 156), fait référence à une anomalie dans le savoir d'un individu qui l'empêche d'atteindre un objectif, tel que sa capacité à résoudre une situation problématique. Cette anomalie peut revêtir plusieurs formes : un manque, une incertitude ou une incohérence, et il est difficile pour un individu de spécifier cette anomalie (Belkin 1980, 136-137). Ce concept est donc intimement lié aux notions de besoin viscéral et de besoin conscient de Taylor (1968) où le besoin d'information est d'abord ressenti par un individu sans qu'il puisse l'exprimer puis précisé petit à petit grâce à l'information rencontrée (Belkin 1980, 136).

La théorie des états anomaux des connaissances, comme l'indique Belkin (2005, 45), est également liée à la notion de manque dans la métaphore de la construction du sens de Dervin (1983). Cette métaphore est définie par Dervin (1983, 3) comme un comportement à la fois interne (cognitif) et externe (procédural) qui permet à un individu de construire son déplacement à travers le temps et l'espace. Un nouveau pas est franchi à chaque instant, même s'il s'agit d'une répétition d'une action réalisée dans le passé, et un individu construit ainsi continuellement le sens de ses actions et de son environnement (Dervin 1992, 65). L'avancée d'un individu peut toutefois être bloquée par une incapacité soudaine à construire le sens d'une situation, l'individu fait face à un manque cognitif (Dervin 1992, 66). L'essentiel de la théorie de la construction du sens de Dervin, comme l'indique Choo (2006, 44), est la compréhension par un individu d'une situation problématique et de ses actions pour combler ce manque cognitif qui l'empêche de continuer son chemin.

1.1.2.2 Types de personnalité

Le type de personnalité d'un individu influence la manière dont il cherche, traite et utilise l'information (Choo 2006, 46). Le concept des types de personnalité, utilisé en psychologie pour étudier les variations de comportement entre les individus (Cauvin et Cailloux 2002, 13), permet donc à certains égards d'étudier les variations dans le comportement informationnel. Parmi les méthodes développées pour comprendre les types de personnalité, l'indicateur typologique de Myers-Briggs est largement utilisé (Choo 2006, 46). Le principe de base que sous-tend cette méthode est que « les variations du comportement [...] ne sont pas le résultat du hasard, mais la conséquence de préférences spontanées concernant quatre dimensions fondamentales » (Cauvin et Cailloux 2002, 13). Chacune de ces dimensions est définie par deux pôles opposés : l'attitude (l'extraversion versus l'introversion); la fonction de perception (la sensation versus l'intuition); la fonction de jugement (la pensée versus le sentiment); et la préférence pour la recherche d'information (la perception versus le jugement) (Cauvin et Cailloux 2002, 17-39). La combinaison des préférences pour chacune des quatre dimensions indique le type de caractère d'un individu parmi les seize types de caractères possibles (Cauvin et Cailloux 2002, 42-43).

Chacune de ces dimensions met en lumière certaines différences observées dans la manière de chercher et d'utiliser l'information (Cauvin et Cailloux 2002, 17-39; Choo 2006, 46) :

- L'attitude : L'extraverti est orienté vers le « dehors », les autres, tant pour y puiser son énergie que pour exprimer son action alors que l'introverti est orienté vers le « dedans », lui-même. De plus, l'extraverti agit d'ordinaire en premier et réfléchit ensuite tandis que l'introverti réfléchit longtemps avant de passer à l'action.
- La fonction de perception : Le sensoriel capte les données dont il a besoin par ses cinq sens alors que l'intuitif possède une vision globale obtenue par un processus inconscient. Ainsi, la démarche d'un sensoriel sera séquentielle, avec des étapes connues qu'il pourra répéter et celle de l'intuitif demeurera inconsciente et axée dans l'immédiat.
- La fonction de jugement : Le penseur décide objectivement, en fonction de ce qui lui paraît logique alors que le sentimental fait appel à des valeurs personnelles et subjectives pour prendre des décisions.
- La préférence pour la recherche d'information : Le perceptif est ouvert aux différentes opportunités et préfère prendre son temps de manière à trouver le plus d'informations possible alors que le judicatif préfère prendre des décisions rapides, utiliser l'information acquise et de passer à autre chose. Le perceptif a également l'habitude de trouver ce qu'il cherche dans les endroits les plus curieux et l'endroit « normal » où devrait se trouver quelque chose s'avère le dernier lieu où il cherche. Le judicatif, par opposition, perd tous ses repères si l'objet de ses recherches ne se trouve pas là où il devrait être.

1.1.2.3 Compétences informationnelles

Les compétences informationnelles (ou littératie) d'un individu s'inscrivent comme un des facteurs primordiaux parmi les facteurs cognitifs influençant le comportement informationnel. Comme l'indique Kirsch (2001, 337-339) dans la présentation de l'*International Adult Literacy Survey*, ces compétences concernent une multitude d'habiletés (lecture, écriture, numératie, parole et compréhension orale), de savoirs et de stratégies nécessaires pour interagir en société. D'une manière générale, les

habiletés en lecture et en écriture forment les compétences informationnelles écrites alors que les habiletés de communication et de compréhension verbales forment les compétences informationnelles orales. On juge qu'un individu possède des compétences informationnelles fonctionnelles lorsqu'il possède les habiletés nécessaires à la réussite d'une tâche dans un contexte donné (Institute of Medicine 2004, 37).

Les compétences informationnelles sont ainsi propres à chaque contexte. À titre d'exemple, un individu qui possède de fortes capacités cognitives dans un domaine particulier peut éprouver des difficultés à obtenir, à comprendre ou à utiliser certaines informations relatives à la santé (Institute of Medicine 2004, 32). La définition suivante, proposée par Ratzan et Parker (2000, vi), est fréquemment employée pour définir les compétences informationnelles en santé : « La capacité d'un individu à trouver, à évaluer et à comprendre l'information de base qui lui permet de prendre des décisions adéquates en santé. » Qu'elles soient liées à la compréhension du tableau d'informations nutritionnelles d'un aliment à l'épicerie ou d'un formulaire de consentement pour une opération chirurgicale, de telles décisions jalonnent le quotidien d'un individu (Institute of Medicine 2004, 1-2).

Les compétences informationnelles en santé sont influencées par de nombreux facteurs, parmi lesquels la complexité d'un système de santé et le niveau de scolarité d'un individu sont prépondérants. Les études ont démontré que d'une manière générale il existe un lien fort entre le niveau de scolarité d'un individu et son degré de compétences informationnelles en santé (Institute of Medicine 2004, 35). En outre, dans un contexte où un système de santé amène un individu à se responsabiliser relativement à sa santé, les compétences informationnelles en santé de celui-ci influencent grandement son bilan de santé. Les études démontrent qu'un adulte avec de faibles compétences informationnelles en santé présente de manière générale un bilan de santé moins positif qu'un adulte avec de fortes compétences informationnelles (Institute of Medicine 2004, 83). En ce sens, il est moins susceptible d'adopter des comportements préventifs pour améliorer sa santé et il est enclin à être hospitalisé plus souvent (Institute of Medicine 2004, 83, 102).

1.1.3 Facteurs affectifs

Outre les facteurs contextuels et cognitifs dont il a été question précédemment, une troisième série de variables, les facteurs affectifs, viennent également influencer le comportement informationnel. Les recherches neurobiologiques indiquent que les émotions jouent en effet un rôle important, positif ou négatif, que ce soit en dirigeant l'attention d'un individu, en faisant naître le doute ou l'incertitude, en influençant les goûts, ou en agissant comme source de motivation ou de démotivation (Choo 2006, 47). Deux variables affectives susceptibles d'influencer le comportement informationnel sont identifiées par Choo (2006) : l'incertitude et la maîtrise de soi.

1.1.3.1 Incertitude

Les travaux de Kuhlthau occupent une place centrale dans la compréhension du rôle de l'affectif dans le comportement informationnel (Choo 2006, 47). Pour Kuhlthau (1993, 342-344), la recherche d'information est un processus divisé en six étapes : le déclenchement, la sélection, l'exploration, la formulation, la collection et la présentation. Chaque étape, indique-t-elle, est caractérisée par des comportements affectifs (sentiments), cognitifs (pensées) et physiques (actions), tels que représentés dans la figure 2 ci-dessous, adaptée de Kuhlthau (1993, 343) :

| Étapes | Déclenchement | Sélection | Exploration | Formulation | Collection | Présentation |
|------------------------------|---|-----------|-------------------------------|-------------------------------------|------------|--------------------------------|
| Sentiments (affectif) | Incertain | Optimisme | Confusion, frustration, doute | Clarté | Confiance | Satisfaction ou insatisfaction |
| Pensées (cognitif) | Vagues → → → → → → → → → → Précises → → Accroissement de l'intérêt → → | | | | | |
| Actions (physique) | Recherche d'information pertinentes | | | Recherche d'information appropriées | | |

Figure 2 : Modèle du processus de recherche d'information de Kuhlthau (1993, 343)

La notion d'incertitude est prépondérante dans le modèle de Kuhlthau puisqu'elle engendre le processus de recherche d'information (1993, 347). Kuhlthau (1993, 347) indique que l'incertitude est causée par un manque cognitif et qu'elle est à la base de sentiments, tels que l'anxiété et le manque de confiance que peut éprouver un individu

au début du processus de recherche d'information, alors que les pensées sont imprécises face à une question. L'incertitude tend à disparaître à mesure que les pensées se précisent et les sentiments négatifs sont remplacés peu à peu par des sentiments positifs, tels un regain de confiance. Kuhlthau (1993, 347-352) définit six corollaires pour décrire la portée de l'incertitude :

- 1) Le processus : La recherche d'information est un processus dans lequel un individu cherche à comprendre et à donner du sens à des informations rencontrées dans un espace temporel. Ce processus est d'ordinaire vécu comme un cycle où sont au départ associés des pensées vagues et des sentiments d'anxiété qui se transforment en pensées précises et en sentiment de confiance à mesure que la recherche progresse.
- 2) La formulation : Au moment où un individu, après l'analyse et la compréhension de l'information rencontrée, est capable de formuler le but de sa recherche, il passe de l'incertitude à la compréhension. Cette étape est le pivot du processus de recherche d'information.
- 3) La redondance : L'information rencontrée peut être unique ou redondante. L'information unique est nouvelle pour l'individu et, par conséquent, augmente l'étendue de son savoir. Elle peut être contradictoire avec ses idées et l'amener une reconsidération de ses positions. L'information redondante, à l'opposé, est déjà connue de l'individu et le conforte dans ses positions. Une trop grande quantité d'informations uniques peuvent créer de l'anxiété alors que trop d'informations redondantes peuvent causer l'ennui.
- 4) L'approche : Dans la recherche d'information, le comportement de l'individu est influencé par son approche. S'il est en mode exploratoire, ses actions seront expansives (il cherche encore plus d'information) alors que s'il est en mode indicatif, ses actions seront conclusives (il cherche à terminer la recherche). L'approche de l'individu est susceptible de changer au cours du processus.
- 5) La prédiction : Le processus de recherche d'information peut être vu comme une série de décisions prises en fonction de prédictions sur le but à atteindre. Ces décisions concernent les sources consultées, l'ordre dans lequel elles le

seront ainsi que de l'évaluation la pertinence de l'information. Les prédictions sont propres à chacun puisqu'elles sont construites sur l'expérience antérieure de l'individu et elles peuvent changer au cours du processus alors que l'individu passe de l'incertitude à la compréhension.

- 6) L'intérêt : L'engagement d'un individu dans la recherche d'information est lié à son intérêt pour cette recherche. Celui-ci tend à augmenter vers la fin du processus à mesure que le but et les pensées se précisent.

1.1.3.2 Maîtrise de soi

Dans le contexte du comportement informationnel, la maîtrise de soi renvoie à la tendance qu'éprouve un individu à contrôler son identité (Choo 2006, 50). Ainsi, un individu sera plus enclin à sélectionner des informations qui confirment ses positions et opinions qu'à choisir des informations qui seraient contradictoires. En présence d'informations contradictoires, un individu éprouve ce que Festinger (1957), cité par Choo (2006, 50) appelle une dissonance cognitive et utilise des mécanismes de défense pour réduire son impact. Pour réduire l'impact des dissonances cognitives, un individu peut, entre autres, éviter des informations, nier leur validité ou tenter d'expliquer les différences (Choo 2006, 50).

Les facteurs contextuels, cognitifs et affectifs présentés influencent les trois étapes du comportement informationnel. La description de ces étapes commence à la prochaine section avec les besoins informationnels.

1.1.4 Besoins informationnels

La reconnaissance d'un besoin informationnel amorce la conceptualisation du processus du comportement informationnel (Choo 2006, 57). Souvent analysés sous l'angle des besoins cognitifs (Belkin 1980; Dervin 1983), c'est-à-dire d'un manque cognitif dans le savoir d'un individu, les besoins informationnels, comme l'indique Wilson (1981), peuvent aussi être analysés sous l'angle des besoins affectifs (Choo 2006, 57-58). Ainsi, comme il a été mentionné plus tôt, Belkin (1980) emploie la notion d'état anomal des connaissances en référence à une anomalie dans le savoir d'un individu l'empêchant d'atteindre un objectif. Dervin (1983, 156), pour sa part, utilise

parallèlement la métaphore de la construction du sens pour définir le besoin informationnel. Celui-ci concerne un état où, chez un individu, se développe un manque qu'il faudra remplir par ce qu'il appelle « information » et qui lui permettra de « construire un sens » à son monde. Wilson (1981, 9-10) indique que ces besoins cognitifs sont accompagnés de besoins affectifs, tels que les besoins de réalisation et de dépassement de soi, engendrés par la vie en société. Les besoins informationnels génèrent également le sentiment d'incertitude (Kuhlthau 1993) et ses nombreux symptômes tels que l'anxiété et le manque de confiance. Pour Wilson (1997), l'incertitude représente un facteur de stress face auquel un individu pourra vouloir plus d'information ou ne pas en vouloir du tout.

Dans un autre ordre d'idées, la notion de développement du besoin informationnel est essentielle, car comme le mentionne Choo (2006, 58), le besoin informationnel ne surgit pas complètement défini. À ce propos, Talyor (1968, 182) propose quatre niveaux par lesquels passe un besoin informationnel : viscéral, conscient, formalisé, compromis. Au niveau viscéral, le besoin est ressenti, mais difficile à exprimer. Au fur et à mesure que l'individu rencontre de l'information concernant son besoin, il peut s'en faire une description mentale et lorsqu'il est capable de le verbaliser, le besoin devient conscient et il pourra alors le présenter à autrui de manière à le préciser davantage. Puis, lorsque le besoin pourra se traduire sous la forme d'une question, il deviendra formalisé. Le niveau du compromis n'est atteint que si l'individu tente de formuler sa question à un système d'information où il lui faudra, par exemple, se conformer à un langage documentaire de manière à faire comprendre son besoin par le système d'information. Pour l'individu, la valeur de l'information trouvée pour répondre à un besoin informationnel est directement reliée à sa capacité à répondre au besoin viscéral (Choo 2006, 58).

Par ailleurs, les besoins informationnels naissent d'une situation problématique et sont donc reliés à un contexte spécifique (MacMullin et Taylor 1984, 98). La compréhension des dimensions de la situation problématique, telles que précédemment décrites, est donc essentielle pour définir les besoins informationnels et pour comprendre les critères sur lesquels se basera un individu pour évaluer la pertinence et la valeur de

l'information (Taylor 1991, 228). Les besoins informationnels comportent également de multiples dimensions et, pour bien les comprendre, MacMullin et Taylor (1984, 93) indiquent qu'il ne faut pas se limiter à la simple question : « Que voulez-vous savoir? » Ils suggèrent de s'intéresser à diverses facettes du besoin :

- Ses détails : À quoi votre problème ressemble-t-il?
- La manière d'y répondre : Comment désirez-vous répondre à votre besoin? Sous quelle forme désirez-vous y répondre ?
- Son pourquoi : Pourquoi avez-vous besoin de répondre à ce besoin?
- Ses acquis : Que savez-vous déjà?
- Ses attentes : Qu'espérez-vous trouver? Comment cela vous aidera-t-il?

En somme, lorsqu'il perçoit un manque dans sa connaissance ou dans sa capacité à donner du sens à une situation, un individu fait face à trois choix (Choo 2006, 69). Il peut, en premier lieu, décider de supprimer ce besoin informationnel en écartant la situation problématique. Il peut aussi, en deuxième lieu, chercher dans sa mémoire l'information nécessaire pour pallier ce besoin. En troisième et dernier lieu, il peut choisir de compenser le manque en procédant à une recherche d'information, étape du comportement informationnel présenté à la prochaine section.

1.1.5 Recherche d'information

La recherche d'information est un processus dans lequel un individu tente de répondre à un besoin informationnel, donc de remplir le manque généré par une situation problématique. Il ne s'agit cependant pas d'un processus universel et, pour le même besoin informationnel, chaque individu aura un processus de recherche différent en fonction de divers facteurs, tels que la qualité perçue d'une source d'information et sa disponibilité, mais aussi en fonction de la motivation de celui qui cherche à répondre au besoin (Choo 2006, 63-65). En étudiant des chercheurs en sciences sociales et en sciences, Ellis (1989a; 1989b) et Ellis et coll. (1993) ont répertorié les comportements de recherche d'information et les ont classés en diverses catégories. Choo (2006, 62) soutient que ces comportements, même s'ils émanent de recherches concernant des chercheurs universitaires, peuvent s'appliquer à d'autres groupes. Ellis (2005, 138-139)

divise désormais les activités pouvant être incluses dans ce processus en six catégories génériques :

- Débuter : Cette catégorie comporte les activités qui concernent la recherche initiale telle l'identification des sources potentiellement intéressantes. Ces sources peuvent être familières ou non.
- Enchaîner : Cette catégorie comporte le passage à de nouvelles sources à partir des références contenues dans une source.
- Butiner : Cette catégorie comprend des recherches semi-dirigées sur un sujet potentiellement intéressant, telles la lecture de tables des matières et de résumés, la recherche dans les listes de vedettes-matière, l'arpentage physique des rayons d'une bibliothèque ou d'une liste de ressources.
- Différencier : Cette catégorie comprend l'utilisation des différences entre les sources pour identifier la nature et la qualité du matériel examiné.
- Surveiller : Cette catégorie comprend la surveillance de certaines sources de manière à connaître les récents développements dans un domaine.
- Extraire : Cette catégorie comprend l'étude systématique d'une source de manière à trouver de nouvelles informations.

Ellis (2005, 139) ajoute que ces activités ne représentent pas une succession d'étapes lors de la recherche d'information, mais des éléments qui, interreliés les uns aux autres, servent à étudier les différents patrons dans la recherche d'information d'un individu à un moment précis. En plus de la recherche d'information active, un individu procède également au quotidien à une recherche d'information passive (Choo 2006, 69). Selon Wilson et Streatfield (1977), cette recherche d'information passive fait partie des habitudes (utilisation des médias, conversations, observations personnelles) de tout un chacun pour garder à jour son modèle mental interne.

Au cœur de chacune des activités se trouvent des sources d'information et celles-ci peuvent être de nature diverse. Plusieurs critères peuvent être adoptés pour classer les sources d'information : sources documentaires et sources humaines, sources personnelles et sources interpersonnelles, sources formelles et sources informelles. Le

tableau 1 présente la synthèse que fait Maurel (2006, 38) de catégorisations des sources d'information chez des penseurs en sciences de l'information² :

| Tableau 1 | | | | | |
|--|---------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Catégorisations des sources d'information chez des penseurs en sciences de l'information (Maurel 2006, 38) | | | | | |
| Catégories de sources d'information | Taylor (1986) | Choo et Auster (1993) | Choo (1994) | Choo (2002) | Zach (2002) |
| Sources internes | X | X | X | X | X |
| Sources externes | X | X | X | X | X |
| Sources personnelles | | X | X | | X |
| Sources impersonnelles | | X | X | | |
| Sources verbales (humaines) | | | | X | X |
| Sources textuelles / documentaires | | | | X | X |
| Sources en ligne | | | | X | X |
| Sources formelles | X | X | | | |
| Sources informelles | X | X | | | |

Ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives et une source, par exemple, peut à la fois être documentaire, personnelle et formelle. Parmi les quatre variables représentées par ces catégorisations (internes versus externes, personnelles versus impersonnelles, verbales versus textuelles et en ligne, formelles versus informelles), deux d'entre elles semblent être appropriées pour le domaine de la santé : personnelles versus impersonnelles, puis verbales versus textuelles et en ligne. Dans un premier temps, les sources personnelles communiquent l'information directement à un individu alors que les sources impersonnelles sont destinées à communiquer l'information à un plus large public (Choo et Auster 1993, 296). Une source verbale (ou humaine), ensuite, transmet l'information de personne à personne sans passer par un autre support. Les sources textuelles et en ligne (ou documentaires) transmettent l'information à l'aide d'un support, qu'il soit matériel ou électronique. La variable opposant les sources internes et externes n'est pas retenue dans le cadre de la présente étude, puisqu'elle ne semble pas totalement appropriée au contexte personnel de la santé sexuelle.

² La synthèse originale de Maurel (2006, 38) comportait également d'autres écrits provenant du domaine de la gestion.

En santé, une troisième catégorisation des sources d'information découle de la nature même des systèmes de santé occidentaux : la source professionnelle versus la source profane. Comme Foucault (1990) l'explique, la médecine occidentale a créé et entretient toujours un monopole social sur le savoir et l'expertise médicale (Turner 1995, 47). Ainsi, les professions médicales encadrent leur pratique dans le but d'éviter le « charlatanisme » et de protéger le public (Hardey 2001, 389). Au Québec, par exemple, le *Code des professions* définit le droit d'exercice exclusif de la majorité des professions en santé. Les lois relatives à chacune des professions définissent les actes autorisés et la déontologie à respecter. Une source professionnelle émane donc d'un professionnel de la santé reconnu dans son domaine d'expertise par la législation et une source qui n'en émane pas est donc considérée comme profane.

L'information trouvée dans les sources d'information peut répondre aux besoins informationnels et être utilisée. La prochaine section présente la dernière étape du comportement informationnel : l'utilisation de l'information.

1.1.6 Utilisation de l'information

L'utilisation de l'information est une activité inconsciente réalisée par tout un chacun et Choo (2006, 65) précise qu'il est difficile d'y accoler une définition précise. La définition utilisée par Choo (2006) est celle proposée par Taylor (1986), soit le choix de messages qu'un individu sélectionne parmi un bassin de plusieurs messages potentiels dans le but de régler une tâche ou un problème. Il s'agit donc de l'information qu'un individu juge pertinente pour répondre à son besoin informationnel, en fonction de son savoir et de la situation présente (Choo 2006, 65).

Comme défini au point sur les environnements d'utilisation de l'information, Taylor (1991, 230-231) propose une division de l'utilisation de l'information en huit catégories non mutuellement exclusives : éclaircissement ou développement du contexte d'un problème, compréhension du problème, acquisition de nouvelles habiletés (savoir-faire), acquisition de données factuelles pour bien connaître un sujet, confirmation d'un autre élément d'information, prédiction d'événements, automotivation ou préservation de son engagement et contrôle personnel ou politique.

1.1.7 Synthèse

Le modèle intégré que propose Choo (2006) conceptualise le comportement informationnel en un processus commençant par la reconnaissance d'un besoin informationnel, soit la perception d'un manque dans sa connaissance ou dans sa capacité à donner du sens à un événement lié à une situation problématique. Face à ce manque, trois choix sont possibles. Le besoin informationnel peut premièrement être écarté. Il peut aussi, en deuxième lieu, être résolu en utilisant l'information que possède déjà un individu dans sa mémoire. En dernier lieu, le besoin peut être résolu par la recherche d'information. Une fois l'information rencontrée (soit l'information que possède déjà l'individu ou celle qui vient d'être trouvée) jugée satisfaisante par l'individu pour pallier le manque dans sa connaissance ou dans sa capacité à donner du sens à une situation, celle-ci sera utilisée.

Chacun des trois éléments de ce processus est influencé par trois niveaux de facteurs, soit le contextuel, le cognitif, l'affectif. Les facteurs contextuels entourant le comportement informationnel sont composés à la fois d'éléments communs à un ensemble de personnes et possédant certaines caractéristiques, et partageant donc, pour un contexte donné, un environnement d'utilisation de l'information, et d'éléments propres à la complexité d'une situation problématique. Parmi les éléments de l'environnement d'utilisation de l'information, les variables telles que les situations problématiques typiques, la disponibilité de l'information, sa distribution dans les différents médias et son accessibilité ainsi que les hypothèses sur la résolution de la situation problématique influencent le comportement informationnel. Dans un deuxième temps, des facteurs cognitifs touchent également le comportement informationnel. Ils sont composés des compétences informationnelles d'un individu, soit de ses habiletés, savoirs et stratégies pour interagir en société ainsi que de son type de personnalité. Celui-ci agit sur la manière dont il cherche, traite et utilise l'information. Finalement, les sentiments et émotions qui entourent les différentes étapes du processus, dont l'anxiété, ainsi que l'image qu'un individu désire projeter influencent affectivement son comportement informationnel. La prochaine section présente les études répertoriées sur le comportement informationnel propre à la santé sexuelle.

1.2 Comportement informationnel en santé sexuelle

Des chercheurs en sciences de la santé ont dans la dernière décennie étudié certains fragments du comportement informationnel propre à la santé sexuelle de diverses populations. Les études répertoriées sont tout d'abord présentées, suivies des constats généraux qu'elles permettent de poser. Finalement, les études sur le comportement informationnel en matière de santé sexuelle propres aux jeunes adultes sont décrites.

1.2.1 Études répertoriées

Dix-neuf études sur le comportement informationnel en santé sexuelle publiées entre 1999 et 2007, principalement réalisées en sciences infirmières, ont été répertoriées. Le premier critère retenu était d'avoir pour sujet la santé sexuelle et une ou plusieurs parties portant sur le comportement informationnel (les besoins informationnels, la recherche d'information ou l'utilisation de l'information). Le second critère était de refléter la réalité actuelle, principalement en ce qui a trait à la recherche d'information en raison de la montée de l'information numérique au cours des dernières années. La majorité des études répertoriées (13 sur 19) se sont intéressées à la recherche d'information dans un contexte spécifique, soit la recherche d'information lors d'un entretien médical (10 sur 19), la recherche d'information sur Internet (3 sur 19) ou la recherche d'information entre partenaires sexuels (1 sur 19). Neuf études se sont intéressées à la notion de besoins informationnels, soit pour une tranche d'âge précise ou pour un groupe possédant une caractéristique particulière (l'orientation sexuelle, la profession ou les capacités intellectuelles). Le tableau en annexe 1 présente le détail des populations et aspects du comportement informationnel étudiés dans chacune de ces études.

1.2.2 Constats généraux

L'analyse des dix-neuf études répertoriées permet de dégager deux constats : (1) la spécificité des barrières affectives et (2) l'importance de trois facteurs démographiques (le sexe, l'âge et l'orientation sexuelle).

1.2.2.1 Spécificité des barrières affectives

Les barrières affectives dans la recherche d'information en santé sexuelle se traduisent par la peur ou l'embarras qu'éprouve une majorité de gens à parler ouvertement de sexualité et, *a fortiori*, de leur sexualité. Ce constat, non seulement limité aux patients, s'observe également chez les professionnels de la santé (Taylor et Davis 2006; Langille et coll. 2001; Herson et coll. 1999). Lors d'un examen médical, les patients souhaitent souvent que le professionnel de la santé aborde le sujet de la santé sexuelle pour poser des questions à ce propos alors que celui-ci préfère d'ordinaire que le patient fasse lui-même les premiers pas (Taylor et Davis 2006). Le mutisme des patients s'expliquerait en grande partie par la peur d'être jugé, le rapport qu'entretiennent les professionnels de la santé avec la sexualité influençant leurs réactions avec leurs patients (Herson et coll. 1999). L'attitude du professionnel de la santé par rapport à la sexualité joue un rôle capital (Gott 2001). De plus, bien que la santé sexuelle revête une importance jugée considérable dans tous les programmes de médecine des universités nord-américaines (Barrett et McKay 1998), les médecins ne se sentent pas toujours armés pour répondre aux questions de leurs patients. Taylor et Davis (2006) concluent que, considérant la balance du pouvoir entre les patients et les professionnels de la santé, ceux-ci doivent se montrer proactifs avec leurs patients en matière de santé sexuelle. Autrement, les besoins informationnels en santé sexuelle de leurs patients, restés muets, risquent de demeurer inassouvis.

1.2.2.2 Facteurs démographiques

Le comportement informationnel en santé sexuelle est influencé par trois caractéristiques démographiques, soit le sexe, l'âge et l'orientation sexuelle de l'individu. Dans un premier temps, les résultats des études où le sexe des répondants est utilisé comme facteur d'analyse indiquent que les attitudes sociales relativement à la sexualité peuvent toucher différemment les hommes et les femmes. D'abord, les femmes, tant du côté des patients que celui des professionnels de la santé, seraient plus ouvertes à aborder les questions relatives à la santé sexuelle (Vickberg et coll. 2003; Langille et coll. 2001). Les hommes semblent préférer l'anonymat proposé par les ressources numériques au cabinet du médecin pour trouver réponse à leurs questions (Falk et coll. 2006). D'une manière générale, les femmes seraient en outre plus

nombreuses que les hommes à vouloir obtenir de l'information sur la santé sexuelle, quel que soit le média (Falk et coll. 2006; Vickberg et coll. 2003; Langille et coll. 2001).

La vie sexuelle spécifique de chaque période de la vie influe directement sur les comportements informationnels en santé sexuelle, et les résultats des diverses études ayant abordé les besoins informationnels permettent de croire que les questionnements sont différents à chaque étape de la vie. La vision qu'entretient la société par rapport à la sexualité influence également les comportements informationnels. Les adolescents et les personnes âgées, par exemple, craignent souvent d'aborder la sexualité avec les professionnels de la santé, mais pour des raisons quelque peu différentes. Les adolescents doutent souvent de la confidentialité des professionnels de la santé tels que les médecins de famille et les infirmiers scolaires (Kennedy et MacPhee 2006) alors que les personnes âgées craignent d'être jugées (Gott 2001). Elles ont cependant tendance à consulter un professionnel de la santé comme source primaire d'information en santé sexuelle (Gott 2001) alors que les adolescents sont d'un autre côté nombreux à préférer et privilégier Internet (Keller et La Belle 2005; Vickberg et coll. 2003). Ils avouent par contre eux-mêmes qu'ils ne trouvent pas toute l'information désirée sur le Web, que cette information peut s'avérer contradictoire et qu'ils ont parfois de la difficulté à établir des relations entre la terminologie médicale et les expressions « de la rue » propres à chaque génération (Keller et La Belle 2005; Forrest et coll. 2004). Finalement, peu importe l'âge, l'orientation et les pratiques sexuelles qui sortent du cadre de l'hétérosexualité demeurent généralement une barrière pour discuter de santé sexuelle avec un professionnel de la santé ou un bibliothécaire (Taylor et Davis 2006). À ce sujet, Fikar et Keith (2004) ajoutent que les diverses orientations sexuelles impliquent des besoins d'information différents.

1.2.3 Études sur les jeunes adultes

Le comportement informationnel des jeunes adultes en matière de santé sexuelle a été peu étudié jusqu'à ce jour, contrairement à celui des adolescents : les trois seules études répertoriées sur le sujet ont toutes été publiées en 2006. Les thématiques abordées et les populations étudiées diffèrent, mais certaines de leurs conclusions se rejoignent et

viennent enrichir les données recueillies auprès d'autres populations étudiées, notamment au sujet des barrières affectives.

Falk et coll. (2006), dans un premier temps, se sont intéressés aux préférences de jeunes adultes britanno-colombiens âgés de 19 à 30 ans dans le but d'améliorer les services qui leur sont proposés en matière de santé sexuelle. La prévalence élevée des infections transmissibles sexuellement chez les Britanno-Colombiens se trouvant dans cette tranche d'âge justifie le choix de ce critère d'échantillonnage. L'accès à l'information et aux services relatifs à la santé sexuelle, les caractéristiques des personnes desquelles ils préfèrent obtenir ce genre d'information et les barrières rencontrées représentent les principales questions sondées. Un questionnaire autoadministré (disponible en format papier dans un réseau de clinique de santé sexuelle et en ligne sur le site Web du réseau) a permis de récolter des données chez 357 répondants disséminés sur une vaste portion du territoire de la province. Les résultats indiquent que, parmi les participants, les hommes et les femmes n'éprouvent pas les mêmes besoins informationnels et que leurs stratégies diffèrent pour y répondre. Si la question de la prévention des infections transmissibles sexuellement touche les deux sexes, celle de la contraception intéresse les femmes dans une proportion significativement plus forte. Il appert en outre que les hommes croient qu'ils peuvent obtenir les informations sur leur santé sexuelle dont ils ont besoin sans consulter un professionnel de la santé. Par contre, une grande majorité des participants affirme avoir consulté un professionnel de la santé à propos de leur santé sexuelle³. En revanche, bien que le taux élevé de fréquentation d'un professionnel de la santé tende à démontrer que les participants sont sensibles aux questions relatives à la santé sexuelle, peu avouent être confortables pour aborder ce genre de question avec leurs partenaires sexuels, renforçant l'importance des barrières affectives à la transmission de l'information en cette matière.

³ Le type d'échantillonnage utilisé (les participants ont été principalement recrutés dans un réseau de cliniques spécialisées en santé sexuelle et par le site Web de celui-ci) permet cependant difficilement d'étendre en toute certitude ce résultat à l'ensemble de la population étudiée.

Afifi et Weiner (2006) se sont par ailleurs penchés sur la question précise de la communication entre partenaires sexuels en appliquant la théorie de la gestion motivée de l'information pour connaître le comportement informationnel des jeunes adultes (l'âge de la population étudiée n'est pas précisé) envers leurs partenaires sexuels. Les prémices de cette étude sont que la discussion entre partenaires pourrait les entraîner à avoir des comportements plus responsables. Dans un cadre d'enquête avec groupes contrôles, 266 étudiants universitaires de la Pennsylvanie ont répondu à deux reprises à un même questionnaire dans lequel il leur était d'abord demandé de quantifier leurs connaissances à propos de la santé sexuelle de leur partenaire et le degré de connaissance qu'ils aimeraient avoir à ce propos, et ce, sur diverses infections transmissibles sexuellement (par exemple, le statut de séropositivité de leur partenaire à l'égard du virus de l'immunodéficience humaine). Les participants étaient ensuite amenés à se pencher sur leurs capacités de communication avec leurs partenaires ainsi qu'à accepter la découverte d'une infection transmissible sexuellement chez ceux-ci, puis sur les capacités de leurs partenaires à leur fournir des informations véridiques et complètes sur leur état de santé. Finalement, les participants devaient répondre à des questions sur leurs pratiques sexuelles. Pour augmenter la variance dans l'interprétation théorique des données, les membres d'un des groupes ont reçu une feuille d'information sur les infections transmissibles sexuellement attachée à leur premier questionnaire. Les résultats démontrent que, chez les participants, l'importance accordée au désir d'en savoir davantage sur l'état de santé sexuelle de son partenaire est inversement proportionnelle à une action en ce sens, l'anxiété inhibant le transfert d'information. Un bémol est néanmoins apporté par les auteurs à cet égard, ceux-ci jugeant que leur enquête ne permet pas de démontrer empiriquement ces résultats d'une manière satisfaisante. Par ailleurs, les résultats tendent à attester que l'utilisation du condom augmente lorsqu'un rappel sur les dangers des relations sexuelles non protégées est effectué. Le cadre de la théorie de la gestion motivée de l'information s'est révélé inefficace pour établir des relations entre les autres variables étudiées. Aucune corrélation n'a été établie entre les résultats et les caractéristiques démographiques des participants.

L'équipe dirigée par Von Sadvoszky (2006) a voulu connaître l'opinion d'un groupe de jeunes adultes âgés de 18 à 28 ans sur les informations précédemment reçues ainsi que leurs besoins informationnels actuels en santé sexuelle de manière à développer des programmes d'éducation sexuelle plus efficaces. Lors d'une entrevue individuelle structurée, 55 étudiants de l'Ohio State University ont été amenés à répondre à neuf questions divisées en trois catégories : les informations qu'ils avaient précédemment reçues, l'utilité des programmes d'éducation sexuelle qu'ils avaient suivis et leur définition d'un programme d'éducation sexuelle idéal. Les résultats de l'étude démontrent que, pour la majorité des participants, l'information reçue lorsqu'ils étaient adolescents provenait de l'école secondaire (*middle school* et *high school*) et qu'elle n'influence pas leurs pratiques sexuelles actuelles. Il semble que l'accent était mis sur la définition des différentes infections transmissibles sexuellement au détriment de leur prévention. Les participants auraient aimé obtenir plus de détails et surtout plus d'information sur la prévention et la contraception. Pour les participants, l'attitude puritaine des parents et des éducateurs en regard de la sexualité serait une des raisons principales de l'échec des programmes d'éducation sexuelle. À cet égard, l'abstinence a été présentée comme la seule méthode de contraception et de protection des infections transmissibles sexuellement pour le tiers des participants. Ils ont aussi répondu à un questionnaire démographique, mais aucune corrélation n'a été établie entre les résultats des entrevues et les caractéristiques démographiques des participants.

Les résultats de ces trois études soutiennent les deux constats qui se sont dégagés de la revue générale des écrits sur le comportement informationnel en santé sexuelle. Seule étude à établir une corrélation entre les résultats obtenus et les données démographiques des participants, celle de Falk et coll. (2006) souligne tout d'abord une différence dans les comportements des hommes et des femmes en matière de santé sexuelle. Elle indique en outre, tout comme celle d' Afifi et Weiner (2006), que des barrières affectives affectent la transmission entre humains d'informations touchant la sexualité. Non seulement limitées à la communication entre patients et professionnels de la santé, ces barrières touchent également la communication entre partenaires.

Conclusion

L'étude du modèle de Choo (2006) et des assises théoriques qui y sont associées permet de représenter le comportement informationnel comme un processus naissant de la reconnaissance d'un besoin informationnel, soit la perception d'un manque dans sa connaissance ou dans sa capacité à donner du sens à un événement lié à une situation problématique. Face à ce besoin informationnel, trois choix sont possibles : il peut premièrement être écarté, il peut aussi, en deuxième lieu, être résolu en utilisant l'information que possède déjà un individu dans sa mémoire et, en dernier lieu, il peut être résolu par la recherche d'information. L'information peut également être rencontrée passivement. Une fois l'information trouvée (soit l'information que possède déjà l'individu ou celle qui vient d'être rencontrée) jugée satisfaisante par l'individu pour pallier le manque dans sa connaissance ou dans sa capacité à donner du sens à une situation, celle-ci sera utilisée. Chacun des trois éléments de ce processus est influencé par trois niveaux de facteurs : le contextuel, le cognitif, l'affectif. D'abord, les facteurs contextuels entourant le comportement informationnel sont formés d'éléments propres à la situation problématique, dont sa complexité. Les facteurs contextuels sont aussi composés d'éléments de l'environnement d'utilisation de l'information, soit de variables telles que la disponibilité de l'information, sa distribution dans les différents médias et son accessibilité ainsi que des hypothèses partagées sur la résolution des situations problématiques. Les facteurs cognitifs influençant le comportement informationnel, ensuite, sont composés des compétences informationnelles d'un individu, soit de ses habiletés (lecture, écriture, numératie, parole et compréhension orale), savoirs et stratégies pour interagir en société. Le type de personnalité d'un individu affecte également la manière dont il cherche, traite et utilise l'information. Les facteurs affectifs influençant le comportement informationnel, finalement, sont composés des sentiments et émotions entourant les différentes étapes du processus, dont l'anxiété, ainsi que l'image qu'un individu désire projeter.

Selon les études répertoriées ayant été réalisées dans le domaine de la santé, les facteurs affectifs occupent une place importante dans le comportement informationnel

propre à la santé sexuelle. Cette situation s'observe tant du côté des patients que de celui des professionnels de la santé. Ces études indiquent également que le comportement informationnel en santé sexuelle est influencé par trois caractéristiques démographiques, soit le sexe, l'âge et l'orientation sexuelle de l'individu. Les femmes, d'abord, aborderaient les questions de santé sexuelle plus facilement que les hommes. Les résultats d'études sur des populations différentes permettent ensuite de croire que l'âge influence le comportement informationnel en matière de santé sexuelle en raison des spécificités reliées à chaque période de la vie ainsi que du regard que porte la société sur la sexualité. Un regard qui est influencé également par l'orientation et les pratiques sexuelles. Les résultats des trois études répertoriées ayant les jeunes adultes comme population soutiennent ces constats.

Parmi les concepts et indicateurs identifiés dans la revue des écrits, certains correspondent plus spécifiquement aux objectifs et aux questions de recherche de cette étude. La figure 3, inspirée du modèle de Choo (2006, 69), les présente et sert de cadre conceptuel.

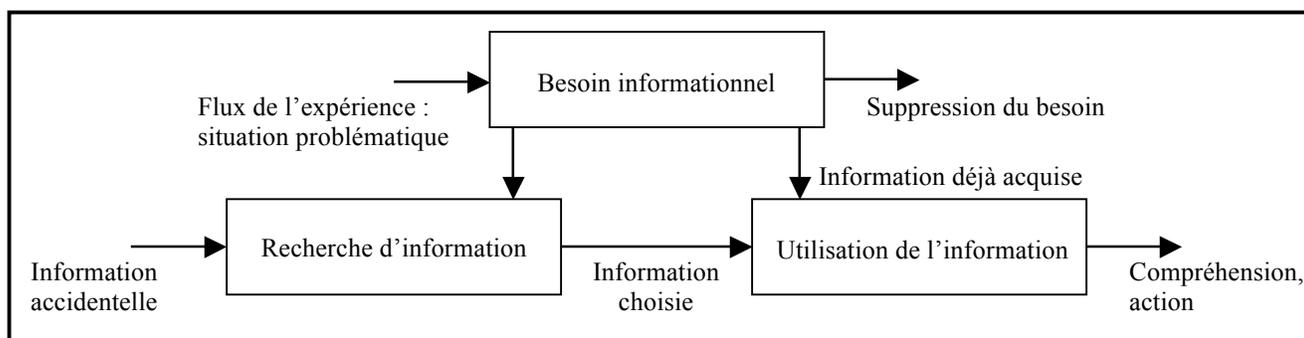


Figure 3 : Cadre conceptuel de la recherche (inspiré de Choo 2006, 69)

Le cadre conceptuel ayant été établi, le cadre méthodologique qui soutient la réalisation de ce projet de recherche sera décrit au chapitre 2.

Chapitre 2 : Méthodologie

Introduction

Ce projet de recherche cherche à décrire le comportement informationnel des jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle. Dans cette optique, l'approche qualitative, dont le but est de découvrir, d'explorer et de décrire des phénomènes, semble la plus appropriée (Fortin et coll. 2006, 25).

Ce chapitre présente d'abord l'approche générale de la recherche. La collecte et l'analyse des données y sont ensuite décrites. Finalement, les critères de qualité de la recherche sont exposés.

2.1 Approche générale de la recherche

L'étude du comportement informationnel relève souvent d'un devis qualitatif. Une analyse des articles sur le comportement informationnel publiés entre 1993 et 2000 réalisée par McKechnie et Pettigrew (2002) tend en effet à démontrer la prépondérance des méthodes qualitatives dans ce domaine en émergence. Les questions de recherche à la base de la présente étude visent la description du vécu et de l'expérience humaine, et relèvent à cet égard d'un devis qualitatif (Fortin 2006, 25). L'approche qualitative fournit en outre des données riches et englobantes sur une situation spécifique et contextualisée (Miles et Huberman 2003, 27) et elle permet de tenir compte de l'environnement dans lequel s'inscrit l'étude (Denzin et Lincoln 2003, 5-6).

2.2 Collecte des données

Les données de ce projet de recherche ont été obtenues par le biais d'entrevues en profondeur auprès de jeunes adultes québécois. Le mode d'échantillonnage privilégié et les caractéristiques des participants sont d'abord développés. La méthode de collecte retenue, soit l'entrevue en profondeur utilisant la technique de l'incident critique, est

ensuite décrite. L'instrument de collecte de données ainsi que les liens entre celui-ci et les questions de recherche sont dépeints. Pour finir, la présentation des prétests et du contexte de la collecte de données complète cette section.

2.2.1 Échantillon

L'échantillon retenu pour cette recherche est constitué de jeunes adultes québécois âgés de 18 à 25 ans. À la lumière de la recension des écrits, le comportement informationnel relatif à la santé sexuelle de cette population a été peu étudié jusqu'à présent. Au Québec, cette population figure en outre parmi les populations fortement vulnérables aux infections transmissibles sexuellement pour le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux (2007).

2.2.1.1 Mode d'échantillonnage

Les participants à cette étude sont étudiants à l'Université de Montréal. Ce milieu a été retenu, car il correspond à deux caractéristiques recherchées : soit être un milieu cognitivement riche et fournir un accès sur place à des ressources en santé sexuelle. Il ressort de la revue des écrits, dans un premier temps, que des barrières affectives entravent la résolution de besoins informationnels touchant la santé sexuelle – en plus des barrières cognitives qui existeraient pour tout besoin informationnel relatif à la santé. Les résultats de certaines études (notamment Fikar et Keith, 2004; Hersons et coll. 1999) laissent croire dans un second temps que des ressources adaptées en santé sexuelle faciliteraient la communication en la matière entre le patient et le personnel médical.

Les participants à cette étude ont été choisis selon une méthode d'échantillonnage de représentativité théorique. Patton (2002, 238-239) décrit l'échantillon de représentativité théorique comme une version « plus conceptuellement orientée » de l'échantillon par critère. Le chercheur sélectionne ainsi les participants en fonction de leur potentiel à enrichir un construit théorique (Patton 2002, 238-239). Pour la présente étude, les participants devaient donc, d'abord, être âgés de 18 à 25 ans et être étudiants à l'Université de Montréal. Pour être en mesure de contribuer à l'étude, il était également primordial que les participants aient vécu une situation problématique en

santé sexuelle dans un passé relativement récent (moins de six mois) et qu'ils acceptent d'en discuter avec le chercheur.

En recherche qualitative, la détermination du nombre de participants est habituellement dictée par la saturation des données, soit lorsque l'ajout d'un nouveau participant n'apporte plus d'informations nouvelles (Fortin et coll. 2006, 240). Cette saturation ne sera toutefois pas ici recherchée. Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de maîtrise et son but premier est de démontrer la capacité du chercheur à mener à bien un projet de recherche. De manière à obtenir des résultats variés permettant une analyse de contenu, la taille de l'échantillon a donc été fixée à huit participants, ce qui représente un nombre raisonnable pour une étude qualitative (Miles et Huberman 2003, 58-59). Les participants ont été recrutés lors d'appels à tous dans des classes ainsi que par le bouche-à-oreille suscité par le projet de recherche.

2.2.1.2 Caractéristiques de l'échantillon

Un questionnaire rempli par les participants à la suite de l'entrevue a permis de recueillir certaines données démographiques (voir annexe 2). Ce questionnaire comportait des questions sur trois variables : le sexe auquel le participant s'identifie, son âge au moment de l'entrevue et son orientation sexuelle. Ces trois variables ont été retenues suite à la revue des écrits comme étant susceptibles d'influencer le comportement informationnel en matière de santé sexuelle. Les données recueillies avec le questionnaire démographique ont permis de dresser le portrait suivant de l'échantillon. Celui-ci se compose d'abord d'un nombre égal de femmes (n=4) et d'hommes (n=4). Ensuite, l'âge déclaré par les participants au moment de l'entrevue se situe de 22 à 25 ans et est en moyenne de 23 ans. Finalement, six participants se sont déclarés d'orientation hétérosexuelle et deux se sont déclarés d'orientation homosexuelle.

2.2.2 Mode de collecte de données

Les données de cette étude ont été collectées lors d'entrevue en profondeur utilisant la technique de l'incident critique. L'entrevue permet au chercheur de partager la perspective d'un participant et lui donne accès à l'inobservable : les pensées, les

émotions, les intentions (Patton 2002, 341). Pour la présente étude, les répondants ont participé à une entrevue individuelle d'environ une heure où ils ont été amenés à relater une situation passée, mais récente, où ils avaient eu des besoins d'information relatifs à la santé sexuelle. Les entrevues ont toutes été réalisées par le chercheur. Elles ont été enregistrées avec le consentement des participants à des fins de retranscription. Pour augmenter la cohérence du processus de collecte, la retranscription a également été entièrement réalisée par le chercheur. Des notes ont été prises par le chercheur en cours d'entrevue sur une feuille de réponses préalablement établie (annexe 2) et après celle-ci. Les répondants ont également rempli un questionnaire où ils devaient donner des informations démographiques (annexe 2).

Cette section présente dans un premier temps la technique de l'incident critique ainsi que la justification de son utilisation dans le cadre de la présente étude. L'instrument de collecte de données utilisé, soit le guide d'entrevue, est décrit dans un second temps.

2.2.2.1 Technique de l'incident critique

La technique de l'incident critique représente un ensemble de procédures flexibles utilisées en recherche qualitative pour étudier le comportement humain (Fisher et Oulton 1999, 113) originellement développées par Flanagan pendant la Deuxième Guerre mondiale. Pour Flanagan (1954, 327), un « incident » est, dans un contexte spécifique, une activité ou un comportement à partir duquel il est possible de tirer des conclusions ou de faire des prédictions sur l'individu qui en est l'auteur. Dans une situation ou un contexte spécifique, cet incident devient « critique » lorsque son but et ses conséquences apparaissent clairement à un observateur (Flanagan 1954, 327). Les méthodes proposées par Flanagan (1954, 339) pour la collecte de données incluent l'observation et l'entrevue en profondeur et, s'il s'agit de faits passés, ceux-ci doivent être récents, généralement moins de six mois.

La technique de l'incident critique a été utilisée à maintes reprises en sciences de l'information. À partir d'une analyse de l'emploi de cette technique pour l'étude du comportement informationnel, Urquhart et coll. (2003, 70) indiquent que l'incident critique est fréquemment employé pour étudier les comportements informationnels dans

le domaine de la santé. Les études de Urquhart et coll. (1997), d'Alessandro et coll. (1999), de Sonnenwald et Pierce (2000) ont notamment utilisé cette technique pour l'étude spécifique des besoins informationnels et des barrières nuisant à leur résolution en santé. En outre, Urquhart et coll. (2003, 71) soulignent que l'incident critique est particulièrement approprié pour explorer les situations problématiques impliquant une prise de décision ou une action de la part du participant.

Pour la présente étude, l'incident critique consiste en une situation problématique récente en santé sexuelle. À partir de cette situation problématique, le participant est amené à partager avec le chercheur les besoins informationnels qui ont découlé de cette situation, le processus de recherche d'information et l'utilisation de l'information trouvée. Pour recueillir des informations sur ces éléments, un guide d'entrevue en profondeur a été développé et prétesté.

2.2.2.2 Instrument de collecte de données

Les entrevues en profondeur réalisées pour cette recherche reposent sur un guide d'entrevue validé dans le cadre du projet doctoral de Maurel (2006) et légèrement modifié pour adapter ce guide développé pour un contexte de travail au contexte personnel de la santé sexuelle (annexe 2). Comme Maurel (2006, 92) le souligne, l'organisation interne de ce guide d'entrevue respecte la logique de déroulement du comportement informationnel – situation problématique, besoins informationnels, recherche d'information et utilisation de l'information – tout en permettant des variations possibles selon les propos du participant. Il est composé de questions ouvertes amenant le répondant à exprimer sa démarche dans ses propres mots. Il laisse également la latitude au chercheur pour approfondir si nécessaire des thèmes émergeant des propos des participants. Il permet enfin au chercheur de demander des précisions au participant.

2.2.3 Liens entre les questions de recherche et l'instrument de collecte

Les questions de recherche ont permis d'identifier quatre indicateurs, soit la situation problématique, les besoins informationnels, la recherche d'information et l'utilisation de l'information. Un instrument de collecte de données a été bâti de manière à obtenir de l'information sur chacun de ces indicateurs. Le tableau 2 présente les liens

entre les indicateurs et les questions du guide d'entrevue. Il présente également les résultats attendus lors de la collecte de données.

| Tableau 2 | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| Liens entre les questions de recherche, les indicateurs, les questions dans le guide d'entrevue et les résultats attendus | | | |
| Questions de recherche | Indicateurs | Questions dans le guide d'entrevue | Résultats attendus |
| 1 | Situation problématique | 3 | Description de la situation |
| | | 5 | Difficulté liée à la situation |
| | | 6 | Importance accordée à la situation |
| | | 7 | Sentiments face à la situation |
| 2 | Besoins informationnels | 4 | Nature des besoins informationnels |
| 3 | Sources d'information | 8 | Nature des sources consultées |
| | | 11 | Nature des sources non consultées |
| | | 13 | Nature des sources qu'il a été impossible de consulter |
| | | 16 | Nature des sources considérées comme les plus utiles |
| | Processus de recherche d'information | 9, 10 | Ordre d'utilisation des sources |
| | | 12 | Raisons pour lesquelles les sources n'ont pas été consultées |
| 4 | Utilisation de l'information | 14 | Raisons pour lesquelles il a été impossible de consulter les sources |
| | | 15 | Réponse aux besoins informationnels |
| | | 17 | Espérance face à la résolution des besoins informationnels |
| | | 18, 19 | Utilisation et transmission de l'information |

Le guide d'entrevue, bâti en fonction des indicateurs présentés dans le tableau 2, a permis de recueillir des données riches et variées pour répondre aux questions de recherche.

2.2.4 Prétest de l'instrument de collecte de données

Deux prétests ont été menés pour vérifier la capacité du mode de collecte de données à répondre aux questions de recherche et pour valider l'instrument de collecte. Ces prétests ont aussi permis au chercheur de se familiariser avec le processus de la

recherche. Fortin et coll. (2006, 312) soutiennent que l'étape du prétest est indispensable pour déceler les défauts potentiels de l'instrument de collecte et apporter les correctifs appropriés. Les participants à chacun des prétests ont par ailleurs été invités à formuler des critiques et suggestions sur le processus.

Le premier prétest s'est déroulé en février 2008 auprès d'un étudiant de l'Université de Montréal âgé de plus de 25 ans. Yin (2003, 79) soutient que les participants à l'un des prétests peuvent différer de ceux recherchés pour l'étude principale. Pour ne pas « gaspiller » un candidat potentiel à la recherche, une personne plus âgée a donc été sélectionnée. Ce premier prétesteur présentait toutefois les autres caractéristiques recherchées – présence d'une situation problématique récente en santé sexuelle et volonté d'en discuter avec le chercheur – et l'analyse en diagonale des données recueillies a conduit à une première vérification du potentiel des résultats obtenus à répondre aux questions de recherche. L'entrevue a duré 45 minutes et seules les notes du chercheur ont été retranscrites. Aucune modification à l'instrument de collecte n'a été suggérée par le prétesteur ni pressentie par le chercheur.

Le second prétest s'est déroulé en mai 2008 auprès de deux représentants de la population étudiée. Les entrevues ont duré en moyenne 25 minutes et ont été retranscrites. Pour mettre en confiance le second prétesteur, une précision sur la nature des données recherchées a été apportée à l'instrument de collecte. Ainsi, au début de l'entrevue, le chercheur a décidé de mentionner au participant qu'il ne cherchait pas à obtenir des informations personnelles sur sa santé sexuelle, mais sur le comportement informationnel relié à celle-ci. Cette mention a été faite pour toutes les entrevues subséquentes. Comme aucun autre changement n'a été suggéré par les prétesteurs ni pressenti par le chercheur, les résultats obtenus lors du second prétest ont été inclus dans les résultats globaux de cette étude.

2.2.5 Contexte de la collecte de données

La collecte de données s'est effectuée sur une période de quatre semaines au cours des mois de mai et de juin 2008, à raison de deux entrevues par semaine. Le chercheur a réalisé et retranscrit toutes les entrevues. La majorité des entrevues se sont

déroulées dans un local fermé de l'Université de Montréal et, pour une question de commodité, une entrevue s'est déroulée au domicile du participant. Lors de l'entrevue, le chercheur a demandé aux participants de signer un formulaire de consentement. Le formulaire de consentement se trouve à l'annexe 2.

2.3 Analyse des données

Les données de ce projet de recherche ont fait l'objet d'une analyse de contenu qualitative basée sur la théorisation ancrée. Cette section présente la méthode d'analyse, l'unité d'analyse retenue et le processus d'analyse privilégié.

2.3.1 Analyse de contenu qualitative basée sur la théorisation ancrée

L'analyse de contenu qualitative permet de faire ressortir des thèmes, des catégories, des patrons, des typologies à partir de données brutes et souvent indigestes telles que des verbatims d'entrevue ou des notes d'observation (Patton 2002, 463). Pour y parvenir, le chercheur doit d'abord développer un schéma de classification ou de codage des données et procéder à l'identification, au codage, à la catégorisation, à la classification et à l'étiquetage des patrons qui ressortent des données (Patton 2002, 463).

La méthode d'analyse de données retenue pour la présente étude, la théorisation ancrée, a pour but de développer ou de raffiner une théorie (Strauss et Corbin, 1998; Glaser et Strauss, 1967). Elle permet de décrire des problèmes présents dans des contextes sociaux particuliers ainsi que la manière dont un individu approche ces problèmes (Fortin 2006, 30). Le premier canon de la théorisation ancrée réside dans le processus itératif de la collecte et de l'analyse des données : l'analyse commence dès que les premières données ont été collectées (Corbin et Strauss 1990, 6).

Pour la présente étude, la gestion du codage et de l'analyse de données a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative de contenu *QDA Miner*.

2.3.2 Unité d'analyse

L'unité d'analyse de cette étude est l'incident critique (Flanagan 1954) représenté par la situation problématique en santé sexuelle vécue par chaque participant

et décrite lors de l'entrevue. Une situation problématique, tel qu'il est décrit dans la revue des écrits, engendre un manque que l'information aide à pallier. Les huit situations problématiques racontées par les participants constituent donc les unités d'analyse de cette étude.

2.3.3 Processus d'analyse

Dans la théorisation ancrée, le codage est ouvert (*open coding*) et permet l'ajout de nouvelles catégories au fur et à mesure que celles-ci sont identifiées (Corbin et Strauss 1990, 12). Le codage est également hiérarchique (*axial coding*) puisque les catégories sont liées à des sous-catégories (Corbin et Strauss 1990, 13). L'analyse des données a été réalisée à l'aide d'un guide de codification (voir annexe 3) construit à partir des concepts identifiés dans la revue des écrits et enrichi progressivement grâce aux données recueillies dans les entrevues (Patton 2002, 465-465; Corbin et Strauss 1990, 12). Certains concepts, comme les types de situations problématiques en santé sexuelle, ne faisaient pas l'objet d'une typologie établie. Des catégories ont donc été développées selon les informations recueillies lors des entrevues.

Une première version du guide de codification a été établie à partir de l'analyse des entrevues du second prétest (n=2). Le guide a été par la suite enrichi lors d'un processus itératif après chaque bloc de deux entrevues en fonction des données recueillies auprès des participants. Chaque concept s'est vu attribuer un nom de code et une définition et s'est vu accompagner d'exemples pour assurer son caractère univoque et la cohérence dans le codage des différentes entrevues (Miles et Huberman 2003, 125). L'analyse a en outre été entièrement réalisée par le chercheur pour assurer une meilleure cohérence du processus (Miles et Huberman 2003, 126).

2.4 Qualité de la recherche

Il est primordial pour le chercheur d'assurer la qualité de son travail par diverses mesures, tant lors de la préparation de la recherche que lors de sa réalisation, pour assurer la qualité des résultats (Miles et Huberman 2003; Yin 2003; Patton 2002;

Lincoln et Guba 1985). Cette section présente les différents critères sur lesquels s'appuie la qualité de ce projet de recherche.

2.4.1 Préparation de la recherche

Une préparation adéquate de la recherche est essentielle pour assurer sa qualité. Les critères de qualité suivants ont été observés dans le cadre de la présente étude : le développement d'habiletés du chercheur, l'observation d'un protocole de recherche et la tenue de prétests.

2.4.1.1 Habiletés du chercheur

La bonne conduite d'une recherche qualitative exige du chercheur une rigueur importante tout au long du processus. Le développement de certaines habiletés est essentiel pour l'utilisation d'entrevues en profondeur comme mode de collecte de données. La qualité de l'information obtenue lors d'une entrevue dépend en effet beaucoup des capacités du chercheur (Patton 2002, 341). Celui-ci doit développer une bonne capacité d'écoute et posséder une connaissance approfondie du sujet à l'étude et de la méthodologie employée de manière à poser les bonnes questions et à interpréter correctement les réponses (Yin 2003).

L'acquisition de connaissances sur les méthodes de recherche, sur le comportement informationnel ainsi que sur les besoins informationnels et les sources d'information propres au domaine de la santé s'est faite tout au long de la revue des écrits et sur des bases acquises lors de cours suivis préalablement. En outre, dans le cadre d'un cours sur le comportement informationnel, le chercheur avait eu l'occasion d'expérimenter l'entrevue en profondeur utilisant la technique de l'incident critique. Les prétests ont été une occasion de raffiner ses habiletés d'interviewer tout en se familiarisant avec l'outil de collecte de données.

2.4.1.2 Protocole de recherche

Un protocole de recherche aide le chercheur à ne pas perdre de vue les objectifs initiaux au cours de la réalisation de sa recherche (Yin 2003, 67-69). Pour la présente étude, le protocole comprend dans un premier temps le but, les objectifs et les questions

de recherche. Il comporte aussi le cadre conceptuel autour duquel s'articule ce projet de recherche, les modes et instruments de collecte de données, le calendrier de collecte et d'analyse de données, l'identification des liens existants entre les modes et instruments de collecte et les questions de recherche auxquelles ils répondent. Le processus de recherche est ainsi exposé de manière à le clarifier pour le chercheur ainsi qu'à toute personne intéressée à le vérifier. Il est à noter qu'au cœur du protocole de recherche se trouve un outil de collecte de données validé.

2.4.1.3 Prétests

Deux prétests ont été menés pour valider l'outil de collecte de données dans le contexte personnel de la santé sexuelle et ainsi vérifier que les questions étaient claires, compréhensibles et sans équivoque pour les participants (Yin 2003). L'analyse des résultats des prétests a également permis de vérifier que l'outil de collecte permettait de recueillir des données permettant de répondre aux questions de recherche.

2.4.2 Réalisation de la recherche

La recherche qualitative demande également au chercheur d'utiliser différents moyens lors de la réalisation de sa recherche (Lincoln et Guba 1985). Quatre critères de qualité ont été observés : la crédibilité, la transférabilité, la confirmabilité et la stabilité, et sont ici décrits.

2.4.2.1 Crédibilité

La crédibilité des résultats, soit l'exactitude avec laquelle ils représentent le phénomène vécu par les participants, se veut un des fondements de la qualité de la recherche qualitative (Fortin 2006, 244; Patton 2002, 542). L'utilisation de méthodes rigoureuses et la crédibilité du chercheur sont des éléments essentiels à partir desquels la crédibilité d'une recherche qualitative s'articule (Patton 2002, 552-553). Pour renforcer la crédibilité de l'étude, le chercheur a été encadré et guidé tout au long du processus par des chercheuses d'expérience.

2.4.2.2 Transférabilité

Le critère de la transférabilité des résultats s'intéresse à leur possible généralisation à d'autres contextes (Miles et Huberman 2003, 505). La présente étude ne s'intéresse pas à la transférabilité statistique des résultats, mais à la transférabilité analytique puisque les résultats obtenus sont comparés aux théories et modèles existants (Miles et Huberman 2003, 505). La description détaillée des incidents critiques permet au lecteur de juger de la pertinence éventuelle d'appliquer les résultats à d'autres contextes (Miles et Huberman 2003, 506).

2.4.2.3 Confirmabilité

Le critère de confirmabilité assure que les conclusions de l'étude sont fidèles aux données recueillies et qu'elles ne sont pas influencées par un biais du chercheur (Miles et Huberman 2003, 502-503). Pour assurer ce critère dans la présente étude, les méthodes et procédures observées ont toutes été décrites. De plus, les données ont été conservées de manière à pouvoir être consultées.

2.4.2.4 Stabilité

Le critère de stabilité s'intéresse à la cohérence du processus de recherche et au sérieux avec laquelle il est mené (Miles et Huberman 2003, 503). Tout d'abord, la collecte, la transcription et l'analyse des données ont été entièrement réalisées par le chercheur pour assurer une stabilité du processus (Patton 2002, 567). De plus, le protocole de recherche documente tout le processus de recherche, permettant sa vérification.

Conclusion

Ce projet de recherche utilise une approche qualitative pour décrire le comportement informationnel des jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle. La collecte de données est réalisée à l'aide d'entrevues en profondeur utilisant la technique de l'incident critique de manière à pouvoir explorer en profondeur les situations problématiques et les comportements informationnels des participants. L'analyse de données basée sur la théorisation ancrée, où sont alternées les périodes de collecte et d'analyse, permet une approche à la fois inductive et déductive pour

approcher une saturation théorique des données. Finalement, les critères de qualité respectés dans cette étude ont été définis. Différents critères ont été retenus d'abord pour la préparation de la recherche, soit le développement d'habiletés du chercheur, l'observation d'un protocole de recherche et la tenue de prétests. Quatre critères ont ensuite été observés pour la réalisation de la recherche : la crédibilité, la transférabilité, la confirmabilité et la stabilité. Le chapitre suivant présente les résultats de la collecte et de l'analyse des données.

Chapitre 3 : Résultats

Introduction

Dans le cadre de ce projet de recherche, huit jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans et étudiant à l'Université de Montréal ont été interviewés. Ce chapitre présente les résultats de l'analyse des données collectées lors de ces entrevues en fonction des quatre questions de recherche au cœur de cette étude :

- 1) Quelles sont les situations problématiques auxquelles les jeunes adultes sont confrontés en santé sexuelle?
- 2) Quels sont les besoins informationnels exprimés par les jeunes adultes lors de ces situations problématiques?
- 3) Quels sont les processus et les sources d'information qui soutiennent la résolution de ces besoins informationnels?
- 4) Quelle est l'utilisation de l'information trouvée?

Tel qu'illustré par le cadre conceptuel (voir figure 4), les réponses aux quatre questions de recherche contribueront à dresser un portrait du comportement informationnel des jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle.

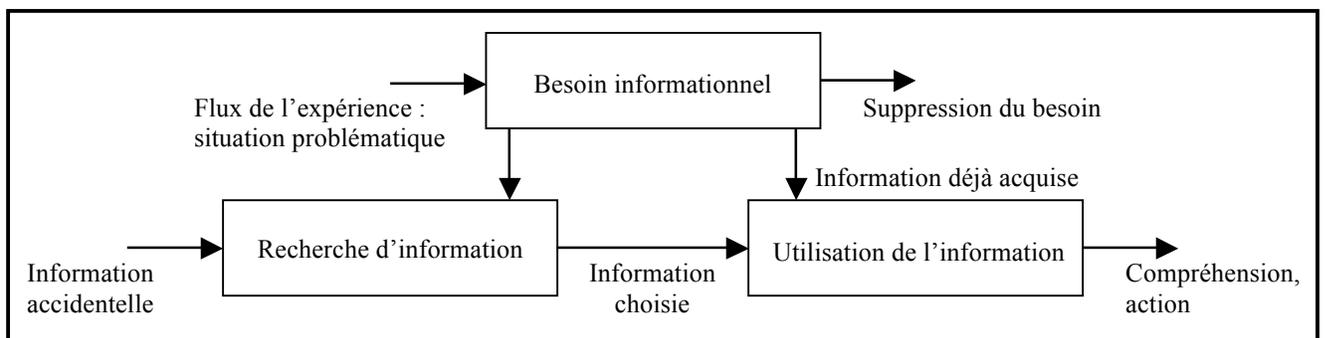


Figure 4 : Cadre conceptuel de la recherche (inspiré de Choo 2006, 69)

Les huit situations problématiques racontées par les participants constituent les unités d'analyse de cette étude. Les résultats sont structurés autour des quatre questions de recherche et, lorsqu'ils s'avèrent pertinents, des croisements entre les résultats de ces dernières sont faits. Il est à noter que les résultats ne sont pas examinés en fonction des caractéristiques démographiques des répondants. En effet, les réponses obtenues dans le cadre de cette étude ne permettent pas d'observer une relation avec le profil démographique des participants. Aucune des trois caractéristiques démographiques recueillies auprès des participants (âge, sexe et orientation sexuelle) n'influence les résultats. L'âge des participants présente dans un premier temps une certaine homogénéité, tous étant âgés de 22 à 25 ans, et cet écart ne permet pas de distinguer une tendance particulière. Il est ensuite impossible d'isoler des différences entre les réponses des hommes et celles des femmes. Seuls un participant et une participante présentaient des tendances qui sont davantage observées chez les hommes dans la littérature (la préférence pour les sources documentaires, par exemple, remarquée chez Falk et coll. (2006)). Finalement, les deux participants d'orientation homosexuelle présentent des profils de réponse diamétralement opposés, chacun ayant des réponses communes avec des participants hétérosexuels.

3.1 Question de recherche n° 1 : les situations problématiques

La première question de recherche au cœur de cette étude porte sur les situations problématiques en santé sexuelle vécues par les jeunes adultes et qui sont à la base des besoins informationnels : « Quelles sont les situations problématiques auxquelles les jeunes adultes sont confrontées en santé sexuelle? » Pour répondre à cette question, les situations problématiques décrites par les participants ont dans un premier temps été classifiées en fonction de leur élément déclencheur. Elles ont ensuite été décrites selon les dimensions établies par MacMullin et Taylor (1984).

3.1.1 Catégories de situations problématiques

Chaque participant était tout d'abord amené à exposer une situation problématique en santé sexuelle en tenant compte de la définition retenue pour ce

concept, soit d'être une situation qui se rapporte à l'expérience de bien-être physique, émotionnel, mental et social touchant la sexualité (Organisation mondiale de la santé 2002). Au total, huit situations problématiques ont été décrites. À l'aide des éléments obtenus à la question « Pouvez-vous me la décrire pour que je la comprenne bien? », des catégories génériques de situations problématiques ont été développées de manière inductive. Ainsi, pour chaque situation problématique exposée par un participant, le chercheur commençait par vérifier si elle entraînait dans une des catégories préexistantes; dans la négative, une nouvelle catégorie était définie.

Les situations problématiques exposées dans le cadre de cette étude relèvent toutes de l'aspect « physique » de la santé sexuelle, les aspects émotionnels, mentaux et sociaux étant absents. Les participants ont en effet tous choisi des situations relatives à la grossesse, aux infections transmissibles sexuellement ou au plaisir sexuel physique. En accord avec la littérature, notamment Johnson et coll. (2001) et Attfield et coll. (2006), le chercheur a préféré une catégorisation des situations problématiques en fonction de leur élément déclencheur (événement, symptôme découvert par le patient, signe observé par un médecin, information obtenue passivement, etc.) à une catégorisation en fonction du sujet précis (grossesse, infections transmissibles sexuellement ou plaisir sexuel).

Trois catégories de situations problématiques ont été développées. Le tableau 3 présente l'occurrence de chacune de ces catégories.

| Catégories de situations problématiques | Fréquence absolue | Fréquence relative |
|---|-------------------|--------------------|
| Événement à risques | 4 | 50 % |
| Symptôme physique subjectif | 2 | 25 % |
| Acquisition passive d'information | 2 | 25 % |

La première catégorie, appelée « Événement à risques », correspond à un événement pour lequel le participant perçoit *a posteriori* des risques potentiels pour sa santé. Un exemple d'événement à risques décrit par un participant est une relation

sexuelle non protégée avec un partenaire dont les antécédents sexuels sont inconnus. La moitié des situations problématiques décrites (n=4) se trouvent dans cette première catégorie. La deuxième catégorie, nommée « Symptôme physique subjectif », correspond à un phénomène (trouble latent, changement d'état, etc.) que perçoit un patient en lien avec un ou plusieurs aspects de sa santé physique (Garnier et coll. 2004; Quevauvilliers et coll. 2007; Vollaire 2004). Un exemple de symptôme physique subjectif décrit par un participant est l'apparition de douleurs lors des relations sexuelles. Le quart des situations problématiques exposées par les participants (n=2) entrent dans cette catégorie. La troisième catégorie, appelée « Acquisition passive d'information », correspond à la transmission au participant d'information sur des risques éventuels pour sa santé. Un exemple d'acquisition d'information passive décrit par un participant est l'obtention d'information sur l'état de santé d'un partenaire sexuel. Le quart des situations problématiques décrites (n=2) appartiennent à cette dernière catégorie.

3.1.2 Dimensions des situations problématiques

Pour caractériser les situations problématiques, MacMullin et Taylor (1984) ont identifié onze dimensions sous la forme de continuums (voir section 1.1.1.2). Huit de ces dimensions ont été retenues dans le cadre de cette étude. Pour chacune des situations exposées, le chercheur a codé les éléments obtenus à la question « Pouvez-vous me la décrire pour que je la comprenne bien? » à l'aide des codes développés déductivement à partir de ces huit dimensions. Des questions supplémentaires ont été posées aux participants si la description de la situation ne permettait pas d'identifier à quelle extrémité du continuum se plaçait la situation. Le tableau 4 présente l'occurrence de chacune des dimensions des situations problématiques de MacMullin et Taylor (1984) selon la catégorie de situations problématiques.

| Tableau 4 | | | | |
|---|---------------------------|-----------------------------------|---|------------|
| Occurrence des dimensions des situations problématiques de MacMullin et Taylor (1984) selon la catégorie de situations problématiques | | | | |
| Situations problématiques | Événement à risques (n=4) | Symptôme physique subjectif (n=2) | Acquisition passive d'information (n=2) | Total |
| Situation nouvelle | 2 | 2 | 2 | 6 (75 %) |
| Situation familière | 2 | 0 | 0 | 2 (25 %) |
| Résolution liée à la découverte | 4 | 2 | 2 | 8 (100 %) |
| Résolution liée à la conception | 0 | 0 | 0 | 0 (0 %) |
| Contraintes internes | 0 | 2 | 0 | 2 (25 %) |
| Contraintes externes | 4 | 0 | 2 | 6 (75 %) |
| Situation simple | 3 | 2 | 1 | 6 (75 %) |
| Situation complexe | 1 | 0 | 1 | 2 (25 %) |
| Situation bien structurée | 3 | 2 | 0 | 5 (62,5 %) |
| Situation mal structurée | 1 | 0 | 2 | 3 (37,5 %) |
| Risques faibles | 3 | 2 | 1 | 6 (75 %) |
| Risques élevés | 1 | 0 | 0 | 1 (12,5 %) |
| Risques inconnus | 0 | 0 | 1 | 1 (12,5 %) |
| Objectifs précis | 4 | 2 | 1 | 7 (87,5 %) |
| Objectifs flous | 0 | 0 | 1 | 1 (12,5 %) |
| Situation initiale comprise | 4 | 0 | 1 | 5 (62,5 %) |
| Situation initiale non comprise | 0 | 2 | 1 | 3 (37,5 %) |

Le premier continuum s'intéresse à la reconnaissance de la situation par le participant : s'agissait-il d'une situation qui était nouvelle pour lui ou qui lui était familière? Une majorité de situations (n=6) étaient nouvelles pour les participants. Un des participants a en revanche exposé une situation qui lui était vraiment familière : « Je suis assez "insécure" pour ce qui est des MTS et je passe ce test régulièrement... en fait... à chaque nouveau partenaire! » (P4).

Le deuxième continuum oppose la résolution de la situation liée à la découverte d'une solution existante à la résolution liée à la conception d'une nouvelle solution. Il était clair dans les propos de tous les participants (n=8) que leur situation appelait à la découverte d'une solution existante, par exemple un examen médical.

Pour le troisième continuum, la distinction entre une contrainte interne et une contrainte externe était également claire dans les propos des participants. Une majorité de participants (n=6) ont présenté une situation problématique avec une contrainte externe. Le « partenaire » représente la seule contrainte externe mentionnée par les participants. Un symptôme dont la cause, pour le participant, n'est pas reliée à des facteurs externes représente les deux contraintes internes exprimées.

Pour le quatrième continuum, le nombre de variables (soit le nombre d'éléments composant la situation problématique) exposées par les participants a permis de dire si la situation était simple (une variable) ou complexe (plusieurs variables interreliées). Après avoir écouté le récit du participant en prenant des notes, le chercheur lui exposait les variables qu'il jugeait pertinentes : « Si je comprends bien, les variables de votre situation sont [...] » Le chercheur et le participant convenaient ainsi des variables de la situation problématique. La majorité des situations exposées (n=6) étaient simples.

La compréhension du participant des variables de la situation problématique permettait d'établir la position sur le cinquième continuum : la situation bien structurée (le participant comprenait toutes les variables) et la situation mal structurée (le participant ne comprenait pas toutes les variables). La majorité des situations exposées (n=5) étaient bien structurées. Deux des trois situations mal structurées proviennent d'une acquisition passive d'information.

Pour le sixième continuum, une majorité de participants (n=6) ont jugé le niveau de risque de leur situation comme étant « faible ». Un participant a jugé que le niveau de risque faisait partie des inconnues au moment où il vivait cette situation. La dimension « risques inconnus » a donc été ajoutée.

Pour le septième continuum, les objectifs de la situation étaient considérés comme « précis » quand le participant attendait des résultats particuliers. Ils étaient considérés comme « flous » quand le participant n'attendait pas de résultats particuliers. Une majorité de participants (n=7) attendaient des résultats précis.

Finalement, pour le huitième continuum, la situation initiale (le point de départ) était jugée comme « comprise » lorsque le participant comprenait la cause de la situation problématique. Elle était jugée comme « non comprise » lorsque le participant ne comprenait pas la cause de la situation problématique. Une majorité de participants (n=5) comprenaient la cause de leur situation problématique. Parmi ceux qui ne comprenaient pas la cause de leur situation problématique se trouvent les deux participants ayant découvert un symptôme physique inconnu.

La répartition des dimensions des situations problématiques de MacMullin et Taylor (1984) permet de dire que, d'une manière générale, les situations exposées par les participants :

- Étaient nouvelles;
- Exigeaient des solutions déjà existantes;
- Étaient causées par des contraintes externes;
- Possédaient une variable unique et comprise du participant;
- Comportaient des risques faibles
- Possédaient un objectif précis
- Avaient une cause comprise.

L'exemple suivant, tiré des résultats de la recherche, illustre ce portrait. Un jeune adulte a une relation sexuelle non protégée avec un partenaire dont les antécédents sexuels lui sont inconnus (*contraintes externes*). Il s'agit d'une première pour lui (*situation nouvelle*), mais il sait que cet événement comportait des risques de transmission d'infections transmissibles sexuellement (*cause comprise*). Même s'il juge ceux-ci minimales (*risques faibles*), il se demande s'il a contracté une infection transmissible sexuellement (*variable unique et comprise*). Il décide de passer un test (*solution existante*) pour savoir s'il a été infecté ou non (*objectif précis*).

3.1.3 Synthèse

L'analyse des situations problématiques en santé sexuelle exposées par les jeunes adultes participant à cette étude a permis de les classer en trois catégories selon leur élément déclencheur : l'événement à risques, le symptôme physique subjectif et

l'acquisition passive d'information. La moitié des situations exposées était un événement à risques. Cette analyse a aussi permis de caractériser les situations exposées selon les dimensions des situations problématiques de MacMullin et Taylor (1984). Ces dimensions permettent d'établir le schéma-type suivant des situations exposées : situation nouvelle qui exige une solution déjà existante et qui est causée par des contraintes externes avec une variable unique et comprise du participant, et qui comporte des risques faibles, des objectifs précis et une cause comprise du participant.

3.2 Question de recherche n° 2 : les besoins informationnels

La deuxième question de recherche porte sur les besoins informationnels des jeunes adultes lorsqu'ils sont confrontés à une situation problématique en santé sexuelle : « Quels sont les besoins informationnels exprimés par les jeunes adultes lors de ces situations problématiques? » Pour répondre à cette question, les besoins informationnels exprimés par les participants sont tout d'abord catégorisés et définis. Ils sont ensuite mis en lien avec chacune des catégories de situations problématiques puis en fonction de certaines dimensions des situations problématiques.

3.2.1 Définitions des besoins informationnels exprimés

Après avoir raconté une situation problématique en santé sexuelle, les participants ont été amenés à décrire leurs besoins informationnels lors de cette situation. Deux questions – posées à des moments différents de l'entrevue – ont permis d'obtenir des informations sur ces besoins. La première, « Quelles questions vous posiez-vous au moment où vous viviez cette situation? », était posée en début d'entrevue et la seconde, « Quelle réponse espériez-vous obtenir en consultant les sources d'information que vous avez consultées? », en fin d'entrevue. Des précisions, lorsque jugées nécessaires par le chercheur, ont été demandées aux participants. Les éléments obtenus ont permis de développer des catégories génériques de besoins informationnels. De manière inductive, pour chaque besoin exprimé, le chercheur commençait par vérifier s'il entraînait dans une des catégories existantes; dans la négative, une nouvelle catégorie était définie. Les situations problématiques exposées ont parfois engendré plusieurs besoins

informationnels. Aucun participant n'a cependant exprimé plusieurs besoins informationnels entrant dans la même catégorie.

Les huit situations problématiques exposées ont suscité treize besoins informationnels et ceux-ci ont été regroupés en trois catégories. La première catégorie, nommée « État de santé actuel », correspond aux questions du participant sur son état de santé physique en réaction à la situation problématique :

« Je voulais savoir si j'étais *clean* [...] » (P5)

« Je voulais savoir si j'avais une MTS [...] » (P4)

« Que se passe-t-il? » (P2)

Presque tous les participants (n=7) se sont posés des questions entrant dans cette première catégorie. Les besoins dans cette catégorie se trouvaient en outre toujours à être les premiers besoins exprimés et ceux sur lesquels les participants mettaient l'accent le plus important.

La deuxième catégorie, appelée « Conséquences possibles », correspond aux questions du participant sur les diverses répercussions potentielles de la situation problématique :

« Je voulais savoir qu'est-ce que ça impliquait pour moi à long terme. » (PT3)

« [...] quels étaient les risques pour moi. » (P1)

Trois participants se sont posés des questions entrant dans cette catégorie.

Finalement, la troisième catégorie, intitulée « Remèdes », comprend les questions relatives aux solutions pour remédier aux effets négatifs de la situation problématique :

« [...] comment on pouvait soigner ça. » (P1)

« Je me demandais quel était le moyen pour remédier à cette situation. » (P6)

Trois participants se sont posés des questions entrant dans cette catégorie.

3.2.2 Besoins informationnels en fonction des situations problématiques

Les besoins informationnels exprimés par les participants sont influencés à la fois par le type de situation problématique vécue, par les informations qu'ils possèdent par rapport à cette situation et par certaines des dimensions identifiées par MacMullin et Taylor (1984). Le tableau 5 présente dans un premier temps la répartition des types de besoins informationnels en fonction des catégories de situations problématiques.

| Besoins informationnels \ Situations problématiques | État de santé actuel (n=7) | Conséquences possibles (n=3) | Remèdes (n=3) | Total |
|---|----------------------------|------------------------------|---------------|----------|
| Événement à risques | 4 | 2 | 1 | 7 (54 %) |
| Symptôme physique subjectif | 2 | 0 | 1 | 3 (23 %) |
| Acquisition passive d'information | 1 | 1 | 1 | 3 (23 %) |

Les résultats obtenus indiquent d'une part que deux catégories de situations problématiques, soit les événements à risques et les symptômes physiques subjectifs, soulèvent automatiquement un même besoin informationnel : l'état de santé actuel. Ainsi, tous les participants ayant vécu un événement à risques ou ayant découvert un symptôme physique se sont interrogés sur leur état de santé. D'autre part, les participants ont également soulevé d'autres besoins informationnels qui, eux, variaient selon les informations qu'ils possédaient sur la situation vécue. La comparaison entre les deux situations problématiques concernant la découverte d'un symptôme physique est un bon exemple. Le symptôme du premier participant est générique, il s'agit de douleurs. Il veut connaître la cause de ses douleurs (son état de santé actuel). Le symptôme de la seconde participante est plus précis, il s'agit d'un retard dans son cycle menstruel. La participante soupçonne la cause de ce symptôme, la grossesse, mais veut s'en assurer (connaître son état de santé). Puisque cette participante ne souhaitait pas avoir un enfant à ce moment, elle s'est demandé quelles étaient les solutions envisageables pour mettre un terme à la grossesse (remèdes à la situation).

La troisième catégorie, soit l'acquisition passive d'information, soulève des besoins informationnels variés. Les deux exemples exposés par les participants pour ce type de situation problématique s'articulent autour de l'état de santé d'un partenaire sexuel. Ils diffèrent toutefois selon le moment où l'information est reçue. Dans le premier cas, le participant a été informé de l'état de santé de son partenaire à titre de prévention, soit avant qu'ils aient eu des relations sexuelles. Ce participant s'est interrogé sur les conséquences potentielles d'avoir des relations sexuelles avec un partenaire atteint d'une infection transmissible sexuellement. Dans le second cas, le participant a été informé de l'état de santé de son partenaire après qu'ils aient eu des relations sexuelles. Ce participant s'est alors interrogé sur son propre état de santé et sur le remède à envisager s'il découvrait qu'il était infecté lui aussi.

Certaines dimensions de la situation problématique de MacMullin et Taylor (1984) influencent également les types de besoins informationnels reliés à la situation problématique. Les résultats obtenus indiquent que deux dimensions ont une certaine influence à cet égard. Tout d'abord, les participants ayant exposé une situation qui leur était nouvelle ont majoritairement (n=5 sur 6) exprimé deux ou trois besoins informationnels alors que ceux ayant exposé une situation familière ont décrit n'avoir cherché qu'à connaître leur état de santé. Une situation nouvelle ne soulève cependant pas toujours plusieurs besoins informationnels, comme en témoignent les paroles d'un participant ayant exposé une situation nouvelle :

« Je voulais savoir si j'étais *clean*, point. Je ne voulais pas enrichir ma culture générale. » (P5)

L'influence de la compréhension de la situation initiale sur les besoins informationnels est similaire. Ainsi, les participants ayant exposé une situation initiale qu'ils ne comprenaient pas ont majoritairement (n=2 sur 3) également exprimé deux ou trois besoins informationnels alors que ceux ayant exposé une situation initiale qu'ils comprenaient n'en ont exprimé majoritairement (n=3 sur 5) qu'un seul, soit leur état de santé.

3.2.3 Synthèse

L'analyse des besoins informationnels exprimés en réaction aux situations problématiques par les jeunes adultes participant à cette étude a permis de les classer en trois catégories : l'état de santé actuel, les conséquences possibles et les remèdes. Sept participants parmi les huit ont cherché à connaître leur état de santé suite à la situation problématique. Cette analyse a aussi permis de déterminer l'influence des catégories de situations problématiques sur les besoins informationnels. Ainsi, tous les participants ayant vécu un événement à risques ou ayant découvert un symptôme physique ont manifesté le besoin de connaître leur état de santé. L'acquisition passive d'information n'a pas suscité de besoins informationnels précis chez les deux participants ayant vécu ce type de situation. Finalement, l'analyse des besoins informationnels a permis de constater que seules deux des dimensions possèdent une influence visible sur le nombre de besoins. Les situations nouvelles et les situations dont le point de départ était non compris suscitaient majoritairement plus de besoins informationnels que les situations familières et les situations dont le point de départ était compris.

3.3 Question de recherche n° 3 : la recherche d'information

La troisième question de recherche porte sur la recherche d'information des jeunes adultes en réaction à un besoin informationnel en santé sexuelle : « Quels sont les processus et les sources d'information qui soutiennent la résolution de ces besoins informationnels? » Deux indicateurs, soit le processus de recherche d'information et les sources d'information consultées, sont utilisés pour répondre à cette question. De plus, pour bien comprendre les processus parcourus par les participants, l'analyse des sources non consultées se révèle également intéressante. Cette section présente donc, les sources consultées, les sources non consultées et, finalement, les processus de recherche d'information des participants.

3.3.1 Sources d'information consultées

Après avoir exprimé les besoins informationnels que la situation problématique avait suscités, les participants ont été amenés à décrire les sources d'information qu'ils

avaient consultées pour obtenir les réponses souhaitées. Deux questions – posées à des moments différents de l’entrevue – ont permis d’obtenir des informations sur ces sources d’information : « Pouvez-vous me préciser quelles sont les sources d’information que vous avez consultées pour obtenir la réponse que vous cherchiez? » et « Où avez-vous trouvé votre réponse? » Premièrement, les sources d’information utilisées par les participants ont été analysées globalement ainsi que selon les catégories de besoins informationnels exposés par les participants. Elles ont ensuite été examinées en lien avec les dimensions des situations problématiques.

3.3.1.1 Catégories de sources d’information utilisées

Pour répondre aux treize besoins informationnels soulevés, les participants ont utilisé 32 sources d’information distinctes. Trois caractéristiques, développées *a priori* à partir de la littérature, ont été apposées à chaque source : était-elle professionnelle ou profane, personnelle ou impersonnelle, verbale ou documentaire (voir section 1.1.6)? Aucune source mentionnée ne possédait d’ambiguïté pour l’une ou l’autre de ces caractéristiques. Tout d’abord, une source était considérée comme professionnelle s’il s’agissait d’un professionnel de la santé reconnu dans son domaine d’expertise par la législation (un médecin ou une infirmière, par exemple) ou si elle émanait d’un tel professionnel (le site Web de l’Agence de la santé publique du Canada ou une brochure produite par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, par exemple). Une source de toute autre origine a été considérée comme profane (un proche, un blogue, un site Web dont les sources ne sont pas mentionnées, par exemple). Le nombre de sources professionnelles consultées par les participants est légèrement supérieur (n=17) au nombre de sources profanes (n=15). Une source était ensuite considérée comme « personnelle » si elle communiquait l’information directement au participant (un médecin lors d’une rencontre avec un participant, par exemple) et « impersonnelle » si elle était destinée à communiquer l’information à un plus large public (un site Web, un vidéo, un livre, par exemple). Le nombre de sources personnelles consultées par les participants est supérieur (n=18) au nombre de sources impersonnelles (n=14). Finalement, une source était considérée comme « verbale » si elle transmettait l’information de personne à personne sans passer par un autre support et « documentaire » si elle transmettait l’information à l’aide d’un support, qu’il soit

matériel ou numérique. Le nombre de sources verbales consultées par les participants est également supérieur (n=18) au nombre de sources documentaires (n=14).

3.3.1.2 Sources d'information utilisées en fonction des besoins informationnels

L'examen des sources d'information utilisées en fonction des types de besoins informationnels permet de faire ressortir des différences intéressantes. Le tableau 6 présente l'occurrence des catégories de sources d'information utilisées selon les catégories de besoins informationnels.

| Besoins informationnels / Types de sources | État de santé actuel | Conséquences possibles | Remèdes | Total |
|--|----------------------|------------------------|---------|-----------|
| Source professionnelle | 7 | 5 | 5 | 17 (53 %) |
| Source profane | 4 | 7 | 4 | 15 (47 %) |
| Source personnelle | 8 | 7 | 3 | 18 (56 %) |
| Source impersonnelle | 3 | 5 | 6 | 14 (44 %) |
| Source verbale | 8 | 7 | 3 | 18 (56 %) |
| Source documentaire | 3 | 5 | 6 | 14 (44 %) |

Les données du tableau 6 indiquent que pour résoudre le besoin informationnel correspondant à leur « état de santé actuel », les participants ont privilégié les sources professionnelles, personnelles et verbales. Pour répondre à ce besoin informationnel, les participants ont clairement préféré les sources offrant un contact humain personnalisé. La source la plus utilisée par les participants (n=5) est en effet un médecin. Les sites Internet (professionnels ou profanes) ont été consultés par un moins grand nombre de participants (n=3), mais ceux-ci ont visité plusieurs sites Web. Les sites Web représentent donc la deuxième source la plus consultée pour répondre à ce besoin. D'une manière générale, les sites Web ont été visités pour obtenir des réponses ou se rassurer en attendant de voir un médecin. Deux participants n'ont pas cru bon de consulter un médecin et ont choisi de s'autodiagnostiquer à l'aide d'Internet.

Pour connaître les « conséquences possibles » de la situation problématique vécue, les participants ont privilégié les sources profanes, personnelles et verbales (les majorités sont cependant plus faibles pour ce besoin). La source la plus utilisée pour répondre à ce besoin est un partenaire ou un ami. Les sites Internet (professionnels ou profanes) représentent également la deuxième source la plus consultée pour répondre à ce besoin. Il s'agit du seul besoin informationnel pour lequel les participants ont privilégié les sources profanes.

Finalement, pour découvrir les remèdes, les participants ont préféré des sources professionnelles, impersonnelles et documentaires. Il s'agit de l'unique besoin informationnel pour lequel les participants ont privilégié les sources impersonnelles et les sources documentaires. Les sites Web « professionnels » représentent la source la plus consultée pour répondre à ce besoin, suivis de près des sites Web « profanes ». Le seul participant ayant réellement été infecté a reçu l'information pour ce besoin d'un médecin.

3.3.2 Sources d'information non consultées

Les participants ont aussi été amenés à parler des sources d'information qu'ils n'ont pas consultées. Deux questions ont servi à apporter des éléments sur ce point. Une première question, « Y a-t-il des sources d'information que vous avez pensé à consulter, sans toutefois le faire? », s'intéressait aux sources d'information que les participants ont choisi de ne pas consulter. La seconde question, « Y a-t-il des sources d'information que vous avez tenté de consulter, sans toutefois y parvenir? », visait les sources d'information que les participants n'ont pas réussi à consulter.

Quatre participants ont volontairement choisi de ne pas utiliser certaines sources d'information. Pour trois d'entre eux, les sites Web (professionnels ou profanes) étaient d'emblée mis de côté par crainte d'y rencontrer n'importe quoi :

« Je ne voulais pas me lancer sur *Google* non plus en tapant un peu n'importe quoi parce que je ne suis pas sûre que j'avais le goût de trouver ce qui allait venir avec. » (PT3)

« Internet est une mauvaise source d'information pour ça. Ça te démange un peu pis tu es en phase terminale! » (P3)

« Même si c'était la source la plus accessible, Internet était la dernière où je me serais aventuré. J'imagine que j'aurais fait exploser mon niveau de stress en me diagnostiquant n'importe quoi! » (P4)

Trois participants ont aussi évoqué un malaise à parler de leur situation problématique avec leurs proches :

« Je me disais que je ne pouvais pas demander ça à n'importe qui parce que ça m'impliquait moi et que ça l'impliquait la personne avec qui j'étais à cette époque-là... parce que je ne voulais pas en parler à quelqu'un que je connaissais parce que ça aurait été trahir la confiance de mon copain. » (PT3)

« Ma mère! Parce que j'étais intimidée d'aborder le sujet avec elle, même si, par sa formation en santé, elle eût été une source pertinente. J'ai choisi d'éviter le sujet avec elle. Je ne me sentais pas à l'aise de le faire. » (P2)

« Certains de mes amis, parce que j'avais honte... pas honte à cause du condom, mais honte d'avoir couché avec une personne inconnue, et, comme je n'avais pas de partenaire à l'époque, j'aurais dû inventer quelque chose... et je suis plutôt mauvais menteur. » (P4)

Dans un autre ordre d'idées, deux participants ne sont pas parvenus à consulter une source d'information qu'ils avaient tenté de rejoindre : un médecin. Les réactions des deux participants face à cet obstacle sont fort différentes. Le premier participant a tenté de consulter un autre médecin et y est parvenu alors que le second participant à tout simplement décidé d'interrompre le processus.

3.3.3 Processus de recherche d'information

Après avoir énuméré les sources d'information qu'ils avaient consultées, les participants ont été amenés à discuter de leur processus de recherche d'information. Deux questions ont permis d'obtenir des renseignements sur ce point : « L'ordre dans lequel vous venez de me présenter ces sources d'information correspond-il à l'ordre dans lequel vous les avez consultées? » et « (Si non) Dans quel ordre les avez-vous consultées? » Après avoir écouté le récit du participant en prenant des notes, le chercheur lui demandait au besoin des précisions concernant les activités de recherche d'information qu'il avait adoptées lors de sa recherche ainsi que sur les différents

facteurs qui semblaient avoir influencé le processus. Cette section présente les activités de recherche d'information effectuées par les participants, l'ordre dans lequel certaines sources ont été consultées en fonction des dimensions des situations problématiques et les facteurs influençant le processus de recherche d'information.

3.3.3.1 Activités de recherche d'information

Les catégories de comportements de recherche d'Ellis (2005) ont été utilisées pour décrire les activités de recherche d'information de chacun des participants (voir 1.1.5). Ainsi, pour chaque source d'information mentionnée, le chercheur associait le comportement qui avait amené le participant à choisir cette source.

Parmi les activités retenues par Ellis (2005) pour décrire le processus de recherche, quatre sont présentes dans les processus de recherche d'information des participants :

- La première, « débiter », inclut les activités qui concernent la recherche initiale. Il s'agit de l'activité la plus employée par les participants, car plusieurs « débiter » à maintes reprises. Quatre participants ont ainsi commencé plusieurs fois une nouvelle recherche quand la source consultée ne répondait pas à leurs besoins informationnels.
- La deuxième, « enchaîner », est le passage à de nouvelles sources à partir des références contenues dans une source. Trois participants ont ainsi utilisé l'information contenue dans une source pour passer à une nouvelle source qui leur apparaissait plus pertinente.
- La troisième, « butiner » : englobe les recherches semi-dirigées sur un sujet potentiellement intéressant. Trois participants ont butiné sur Internet ou dans une librairie sans chercher une source précise. Les participants ayant butiné ont consulté plusieurs sources.
- La quatrième, « différencier », comprend l'utilisation des différences entre les sources pour identifier la nature et la qualité du matériel examiné. Trois participants ont comparé différentes sources d'information consultées dans le but de trouver la meilleure. Dans les

trois cas, la différenciation est survenue après qu'un participant ait « butiné ». Dans les trois cas, il s'agit de la comparaison du contenu trouvé sur Internet. Un seul participant a comparé l'information reçue du médecin avec celle trouvée ailleurs, dans différentes sources « profanes ».

Le tableau 7 présente la fréquence des catégories d'activités de recherche d'information d'Ellis (2005) selon le nombre de sources consultées reliées à chacune des activités. Les sources ayant été « différenciées » sont également liées à une autre activité.

| Activités de recherche d'information | Fréquence |
|--------------------------------------|--------------|
| Débuter | 16 (50 %) |
| Enchaîner | 8 (25 %) |
| Butiner | 12 (37,5 %) |
| Différencier | 10 (31,25 %) |

Par ailleurs, selon les résultats obtenus, les différentes activités de recherche d'information ne sont pas influencées par les catégories de situations problématiques ou de besoins informationnels. Les patrons de recherche d'information qui se dégagent sont plutôt liés aux facteurs contextuels et cognitifs rencontrés par les participants ainsi qu'aux types de sources d'information consultées.

Deux participants ont eu un parcours très simple et leur patron de recherche d'information ne comporte qu'une seule activité : débiter. Le premier avait vécu un événement à risques et cherchait à connaître son état de santé et le second avait acquis passivement de l'information et voulait connaître son état de santé, les conséquences possibles et les remèdes. Ils savaient par contre quelle était la meilleure source d'information pour répondre à leurs besoins, ils ont eu facilement accès à cette source et celle-ci s'est avérée efficace.

Un deuxième type de patron a été vécu par trois participants. Parce qu'ils n'ont pas eu accès à une source ou parce qu'une source consultée ne répondait pas à leurs besoins, ces participants ont expérimenté plusieurs « débuts » et ils ont parfois « enchaîné » vers une autre source. Ces trois participants avaient également vécu des situations problématiques différentes et avaient exprimé des besoins différents.

Un troisième type de patron a été vécu par deux participants qui ne savaient pas quelles sources d'information consulter et qui ont fait plusieurs tentatives infructueuses, plusieurs « débuts », avant de trouver une réponse satisfaisante. Ces deux participants se sont limités aux sources documentaires. Ils ont « butiné » et « différencié ». Ces deux participants avaient également vécu des situations problématiques différentes et avaient exprimé des besoins différents.

Un dernier type de patron a été vécu par un participant. Celui-ci a entrepris plusieurs parcours simultanés et il a accompli toutes les activités de recherche d'information. En attendant de voir son médecin, il a consulté plusieurs sources documentaires pour tenter d'obtenir le plus d'information possible.

3.3.3.2 Ordre des sources d'information consultées selon les dimensions des situations problématiques

Deux dimensions de la situation problématique de MacMullin et Taylor (1984) peuvent influencer le participant dans l'ordre d'utilisation de certaines sources. Il s'agit des contraintes et des objectifs de la situation.

Six participants ont mentionné une contrainte externe, un partenaire. Pour trois d'entre eux, ce partenaire a été la première source d'information du participant. Dans les trois cas, il s'agissait de partenaire avec qui le participant était en relation stable. Les trois autres participants n'ont pas cherché à obtenir de l'information chez leur partenaire. Dans les trois cas, il s'agissait de partenaires occasionnels.

Sept participants attendaient des résultats précis : ils désiraient connaître leur état de santé. Le premier réflexe de la majorité (n=6) a été de consulter un médecin pour

obtenir un diagnostic. Un d'entre eux ainsi que le participant n'attendant pas de résultats précis ont commencé leurs recherches en furetant sur Internet.

3.3.3.3 Facteurs influençant le processus de recherche d'information

En plus des activités de recherche d'information, les processus des participants étaient influencés par certains éléments. Ces facteurs, appelés « facilitateurs » quand ils favorisent la poursuite du processus (un accès particulier à une source, par exemple) et « barrières » quand ils bloquent celui-ci (une impossibilité ou un refus de consulter une source, par exemple), se trouvent aux trois niveaux identifiés dans la revue des écrits : le cognitif, l'affectif et le contextuel (voir 1.1). Le tableau 8 présente l'occurrence des facteurs ayant influencé le processus de recherche selon leurs niveaux et leur nature.

| Types de facteurs Nature des facteurs | Contextuels | Cognitifs | Affectifs |
|--|-------------|-----------|-----------|
| | Barrières | 2 | 4 |
| Faciliteurs | 8 | 3 | 5 |

Les facteurs étaient considérés comme contextuels lorsqu'ils étaient en lien avec l'environnement d'utilisation de l'information du participant. Il s'agit du seul niveau de facteur pour lequel il y a une forte majorité de facilitateurs. Tous les participants ont rencontré des facilitateurs contextuels dans leur processus de recherche d'information. Ces facteurs concernent l'accessibilité aux sources, qu'elle soit tangible ou perçue. Quatre participants ont eu accès rapide (en moins d'une semaine) à un rendez-vous chez leur médecin de famille, leur gynécologue ou dans une clinique privée. L'exemple de facilitateur contextuel suivant est éloquent :

« En fait, avec le travail, j'ai droit à une visite par année chez le médecin dans une clinique privée. Ils nous paient l'examen complet. Dans le fond, cette visite-là m'a servi pour ça. J'ai embarqué les tests de MTS avec le reste de l'examen complet. Ça été facile d'accès, au centre-ville sur mon heure de dîner. » (P5)

Pour ces quatre participants, la recherche d'information a été très rapide et le nombre de sources consultées, limité; une seule dans le cas de deux participants. Pour quatre participants, Internet a été une source consultée parce qu'elle leur semblait la plus accessible. Deux participants ont toutefois également rencontré des barrières contextuelles dans leur recherche d'information. Un premier participant n'a pas pu voir son médecin habituel puisque la clinique où il allait d'ordinaire pour passer un test de dépistage avait un délai d'attente de trois mois au moment où il a tenté de prendre rendez-vous. La recherche d'une autre clinique a allongé le processus. Le second participant n'a pas réussi à avoir un rendez-vous chez le médecin et a finalement laissé tomber, jugeant que la recherche « n'en valait pas la peine ».

Les facteurs étaient considérés comme cognitifs lorsqu'ils étaient en lien avec les connaissances du participant. Un seul type de facteur cognitif a été identifié parmi les données recueillies : les connaissances de base reliées à leur situation problématique. Trois participants ont vu leur processus facilité par ce facteur cognitif. Grâce à leur connaissance de la situation, ils savaient exactement quelle ressource consulter pour obtenir la meilleure réponse le plus rapidement possible :

« Ça été très simple. Je savais ce que je devais faire pour en avoir le cœur net et, surtout, je savais à qui m'adresser. » (P4)

Pour ces trois participants, la recherche a comporté moins d'étapes. À l'opposé, quatre participants ne savaient pas *a priori* quoi faire ni à qui s'adresser pour résoudre leurs besoins informationnels. Leur processus comporte donc une part d'apprentissage par essais et erreurs. Ces participants ont connu un processus avec plus d'étapes.

Les facteurs étaient finalement considérés comme affectifs s'ils étaient en lien avec les émotions du participant. Le facteur identifié, la confiance, influence les participants dans le choix des sources. Du côté des facilitateurs, cinq participants ont choisi des sources d'information (personnelles et verbales) en raison du sentiment de confiance qu'elles inspiraient. Elles se sentaient à l'aise de discuter avec les personnes concernées de leur situation problématique. À l'opposé, comme indiqué en 3.3.2, quatre participants ont volontairement ignoré certaines sources par peur d'être jugés ou de faire

augmenter leur niveau d'anxiété, même si ces sources leur seraient apparues excellentes dans contexte différent.

3.3.4 Synthèse

L'analyse des sources d'information consultées par les participants pour répondre à leurs besoins informationnels indique que celles-ci sont dans une majorité faible professionnelles, personnelles et verbales. Elle indique également que le type de source consultée est influencé par le type de besoin informationnel. À cet égard, l'exemple le plus représentatif est celui des participants qui voulaient connaître leur état de santé actuel. Ils ont en majorité consulté une source professionnelle, personnelle et verbale, soit un médecin.

L'analyse des activités de recherche d'information montre que quatre activités parmi celles retenues par Ellis (2005) sont présentes dans les processus de recherche des participants : débiter, enchaîner, butiner et différencier. Deux dimensions des situations problématiques, la présence d'une contrainte externe et la présence d'objectifs précis peuvent influencer le début du processus de recherche d'information. Le processus de recherche est également influencé par des facteurs contextuels (tels que l'accès à une source d'information), des facteurs cognitifs (tels que la connaissance du participant de la situation problématique) et des facteurs affectifs (tels que la confiance du participant dans une source).

3.4 Question de recherche n° 4 : l'utilisation de l'information

La quatrième question de recherche au cœur de cette étude porte sur l'utilisation de l'information trouvée et jugée pertinente par les jeunes adultes en réponse à leurs besoins informationnels en santé sexuelle : « Quelle est l'utilisation de l'information trouvée? » Pour répondre à cette question, les différentes utilisations de l'information décrites par les participants ont dans un premier temps été classifiées selon les catégories proposées par Taylor (1991) (voir 1.1.1.2). Elles sont ensuite mises en lien avec chacune des catégories de besoins informationnels ainsi qu'en fonction de l'information trouvée.

3.4.1 Catégories d'utilisation de l'information

Après avoir abordé la recherche d'information, les participants ont été amenés à décrire leur utilisation de l'information trouvée et jugée pertinente pour répondre à leurs besoins informationnels. La dernière question de l'entrevue, « Comment avez-vous utilisé cette information? », a permis d'obtenir des informations sur ce point. Le chercheur a classé chaque utilisation de l'information exposée par un participant dans une ou plusieurs catégories d'utilisation de l'information de Taylor (1991), telles que complétées par Maurel (2006) avec les explications de Dervin (1983; 1989) et Choo (2000). Toutes les utilisations mentionnées entraînent dans ces catégories.

L'information obtenue en réponse aux 13 besoins informationnels des participants a été utilisée de quatre manières et entre donc dans quatre catégories d'utilisation de l'information de Taylor (1991). Il est à noter que, lorsqu'un individu avait soulevé plusieurs besoins informationnels, il est parfois arrivé que la résolution d'un premier besoin annule les autres besoins informationnels. Un exemple de cette situation dans l'échantillon est un participant qui, suite à un événement à risques, avait soulevé les besoins de connaître son état de santé et conséquence possible de cette situation problématique sur sa vie sexuelle future. La première source consultée, un médecin, lui ayant appris qu'il était en santé, ce participant a laissé tomber la résolution du second besoin informationnel. Le tableau 9 présente les catégories d'utilisation de l'information de Taylor (1991) selon leur fréquence parmi les situations problématiques exposées.

| Catégories d'utilisation de l'information | Fréquence absolue | Fréquence relative |
|---|-------------------|--------------------|
| Automotivation | 4 | 50 % |
| Acquisition de nouvelles habiletés | 3 | 37,5 % |
| Compréhension du problème | 2 | 25 % |
| Éclaircissement du contexte du problème | 2 | 25 % |

L'automotivation représente dans un premier temps la catégorie la plus présente chez les participants. La moitié des répondants (n=4) a répondu que l'information obtenue leur avait permis de continuer à avoir une vie sexuelle « normale ». Trois participants ont ensuite parlé de l'acquisition de nouvelles habiletés, soit de savoir quoi faire pour avoir des relations sexuelles plus sécuritaires ou plus épanouies. Deux participants ont mentionné que l'information obtenue leur avait donné une meilleure compréhension du problème. Finalement, deux participants ont mentionné que l'information obtenue leur avait permis d'éclaircir le contexte du problème.

3.4.2 Utilisation de l'information en fonction de la situation problématique, des besoins informationnels et de l'information trouvée

Les données recueillies indiquent que l'utilisation de l'information trouvée est influencée à la fois par le type de situation problématique vécue et par le type de besoin informationnel pour lequel elle apporte une réponse ainsi. Les tableaux 10 et 11 présentent les catégories d'utilisation en fonction des situations vécues et des besoins informationnels exprimés.

| Tableau 10 Occurrence des catégories d'utilisation de l'information de Taylor (1990) selon les types de situations problématiques vécues (n=8) | | | |
|--|------------------------|-----------------------------------|---|
| Situations problématiques Utilisation de l'information | Événement à risques | Symptôme physique subjectif | Acquisition passive d'information |
| Automotivation | 3 | 1 | 0 |
| Acquisition de nouvelles habiletés | 1 | 1 | 1 |
| Compréhension du problème | 1 | 0 | 1 |
| Éclaircissement du contexte du problème | 0 | 2 | 0 |

| Tableau 11 | | | |
|---|-------------------------|---------------------------|---------|
| Occurrence des catégories d'utilisation de l'information de Taylor (1990) selon les types de besoins informationnels (n=8) | | | |
| Besoins informationnels | État de santé actuel | Conséquences possibles | Remèdes |
| Utilisation de l'information | | | |
| Automotivation | 4 | 1 | 0 |
| Acquisition de nouvelles habiletés | 2 | 2 | 2 |
| Compréhension du problème | 1 | 3 | 2 |
| Éclaircissement du contexte du problème | 2 | 0 | 1 |

L'automotivation, tout d'abord, concerne dans l'échantillon quatre participants ayant soulevé le besoin de connaître leur état de santé et ayant trouvé une information positive. Les participants ayant utilisé l'information obtenue à cette fin avaient vécu un événement, perçu un symptôme ou reçu de l'information qui leur faisait croire à la présence d'une anomalie dans leur état de santé. Ayant reçu la confirmation qu'ils étaient en santé, ils ont été rassurés et ont repris une vie sexuelle normale. Pour un des participants qui avaient perçu un symptôme et qui avait aussi soulevé le besoin de connaître son état de santé, le même type d'information a plutôt permis d'éclaircir le contexte du problème, à savoir qu'il était « normal ».

Les trois participants ayant soulevé l'acquisition de nouvelles habiletés ont exprimé des besoins informationnels variés. Ils ont vécu trois types de situations problématiques différentes et n'ont pas exprimé de besoins informationnels précis. L'information trouvée leur a permis d'adopter des pratiques plus sécuritaires ou, selon un des participants, plus « épanouies ».

La compréhension du problème, ensuite, concerne un participant ayant vécu un événement à risques et un participant ayant acquis de l'information passivement. Ils avaient tous deux soulevé le besoin de connaître les conséquences possibles. Le premier participant, à la différence de ceux ayant mentionné l'automotivation, a obtenu la confirmation qu'il avait contracté une infection transmissible sexuellement. Ce diagnostic a stimulé une recherche d'information sur l'amélioration de la sécurité de ses pratiques sexuelles. Le deuxième participant avait reçu d'un partenaire une information

qui était incomplète. L'information obtenue lui a permis de comprendre les différentes variables du problème.

Finalement, les deux participants ayant obtenu un éclaircissement du contexte du problème sont ceux qui avaient découvert un symptôme physique. Au moment de la découverte de ce symptôme, ils n'en comprenaient pas la cause. L'information obtenue a permis de clarifier ce point.

3.4.3 Synthèse

L'analyse des différentes utilisations de l'information exposées par les jeunes adultes participant à cette étude a permis de constater qu'elles entraînent dans quatre des catégories d'utilisation de l'information définie par Taylor (1990) : l'automotivation, la compréhension du problème, l'acquisition de nouvelles habiletés et l'éclaircissement du contexte du problème. Cette analyse a aussi permis de constater que l'utilisation de l'information dépend de plusieurs facteurs, dont le type de situation problématique vécue et le besoin informationnel exprimé.

Conclusion

L'analyse des données collectées a permis d'apporter des réponses aux questions de recherche au cœur de cette étude touchant à la fois aux situations problématiques, aux besoins informationnels, à la recherche d'information et à l'utilisation de l'information. Les résultats obtenus fournissent ainsi des informations utiles pour dresser un portrait du comportement informationnel des jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle.

Les situations problématiques décrites par les participants relèvent toutes de l'aspect « physique » de la santé sexuelle. Elles ont été classées en trois catégories selon leur élément déclencheur : l'événement à risques (exposé par la moitié des participants), le symptôme physique subjectif et l'acquisition passive d'information. Les situations problématiques décrites sont surtout nouvelles. Elles exigent une solution déjà existante et sont causées par des contraintes externes avec une variable unique et comprise du

participant. Finalement, elles comportent des risques faibles, des objectifs précis et une cause comprise du participant.

Les situations problématiques nouvelles et les situations dont la cause est non comprise suscitent majoritairement plus de besoins informationnels que les situations familières et les situations dont le point de départ était compris. Les besoins informationnels exprimés par les participants en réaction aux situations problématiques ont été classés en trois catégories : l'état de santé actuel, les conséquences possibles et les remèdes. Les catégories de situations problématiques influencent parfois les besoins informationnels soulevés. Ainsi, tous les participants ayant vécu un événement à risques ou ayant découvert un symptôme physique ont manifesté le besoin de connaître leur état de santé.

Les sources d'information utilisées par les participants sont majoritairement professionnelles, personnelles et verbales. Cette majorité est toutefois faible. Le type de source consultée est influencé par les besoins informationnels. Des facteurs contextuels, tels que l'accès à la source, et affectifs, tels que la confiance du participant en cette source, influent également sur le choix des sources consultées. Le processus de recherche des participants est composé de quatre activités : débiter, enchaîner, butiner et différencier. Les patrons qui se dégagent sont influencés par des facteurs contextuels et cognitifs ainsi que par le type de sources d'information consultées.

L'utilisation de l'information dépend de plusieurs facteurs. Les participants utilisent en majorité l'information obtenue comme source d'automotivation, une utilisation de l'information qui correspond avec l'obtention d'une information positive à leur besoin de connaître leur état de santé. Selon la catégorie de situation problématique vécue, le besoin informationnel exprimé et le type d'information trouvée, les participants utilisent l'information pour avoir une meilleure compréhension du problème, acquérir de nouvelles habiletés et éclaircir le contexte de leur situation problématique. Ces résultats seront discutés dans le prochain chapitre.

Chapitre 4 : Discussion

Introduction

La discussion des résultats s'articule autour des quatre éléments du comportement informationnel que cette étude cherchait à décrire : (1) les situations problématiques vécues par les jeunes adultes en matière de santé sexuelle, (2) les besoins informationnels exprimés lors de ces situations problématiques, (3) les processus et les sources d'information qui soutiennent la résolution de ces besoins informationnels et (4) l'utilisation de l'information trouvée. À la suite de la discussion de ces quatre éléments, le modèle de comportement informationnel qui émerge de ces résultats est présenté. Les limites de cette étude sont également précisées.

4.1 Situations problématiques et besoins informationnels

La première partie de ce chapitre porte sur les situations problématiques vécues par les jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle et sur les besoins informationnels qui en ont découlé. Le choix des situations problématiques exposées par les participants est d'abord discuté. Les caractéristiques des situations problématiques et les catégories de besoins informationnels qui en ont résulté sont ensuite abordées.

4.1.1 Thématiques des situations problématiques

Les participants à cette étude ont tous décrit des situations problématiques qui touchent l'aspect physique de la santé sexuelle, laissant ainsi de côté les aspects émotionnels, mentaux et sociaux également présents dans la définition de la santé sexuelle qui leur était présentée. Cette définition, proposée en 2005 par l'Organisation mondiale de la santé, offre un cadre holistique pour appréhender la santé sexuelle et ainsi mieux comprendre les nombreux facteurs au cœur du phénomène. Pour l'organisme, cette compréhension apparaît comme le *sine qua non* de l'amélioration des interventions et des services offerts dans ce domaine. L'aspect physique de la santé

sexuelle demeure néanmoins le plus visible, le plus abordé dans les cours d'éducation sexuelle et certainement celui dont on tire le plus de statistiques. À cet égard, l'ensemble des études répertoriées sur le comportement informationnel en santé sexuelle traitent uniquement de thématiques relatives à cet aspect. Par exemple, Falk et coll. (2006), qui ont traité la santé sexuelle de manière analogue à cette étude, rapportent des résultats similaires quant aux thématiques abordées par leurs participants avec un professionnel de la santé, soit la place prépondérante occupée par les questions relatives aux ITS et à la grossesse. La présence tangible des manifestations liées à l'aspect physique représente l'une des hypothèses avancées par ces auteurs pour expliquer ce choix de situation problématique par les participants.

L'absence des aspects émotionnels, mentaux et sociaux dans la présente étude ne signifie pas nécessairement que les situations problématiques vécues par les jeunes adultes en matière de santé sexuelle n'y touchent pas, mais qu'ils sont moins visibles que l'aspect physique. Ce dernier demeure souvent le premier point auquel un individu pense lorsque le sujet de la santé sexuelle est abordé. Il est de plus fort probable que plusieurs participants aient songé à un événement touchant la santé sexuelle avant l'entrevue sans avoir en tête la définition retenue. Il est également possible que certains participants aient eu du mal à s'illustrer une situation problématique se rapportant à un aspect émotionnel, mental ou social de la santé sexuelle, bien qu'aucun d'entre eux n'ait posé de question alors qu'il leur était demandé s'ils comprenaient bien les concepts utilisés pour l'entrevue.

Dans un autre ordre d'idées, ce choix de situations problématiques laisse aussi présager que certaines situations – concernant par exemple des thématiques sociales ou émotionnelles telles que la violence ou l'identité sexuelle – sont plus difficiles à aborder avec un inconnu, spécifiquement si elles se rattachent à des événements récents. Comme souligné par Taylor et Davis (2006), entre autres, les aspects socialement marginalisés de la sexualité – et les questionnements qui y sont reliés – peuvent représenter une barrière pour discuter de santé sexuelle. En ce sens, il est également possible que les participants aient voulu présenter au chercheur une situation qu'ils estimaient socialement acceptable.

4.1.2 Caractéristiques des situations problématiques

Les catégories de situations problématiques exposées dans cette étude possèdent des différences, particulièrement par rapport au degré de précision des questions qu'elles soulèvent. Pour ceux ayant vécu un *événement à risques*, la situation problématique repose majoritairement sur la présence d'une inconnue (l'état de santé du partenaire) et sur un comportement qu'ils jugent après coup comme n'étant pas tout à fait sécuritaire. L'anxiété occasionnée par la combinaison de ces deux éléments génère des besoins informationnels, principalement celui de connaître leur propre état de santé. Deux participants ont indiqué que cette anxiété provenait de l'information qui, bien que connue, n'était peut-être pas assez intégrée pour que, « dans le feu de l'action », elle soit utilisée :

« On nous conscientise sur les [maladies transmises sexuellement] depuis l'école primaire et les statistiques qu'on nous sort de temps à autre dans les journaux sont effrayantes. Je ne peux pas embrasser quelqu'un sans craindre d'attraper un feu sauvage alors, imaginez... le reste! » (P4)

« On est tellement tout le temps bombardé d'information au niveau de la sexualité et avoir trop d'information, parfois ça culpabilise. Ils montrent tout le temps des gros chiffres, des grosses statistiques. On dirait que tout le monde est à risques... surtout quand tu es gai. » (P5)

Un troisième participant a indiqué que c'était une amie à qui il avait raconté la situation qui l'avait convaincu des risques possibles. Dans tous les cas exposés, les besoins informationnels sont, selon les niveaux proposés par Taylor (1968, 182), formalisés. La menace ressentie à la suite de l'événement à risques apparaissait toutefois de manière floue aux participants : ils voulaient savoir s'ils étaient atteints d'une ITS en général. D'un autre côté, les participants ayant découvert un *symptôme physique* ont fait face à une source d'anxiété plus concrète, générant également le besoin de connaître leur état de santé en priorité. Les symptômes, tels qu'exprimés par les participants, leur donnaient plus d'indices sur la source du problème, conduisant aussi à des besoins formalisés (Taylor 1968, 182), mais dont les questions étaient ici plus précises; « Suis-je enceinte? », par exemple. Il est à noter que les symptômes auraient cependant pu avoir une signification vague, l'apparition de rougeurs, par exemple, et donner lieu à des questions moins précises. Finalement, l'*information acquise passivement* d'un tiers

représente la situation problématique donnant au participant le plus de renseignements et de précisions. Dans les deux cas exprimés par les participants, il était question d'une ITS précise, facilitant ainsi les questions au niveau du « compromis » de Taylor (1968, 182). Bien que précise, l'information apparaissait toutefois incomplète au participant, d'où le manque cognitif à combler.

Les huit situations problématiques exposées par les participants ont été analysées en fonction des dimensions des situations problématiques de MacMullin et Taylor (1984). Les résultats indiquent que ces dimensions s'adaptent au contexte personnel de la santé sexuelle. Dans les situations décrites par les participants, une seule dimension, tout d'abord, est inhérente à la situation même : la complexité de la situation. Les sept autres dimensions, en revanche, semblent largement dépendre du contexte et de la perception du participant à l'égard de la situation problématique : la nouveauté de la situation pour le participant, sa compréhension de la situation initiale et des différentes variables, la précision des objectifs, les solutions existantes, la nature des contraintes et le niveau de risque.

4.1.3 Catégories de besoins informationnels

Trois catégories génériques de besoins informationnels ont émergé des situations problématiques exposées. Le besoin informationnel concernant l'état de santé actuel est présent chez presque tous les participants (n=7) et il tend à prédominer sur les autres besoins pour plusieurs d'entre eux. Certains participants ont même été jusqu'à supprimer les autres besoins informationnels lorsque l'anxiété liée au besoin de connaître leur état de santé a été comblée. Par ailleurs, les situations problématiques exprimées par les participants ont été catégorisées en fonction de leur élément déclencheur, soit en fonction de l'élément causant le manque cognitif à la base du comportement informationnel. Chacun des éléments déclencheurs identifiés place l'individu dans une perception différente d'un problème de santé, perception qui peut influencer son comportement informationnel, tel que mentionné par Johnson et coll. (2001). À cet égard, Attfield et coll. (2006) ont remarqué que les patients exprimaient des besoins informationnels différents avant et après une consultation avec un professionnel de la santé. Selon leurs résultats, les besoins exprimés avant une consultation médicale se

concentrent, entre autres, autour de l'état de santé alors que ceux énoncés après une consultation médicale ont souvent pour sujet l'information reçue lors de cet entretien. Les situations problématiques exposées dans cette étude se situent toutes en « amont » d'une consultation médicale potentielle au sens où elles ne sont pas le fruit d'une information reçue par un médecin. Ce point commun pourrait expliquer pourquoi elles partagent toutes une même série de besoins informationnels. Le besoin le plus fréquent, l'état de santé actuel du participant, est également présent parmi les besoins « préconsultation » identifiés par Attfield et coll. (2006, 169). Ceux-ci remarquent que le besoin de connaître son état de santé, ce qu'ils nomment « *Am I ill?* », est souvent l'une des premières manifestations de besoins informationnels en santé. Les deux autres besoins identifiés par Attfield et coll. (2006, 170), soit « *Who can help me?* » et « *How do I prepare?* », ne se sont pas présentés chez les participants de cette étude. Pareillement, les deux autres besoins identifiés dans la présente étude, soit les conséquences possibles et les remèdes, sont absents de leurs résultats. Les deux études relèvent toutefois du qualitatif et les données ont été recueillies auprès de petits échantillons, dans des contextes (milieu, type de participant) différents. Attfield et coll. (2006, 175) reconnaissent à cet effet que les catégories de besoins identifiées ne sont pas exhaustives et qu'elles ne serviraient, en somme, que de cadre de référence à de futurs travaux.

Les participants possédaient parfois de l'information acquise antérieurement sur la situation vécue, une situation également remarquée par Attfield et coll. (2006, 173). Dans le cadre de la présente étude, par exemple, certains connaissaient les conséquences possibles liées aux ITS et d'autres non. En raison des connaissances des participants, le besoin informationnel « conséquence possible » est absent des situations problématiques qui concernent un symptôme physique parmi les situations racontées. Il n'est cependant pas exclu qu'un tel besoin se manifeste lors d'une situation similaire chez une autre personne. En outre, comme mentionné par Case et coll. (2005), certains ont cherché à en connaître le plus possible pour apaiser leur anxiété alors que d'autres ont préféré s'en tenir au minimum.

4.2 Recherche et utilisation de l'information

La deuxième partie de ce chapitre porte sur la recherche d'information qui soutient la résolution des besoins informationnels et sur l'utilisation de l'information trouvée. Le choix des sources d'information et les activités de recherche d'information sont d'abord discutés. Les types d'utilisation de l'information sont ensuite abordés.

4.2.1 Choix des sources d'information

Les jeunes adultes interviewés pour cette étude ont eu recours à plusieurs sources d'information pour répondre à leurs besoins, principalement à des médecins, des sites Web et des amis. La confiance dans la source d'information représente le premier critère utilisé pour le choix d'une source, un critère prépondérant dans la littérature sur le comportement informationnel en santé sexuelle, notamment chez Kennedy et MacPhee (2006), Taylor et Davis (2006), Gott (2001), Langille et coll. (2001) et Herson et coll. (1999). La confiance peut tout d'abord toucher spécifiquement les sources verbales, que cette source soit un partenaire, un proche ou un professionnel de la santé. À cet égard, presque toutes les études consultées font état de la présence de cette dimension affective lorsque vient le temps de déterminer avec *qui* la situation sera discutée. Dans cette étude, le manque de confiance s'est toutefois seulement manifesté envers des proches, alors que plusieurs études, notamment Taylor et Davis (2006), Gott (2001), Langille et coll. (2001) et Herson et coll. (1999), exposent les difficultés éprouvées par les patients à parler de santé sexuelle avec un professionnel de la santé. Leur choix de participer à cette étude – et d'être par le fait même confortables de discuter avec un inconnu d'une situation problématique en santé sexuelle – pourrait expliquer pourquoi les participants n'ont pas craint d'aborder la question avec un professionnel de la santé. Plusieurs ont également choisi de ne pas aborder la situation problématique avec leur partenaire. Le fait que pour la plupart d'entre eux ce partenaire était « occasionnel » pourrait expliquer ce choix. La peur d'un jugement des proches, par contre, a influencé trois participants dans le choix de leur source d'information.

La confiance se manifeste aussi, comme mentionné par Taylor (1991, 228), dans la perception de la validité d'une source d'information pour répondre à un besoin dans

une situation donnée. Dans cette étude, le médecin représente la source de prédilection des participants pour répondre aux besoins soulevés de manière générale, et, en particulier, pour obtenir un diagnostic. Ce résultat concorde avec les conclusions de Hardey (2001) qui indique que, malgré le nouveau pluralisme médical, les médecins sont toujours considérés comme les gardiens des diagnostics. Tous les participants ayant consulté un médecin se sont considérés « chanceux » de pouvoir le faire. Une réaction que pourrait expliquer la pénurie actuelle de médecins de famille dans le contexte du système de santé québécois. Certains participants n'avaient par contre pas confiance dans certaines sources documentaires, principalement Internet, pour répondre à leurs besoins et ceux qui ont choisi d'en consulter l'ont fait avec circonspection. Les participants à cette étude semblaient tous connaître les limites et les inconvénients liés à Internet. Leur appartenance à la génération Y, une génération reconnue pour sa forte utilisation d'Internet, pourrait expliquer ce fait (Junco et Mastrodicasa 2007; Sweeney 2005). À cet égard, il faut aussi noter que la moitié des participants étudiée dans le domaine des sciences de l'information et possède des compétences informationnelles normalement plus développées que chez d'autres étudiants .

La disponibilité perçue des sources d'information dans un environnement d'utilisation de l'information représente un second critère pour le choix des sources (Taylor 1991, 228). À cet effet, les participants ont souvent utilisé les sources qu'ils jugeaient les plus facilement accessibles, dans la mesure où celles-ci étaient également perçues comme des sources adéquates pour répondre à leurs besoins informationnels. Le critère de la confiance a prédominé sur celui de la disponibilité pour certains participants. L'exemple suivant représente un cas particulièrement éloquent :

« Même si c'était la source la plus accessible, Internet était la dernière où je me serais aventuré. » (P4)

Par ailleurs, deux participants ont été confrontés à la difficulté de rencontrer un médecin. Face au même obstacle, dans un même environnement d'utilisation de l'information, ces deux participants ont toutefois perçu différemment la disponibilité des sources d'information. Un participant a décidé que de tenter de rejoindre un médecin était impossible alors que l'autre a fait le choix de persévérer jusqu'à ce qu'il y parvienne.

Cette différence pourrait s'expliquer par l'importance accordée pour la résolution de la situation problématique. L'attitude du second participant en entrevue laisse croire que de résoudre la situation lui importait peu.

4.2.2 Activités de recherche d'information

Les jeunes adultes participant à cette étude ont employé quatre activités de recherche d'information différentes pour atteindre les sources d'information consultées. Les patrons qui émergent, notamment pour le choix et le nombre des activités, sont influencés par la présence de facteurs contextuels et cognitifs ainsi que par le type de sources consultées.

Les circonstances entourant chaque activité de recherche d'information, comme l'indique Ellis (1989a, 178), peuvent influencer les patrons de recherche d'information de chaque individu dans une situation donnée. Certains participants ont eu un parcours simple ne comportant qu'une seule activité de recherche d'information : débiter. Ils savaient quelle était la meilleure source d'information pour répondre à leur besoin, ils avaient accès facilement à cette source et celle-ci s'est avérée efficace. Le participant ayant accès à un rendez-vous payé par son employeur dans une clinique privée est un exemple frappant. Face à une situation problématique identique, un autre participant a été confronté à des barrières contextuelles. S'il avait pu obtenir un rendez-vous dans un délai raisonnable à sa clinique habituelle, tout porte à croire que son processus n'aurait comporté qu'une seule activité. Or, il a dû « débiter » et « enchaîner » à plusieurs reprises avant de trouver une clinique où il a pu obtenir un rendez-vous. D'un autre côté, certains participants ne savaient pas comment répondre à leurs besoins informationnels et ont fait plusieurs tentatives infructueuses, plusieurs « débuts », avant de trouver une réponse satisfaisante. Certains participants ont par ailleurs entrepris plusieurs parcours simultanés. Un participant, par exemple, a consulté plusieurs sites Web pour apaiser son anxiété en attendant de voir son médecin. Dans la même situation, d'autres ont préféré ne pas chercher d'information, comme mentionné par Case et coll. (2005).

Le type de sources consultées a également influencé le choix et le nombre des activités de recherche d'information. Les participants ayant consulté des sources

documentaires ont, d'une manière générale, interrogé beaucoup plus de sources que ceux ayant consulté des sources verbales et ainsi réalisé plusieurs activités de recherche d'information. Parmi les sources documentaires consultées, Internet prédomine et les réserves manifestées par les participants sur ce média sont nombreuses. Le jugement porté à l'égard des sources documentaires utilisées pourrait expliquer que les participants aient consulté plusieurs sources, entre autres en butinant pour les différencier. Ainsi, les activités « butiner » et « différencier » ne concernent, également d'une manière générale, que les sources documentaires, qu'elles soient professionnelles ou profanes. À l'opposé, les informations obtenues par des sources verbales – principalement, mais pas uniquement les sources professionnelles – n'ont pas été remises en question par les participants. Ce résultat confirme aussi les conclusions de Hardey (2001) sur la confiance du public dans les professionnels de la santé, malgré la présence croissante de sources documentaires accessibles en santé. Les sources verbales profanes étaient des personnes de confiance pour les participants et n'ont pas non plus été remises en question.

4.2.3 Utilisation de l'information

L'utilisation de l'information acquise pour répondre aux besoins informationnels a été analysée en regard des catégories d'utilisation de l'information définie par Taylor (1991). Les résultats indiquent que l'utilisation de l'information des participants entre dans quatre catégories et qu'elle dépend de plusieurs facteurs, dont le type de situation problématique vécue et le besoin informationnel exprimé. Les deux catégories les plus fréquentes, l'automotivation et l'acquisition de nouvelles habiletés, sont aussi identifiées par Falk et coll. (2006) comme étant très présentes chez les jeunes adultes.

L'automotivation, tout d'abord, touche la moitié des participants et concerne dans l'échantillon les participants pour qui l'information obtenue a été une source de réconfort qui leur a permis de revenir à la normale. Sans parler directement de catégories d'utilisation de l'information, les résultats de Falk et coll. (2006, 34) indiquent que d'être rassuré sur son état de santé est l'une des raisons qui motivent le plus les jeunes adultes à consulter un médecin lors d'une situation problématique en santé sexuelle.

Pour les participants de la présente étude, l'acquisition de nouvelles habiletés représente la deuxième catégorie d'utilisation de l'information, un résultat qui concorde également avec ceux de Falk et coll. (206, 34) où l'acquisition de nouvelles stratégies concernant la protection contre les ITS et une grossesse non désirée représente une seconde raison de consulter une source d'information en santé.

4.3 Limites de l'étude

Cette recherche possède des limites théoriques et méthodologiques. La première limite est inhérente à la nature du sujet. La santé sexuelle, en effet, demeure un sujet privé et sensible, voire tabou, pour une partie de la population et les recherches sur le sujet demeurent toujours tributaires des données que les participants acceptent de transmettre au chercheur (Organisation mondiale de la santé 2008). Les participants à cette étude étaient appelés à discuter d'une situation problématique au cours de laquelle ils ont pu avoir un comportement qu'ils ont *a posteriori* jugé irresponsable ou honteux. À cet égard, il est possible qu'ils aient modifié la description de leur comportement pour présenter une meilleure image au chercheur (Rosen 2000). Pour limiter ce biais, le chercheur a indiqué aux participants en début d'entrevue qu'il ne cherchait pas à obtenir des détails sur leur santé sexuelle, mais sur le comportement informationnel rattaché à celle-ci.

Une seconde limite touche la transférabilité des résultats. L'approche qualitative de cette recherche visait la généralisation analytique des résultats de manière à comparer les résultats de l'analyse aux modèles existants et à des résultats d'autres études (Miles et Huberman 2003, 505-506). Par conséquent, les résultats obtenus ne sont pas propices à la généralisation statistique. En outre, la taille de l'échantillon, huit participants, n'a pas permis d'atteindre la saturation pour tous les codes. Les résultats caractérisent un groupe d'étudiants universitaires montréalais, francophones et âgés de 22 à 25 ans. Différents moyens ont été mis en place pour assurer la qualité de la préparation et de la réalisation de la recherche (voir section 2.4). Les résultats pourraient être transférables à un groupe possédant des caractéristiques similaires.

Conclusion

Les résultats obtenus indiquent que les jeunes adultes vivent des situations problématiques touchant notamment l'aspect physique de la santé sexuelle, résultats que supportent les autres études consultées sur le comportement informationnel des jeunes adultes en matière de santé sexuelle. Ces situations problématiques peuvent être déclenchées par différents éléments : un événement à risques, un symptôme physique ou une acquisition passive d'information. Ces situations problématiques se situent toutes en amont d'une consultation médicale et partagent trois types de besoins informationnels : l'état de santé actuel, les conséquences possibles et les remèdes.

Les jeunes adultes interviewés pour cette étude ont choisi plusieurs sources d'information pour répondre à leurs besoins, principalement des médecins, des sites Web et des amis. Deux critères semblent avoir été utilisés pour le choix de sources : la confiance dans la source et la disponibilité perçue de celle-ci. La confiance peut tout d'abord toucher spécifiquement les sources verbales, que cette source soit un partenaire, un proche ou un professionnel de la santé. La confiance se manifeste aussi dans la perception de la validité d'une source d'information pour répondre à un besoin dans une situation donnée. Les résultats de cette étude indiquent aussi également que le médecin représente la source privilégiée par les participants pour répondre aux besoins soulevés de manière générale, et en particulier, pour obtenir un diagnostic. La disponibilité perçue des sources d'information dans un environnement d'utilisation de l'information apparaît comme un second critère pour le choix des sources d'information. Pour consulter ces sources d'information, les jeunes adultes participant à cette étude ont employé quatre activités de recherche d'information différentes pour atteindre les sources d'information consultées. Les patrons qui émergent, notamment pour le choix et le nombre des activités, sont influencés par la présence de facteurs contextuels et cognitifs ainsi que par le type de sources consultées. Par ailleurs, les deux catégories d'utilisation de l'information les plus utilisées par les participants à la présente étude sont également très présentes chez d'autres jeunes adultes.

Les résultats obtenus permettent de proposer un modèle du comportement informationnel de jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle. La figure 5 présente ce modèle où les résultats viennent caractériser les étapes du comportement informationnel issues du modèle général de Choo (2006).

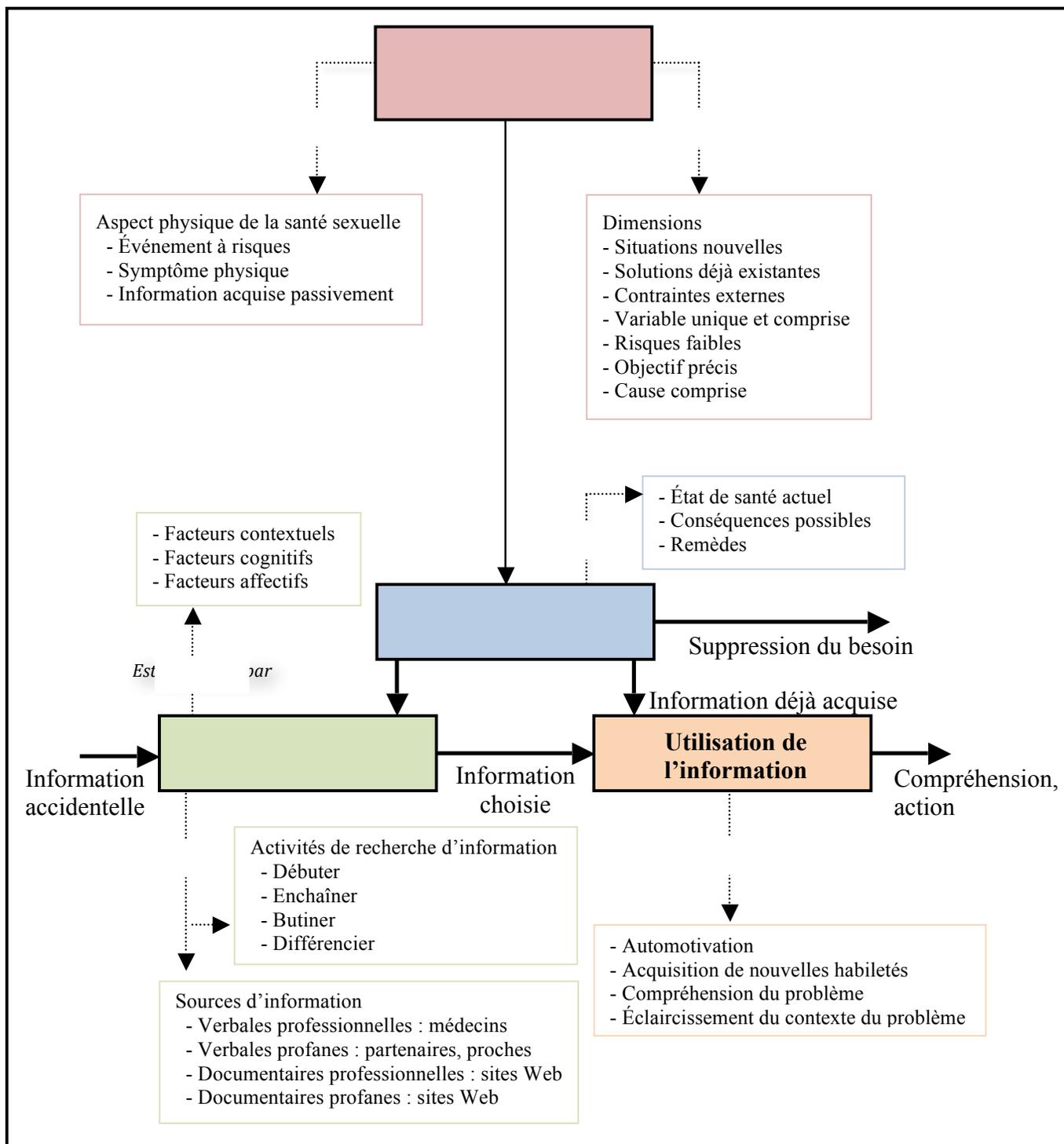


Figure 5 : Modèle de comportement informationnel des jeunes adultes en matière de santé sexuelle (inspiré de Choo 2006, 69)

Conclusion

En conclusion, ce chapitre présente dans un premier temps un rappel de la recherche. Les contributions théorique, méthodologique et pratique sont par la suite précisées. Finalement, des pistes de recherches futures sont proposées.

Résumé de la recherche

Cette recherche cherchait à décrire le comportement informationnel en santé sexuelle chez les jeunes adultes dans le contexte québécois. Pour y parvenir, quatre questions de recherche ont été étudiées :

- 1) Quelles sont les situations problématiques auxquelles les jeunes adultes sont confrontés en santé sexuelle?
- 2) Quels sont les besoins informationnels exprimés par les jeunes adultes lors de ces situations problématiques?
- 3) Quels sont les processus et les sources d'information qui soutiennent la résolution de ces besoins informationnels?
- 4) Quelle est l'utilisation de l'information trouvée?

Cette recherche descriptive a utilisé une approche qualitative pour explorer et décrire le comportement informationnel des jeunes adultes lorsqu'ils sont confrontés à des situations problématiques en santé sexuelle. L'incident critique a été retenu comme mode de collecte de données ainsi que comme unité d'analyse. Huit jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans et étudiant à l'Université de Montréal ont été interviewés, et chacun d'entre eux a décrit une situation problématique récente par rapport à leur santé sexuelle. Les données recueillies ont été l'objet d'une analyse de contenu basée sur la théorisation ancrée. Tout au long du processus, diverses mesures de qualité ont été respectées pour assurer la qualité de la recherche, notamment le respect d'un protocole de recherche et la tenue de prétests.

Les résultats obtenus apportent des réponses aux quatre questions au cœur de cette recherche. Les situations décrites indiquent que les jeunes adultes québécois étudiés vivent des situations problématiques relatives à l'aspect physique de leur santé sexuelle. Ces situations problématiques peuvent avoir plusieurs éléments déclencheurs. Parmi les situations décrites, cet élément déclencheur peut être un événement à risques, la découverte d'un symptôme physique ou l'acquisition passive d'information. En majorité, les situations problématiques décrites étaient nouvelles, exigeaient une solution déjà existante, et étaient causées par des contraintes externes avec une variable unique et comprise du participant. D'une manière générale, elles comportaient également des risques faibles, des objectifs précis et une cause comprise du participant. Les besoins informationnels exprimés par les participants en réaction aux situations problématiques ont été classés en trois catégories : l'état de santé actuel, les conséquences possibles et les remèdes. Pour répondre à ces besoins, les participants ont utilisé des sources d'information qui étaient, dans une faible majorité, professionnelles, personnelles et verbales. Le type de source consultée est influencé par les besoins informationnels (notamment le médecin pour répondre au besoin concernant l'état de santé), mais également par des facteurs contextuels, cognitifs et affectifs. À cet égard, la confiance dans la source et la disponibilité perçue de celle-ci sont les deux principaux critères utilisés pour le choix des sources. Les facilitateurs et barrières rencontrés par les participants ont également particularisé leur processus de recherche en modifiant les combinaisons des quatre activités effectuées, soit débiter, enchaîner, butiner et différencier. Les participants utilisent en majorité l'information obtenue comme source d'automotivation. L'information est aussi utilisée pour obtenir une meilleure compréhension du problème, acquérir de nouvelles habiletés et éclaircir le contexte de leur situation problématique.

Les résultats obtenus permettent d'établir un modèle caractérisant le comportement informationnel de jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle. Ce modèle indique (1) les types de situations problématiques vécues ainsi que leurs dimensions; (2) les types de besoins informationnels soulevés en réponse aux situations problématiques; (3) les sources d'informations consultées, les activités de recherche d'information et les facteurs caractérisant le processus de recherche d'information; et (4)

les types d'utilisation de l'information. La présente recherche apporte une contribution aux niveaux théorique, méthodologique et pratique, contribution détaillée à la section suivante.

Contributions de la recherche

Apports théoriques

Au point de vue théorique, les résultats de cette étude ont d'abord permis une meilleure compréhension du comportement informationnel de jeunes adultes québécois en santé sexuelle en proposant une première modélisation qui prend en considération l'ensemble de ses facteurs. Cette étude contribue ainsi à commencer à combler le manque identifié dans la littérature sur cette problématique, les études antérieures, provenant du domaine de la santé, ne couvrant pas le comportement informationnel de manière holistique. Le modèle développé comprend une catégorisation des situations problématiques et des besoins informationnels ainsi que la détermination des sources d'information utilisées, des activités composant le processus de recherche d'information et de l'utilisation de l'information.

Les résultats obtenus suggèrent que le modèle général de comportement informationnel de Choo (2006), développé initialement dans un contexte organisationnel, peut être utilisé dans le contexte personnel de la santé sexuelle. Les résultats appuient également le modèle d'environnement d'utilisation de l'information de Taylor (1986, 1991), intégré dans le modèle de Choo (2006), plus précisément en ce qui concerne les dimensions des situations problématiques et les catégories d'utilisation de l'information. Finalement, les résultats appuient aussi le modèle d'activités de recherche d'information d'Ellis (1989a, 1989b, 2005).

Apports méthodologiques

Au point de vue méthodologique, cette étude a montré l'efficacité d'un outil de collecte de données – préalablement validé dans un contexte organisationnel – dans le contexte personnel de la santé sexuelle. Cet instrument a permis de récolter des données

riches sur le comportement informationnel dans le contexte de situation problématique en santé sexuelle. Par ailleurs, les catégories développées pour les situations problématiques et les besoins informationnels ainsi que les patrons de recherche d'information pourraient servir de base à des études ultérieures sur le comportement informationnel en santé sexuelle, voire dans le contexte plus général de la santé.

Apports pratiques

Au point de vue pratique, cette étude ajoute aux connaissances sur le comportement informationnel en matière de santé sexuelle, principalement en ce qui concerne les critères de sélection des sources d'information. Les résultats indiquent que les jeunes adultes interviewés savaient, de manière générale, quelles sources utiliser pour répondre à leurs besoins informationnels en santé sexuelle. Ils indiquent aussi que les deux principaux critères de sélection sont l'accessibilité et la confiance. Or, la perception de l'accès à certaines sources, principalement à un professionnel de la santé, diffère d'un participant à l'autre. À cet égard, aucun participant ne semblait connaître la présence de la Clinique de santé de l'Université de Montréal, une ressource qui offre des services en santé sexuelle et pour laquelle ils ont un accès privilégié en tant qu'étudiants de l'institution. Par ailleurs, les jeunes adultes interviewés se sont en général montrés critiques quant aux contenus des ressources Web en santé sexuelle. La difficulté de trouver des sources d'information en santé sexuelle jugées fiables sur Internet représente une barrière, bien qu'Internet semble représenter un média que les participants utilisent beaucoup. La mise en place d'un service de référence francophone spécialisé en santé, à l'instar, notamment, du Consumer Health Information Service offert par la Toronto Public Library, pourrait représenter une avenue à explorer pour aider la population générale à tirer un meilleur profit des ressources disponibles en santé.

Recherches futures

Cette étude se veut un premier pas dans la description du comportement informationnel des jeunes adultes en matière de santé sexuelle. Cette première étape ayant été franchie, des recherches subséquentes pourront enrichir les résultats obtenus.

Il est ressorti de cette étude que les facteurs contextuels, cognitifs et affectifs qui entourent le comportement informationnel propre à la santé sexuelle des jeunes adultes jouent un rôle important dans le processus entourant la résolution des besoins informationnels. Une meilleure connaissance de ces facteurs pourrait aider à pallier les barrières rencontrées. Entre autres, une compréhension accrue des barrières et des facilitateurs lors de la recherche d'information permettrait la mise en place de ressources plus adaptées en terme d'accès et de contenu.

La population étudiée, ensuite, a été limitée à des étudiants universitaires, soit un milieu cognitivement riche, pour mieux faire ressortir les barrières autres que cognitives, dont les barrières affectives. Puisque les résultats indiquent l'importance des trois types de facteurs (facteurs cognitifs, affectifs et contextuels), il serait pertinent d'examiner le comportement informationnel en santé sexuelle de jeunes adultes provenant d'horizons différents pour voir si celui-ci est comparable aux résultats obtenus auprès des étudiants universitaires. Il serait, entre autres, à-propos d'étudier le comportement informationnel en santé sexuelle des jeunes de la rue, une population également ciblée par le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007). Une connaissance approfondie de l'environnement d'utilisation de l'information et des comportements informationnels de cette population socialement marginalisée et fragilisée pourrait contribuer à améliorer les ressources en matière de santé sexuelle qui leur sont destinées.

De telles avenues de recherche compléteraient les résultats obtenus dans cette étude. Elles s'avèrent nécessaires, entre autres, afin d'établir et de démontrer quels rôles pourraient occuper les professionnels de l'information dans la production et la diffusion de ressources appropriées en santé sexuelle.

Bibliographie

- Academy for Educational Development (U.S.). 2000. *Sexually transmitted diseases : An overview*. Rapport préparé par le Center for Community-Based Health Strategies.
- Afifi, Walid A. et Judith L. Weiner. 2006. Seeking information about sexual health: applying the theory of motivated information management. *Human Communication Research* 32, n° 1 : 35-57.
- Attfield, Simon J., Anne Adams et Ann Blandford. 2006. Patient information needs: pre and post-consultation. *Health Informatics Journal* 12, n° 2 : 165-177.
- Barrett, Michael, et Alexander McKay. 1998. Training in sexual health and STD prevention in Canadian medical schools. *Canadian Journal of Human Sexuality* 7, n° 4 : 305-320.
- Belkin, Nicholas J. 1980. Anomalous states of knowledge as a basis for information retrieval. *Canadian Journal of Information Science* 5 : 133-143.
- . 2005. Anomalous state of knowledge. In *Theories of Information Behavior*, sous la direction de Karen E. Fisher et coll., 44-48. Medford (New Jersey) : Information Today.
- Belkin, Nicholas J., Thomas Seeger et Gernot Wersig. 1983. Distributed expert problem treatment as a model for information system analysis and design. *Journal of Information Science* 5 : 153-167.
- Cambridge, Paul. 2003. Sexual health: the sexual health needs of people with learning disabilities. *Nursing Times* 99, n° 35 : 48-49.
- Cant, Sarah et Ursula Sharma. 1999. *A New Medical Pluralism?* Londres : UCL.
- Case, Donald O., James E. Andrews, David J. Johnson et Suzanne L. Allard. 2005. Avoiding versus seeking: the relationship of information seeking to avoidance,

- blunting, coping, dissonance, and related concepts. *Journal of the Medical Library Association* 93, n° 3 : 353-362.
- Cauvin, Pierre et Geneviève Cailloux. 2002. *Les types de personnalités : les comprendre et les appliquer avec le MBTI (indicateur typologique de Myers-Briggs)*. 3^e édition. Issy-les-Moulineaux : ESF.
- Chevret-Measson, Marie. 2004. Santé sexuelle. In *Dictionnaire de la sexualité humaine*, sous la direction de Philippe Brenot, 554-557. Bordeaux : L'esprit du temps.
- Choo, Chun Wei. 2000. Le traitement de l'information par les individus. In *L'art du management de l'information : gérer le savoir par les technologies de l'information*, sous la direction de Donald Marchand et Thomas Davenport, 240-247. Paris : Village Mondial.
- . 2006. *The Knowing Organization*. 2^e édition. New York : Oxford University Press.
- Choo, Chun Wei et Ethel Auster. 1993. Scanning the business environment: acquisition and use of information by managers. In *Annual Review of Information Seeking and Organizational Learning* 28, sous la direction de M. E. Williams, 279-314. Medford (New Jersey) : Learned Information.
- Clark, Louise L. et Mary S. O'Toole. 2007. Mental health. Intellectual impairment and sexual health: information needs. *British Journal of Nursing* 16, n° 3 : 154-156.
- Corbin, Juliet et Anselm Strauss. 1990. Grounded theory research: procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology* 13, n° 1 : 3-21.
- Corraze, Jacques. 2004a. Identité sexuelle. In *Dictionnaire de la sexualité humaine*, sous la direction de Philippe Brenot, 337-339. Bordeaux : L'esprit du temps.
- . 2004b. Orientation sexuelle. In *Dictionnaire de la sexualité humaine*, sous la direction de Philippe Brenot, 451-452. Bordeaux : L'esprit du temps.
- D'Alessandro et coll. 1999. Information needs and information seeking behaviours of on-call radiology residents. *Academic Radiology* 6 : 16-21.

- David-Ménard, Monique. 2004. Sexualité. In *Dictionnaire de la pensée médicale*, sous la direction de Dominique Lecourt, 1033-1037. Paris : Presses universitaires de France.
- Denzin, Norman K. et Yvonna S. Lincoln. 2003. *The Landscape of Qualitative Research : Theories and Issues*. 2^e édition. Thousand Oaks (Californie) : Sage.
- Dervin, Brenda. 1983. An overview of sense-making research: concepts, methods, and results to date. Communication présentée à la conférence annuelle de l'International Communication Association, Dallas (Texas).
- . 1989. Users as research inventions: how research categories perpetuate inequities. *Journal of Communication* 39, n^o 3 : 216-232.
- . 1992. From the mind's eye of the user: the sense-making qualitative-quantitative methodology. In *Qualitative Research in Information Management*, sous la direction de Jack D. Glazier et Ronald R. Powell, 61-84. Englewood (Connecticut) : Libraries Unlimited.
- Ellis, David. 1989a. A behavioral approach to information retrieval system design. *Journal of Documentation* 45, n^o 3 : 171-212.
- . 1989b. A behavioral model for information retrieval system design. *Journal of Information Science* 15, n^{os} 4 et 5 : 237-247.
- . 2005. Ellis's model of information seeking behavior. In *Theories of Information Behavior*, sous la direction de Karen E. Fisher et coll., 138-142. Medford (New Jersey) : Information Today.
- Ellis, David, Deborah Cox et Katherine Hall. 1993. A comparison of the information seeking patterns of researchers in the physical and social sciences. *Journal of Documentation* 49, n^o 4 : 356-369.
- Falk, Emily, Elizabeth Stanger et Ann Pederson. 2006. *Give it to me now: a report on how, where and from whom young adults in British Columbia would like to receive information and services related to sexual health*. The British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

- Festinger, Leon. 1957. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford (Californie) : Stanford University Press.
- Fikar, Charles R. et Latrina Keith. 2004. Information needs of gay, lesbian, bisexual, and transgendered health care professionals: results of an Internet survey. *Journal of the Medical Library Association* 92, n° 1 : 56-65.
- Fischer, Shelgah et Tony Oulton. 1999. The critical incident technique in library and information management research. *Education for Information* 17 : 113-125.
- Flanagan, John C. 1954. The critical incident technique. *Psychological Bulletin* 51, n° 4 : 327-358.
- Forrest, Simon, Vicky Strange, et Ann Oakley. 2004. What do young people want from sex education? The results of a needs assessment from a peer-led sex education programme. *Culture, Health and Sexuality* 6, n° 4 : 337-354.
- Fortin, Marie-Fabienne, José Côté et Françoise Filion. 2006. *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière.
- Frapplier, Jean-Yves et coll. 2008. Sex and sexual health: a survey of Canadian youth and mothers. *The Journal of the Canadian Paediatric Society* 13, n° 1 : 25-30.
- Garnier, Marcel et coll. 2004. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 28^e édition. Paris : Maloine.
- Goldner, Melinda. 2006. How health status impacts the types of information consumers seek online. *Information, Communication and Society* 9, n° 6 : 693-713.
- Gott, Meryn C. 2001. Sexual activity and risk-taking in later life. *Health and Social Care in the Community* 9 n° 2 : 72-78.
- Hardey, Michael. 2001. 'E-health': the Internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge. *Information, Communication and Society* 4, n° 3 : 388-405.
- Herson, Linda, Karen A. Hart, Marjorie J. Gordon, et Diana H. Rintala. 1999. Identifying and overcoming barriers to providing sexuality information in the clinical setting. *Rehabilitation Nursing* 24, n° 4 : 148-151.

- Institute of Medicine (U.S.). Committee on Health Literacy. 2004. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington : National Academies Press.
- Johnson, David J. 2003. On contexts of information seeking. *Information Processing and Management* 39 : 735-760.
- Johnson, David J., James E. Andrews et Suzie Allard. 2001. A model for understanding and affecting cancer genetics information seeking. *Library and Information Science Research* 23 : 335-349.
- Junco, Reynol et Jeanna Mastrodicasa. 2007. *Connecting to the Net.Generation: What Higher Education Professionals Need to Know About Today's Students*. Washington : NASPA.
- Kane, Roslyn, Wendy Macdowall et Kaye Wellings. 2003. Providing information for young people in sexual health clinics: getting it right. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 29, n° 3 : 141-145.
- Keller, Sarah N. et Heather La Belle. 2005. STDs.com: sexuality education online. *Education and Health* 23, n° 1 : 10-11.
- Kennedy, Evelyn P., et Cyndee MacPhee. 2006. Access to confidential sexual health services. *Canadian Nurse* 102, n° 7 : 29-31.
- Khechine, Hager, Daniel Pascot et Pierre Prémont. 2006. Le rôle de l'information sur Internet dans la consommation médicale : le cas des patients canadiens francophones et anglophones. *Systèmes d'information et management* 11, n° 3 : 3-35.
- Kirsch, Irwin S. 2001. The framework used in developing and interpreting the International Adult Literacy Survey. *European Journal of Psychology of Education* 16, n° 4 : 335-361.
- Kuhlthau, Carol Collier. 1993. A principle of uncertainty for information seeking. *Journal of Documentation* 49, n° 4 : 339-355.

- . 2005. Kuhlthau's information search process. In *Theories of Information Behavior*, sous la direction de Karen E. Fisher et coll., 230-234. Medford : Information Today.
- Langille, Donald B., Gail T. Murphy, Jean Hughes et Janet A. Rigby. 2001. Nova Scotia high school students' interactions with physicians for sexual health information and services. *Canadian Journal of Public Health* 92, n° 3 : 219-222.
- Lear, Dana. 1997. *Sex and Sexuality: Risk and Relationships in the Age of AIDS*. Thousand Oaks (Californie) : Sage.
- Lincoln, Yvonna. S. et Egon G. Guba. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park (Californie) : Sage
- Lindsey, B. J. et C. M. Saunders. 1999. College students' health interests: a comparison by ethnicity, gender, and other demographic variables. *Journal of Health Education* 30, n° 1 : 36-41.
- MacMullin, Susan E. et Robert S. Taylor. 1984. Problem dimensions and information traits. *The Information Society* 3, n° 1 : 91-111.
- Martin, Anne-Marie. 2006. Risk taking behaviours within sexual health. *Primary Health Care* 16, n° 10 : 31-34.
- Maslow Abraham H. 1963. The need to know and the fear of knowing. *Journal of General Psychology* 68 : 111-125.
- Maurel, Dominique. 2006. Les cadres intermédiaires et l'information : modélisation des comportements informationnels de cadres intermédiaires d'une municipalité en transformation. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- McKechnie, Lynne et Karen E. Pettigrew. 2002. Surveying the use of theory in library and information science research: A disciplinary perspective. *Library Trends* 50, n° 3 : 406-417.
- Miles, Michael B. et Matthew Huberman. 2003. *Analyse des données qualitatives*. 2^e édition. Paris : De Boeck.
- Organisation mondiale de la santé. 2006. *Defining sexual health*. Genève.

- Parsons, Talcott. 1951. *The Social System*. Glenco (Illinois) : Free Press.
- Patton, Michael Quinn. 2002. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3^e édition. Thousand Oaks (Californie) : Sage.
- Peate, Ian. 1999. Focus on sexual health: the need to address sexuality in older people. *British Journal of Community Nursing* 4, n^o 4 : 174-180.
- Ratzan, Scott C. et Ruth M. Parker. 2000. Introduction. In *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*, sous la direction de Catherine R. Selden et coll. Bethesda (Maryland) : National Library of Medicine.
- Reeves, C. et coll. 2006. Sexual health services and education: young people's experiences and preferences. *Health Education Journal* 65, n^o 4 : 368-379.
- Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Bureau de surveillance et de vigie. 2007. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec : année 2006 et projections 2007*.
- Quevauvilliers, Jacques, Alexandre Somogyi et Abe Fingerhut (dir.). 2007. *Dictionnaire médical*, 5^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Saracevic, Tefko. 1997. The stratified model of information retrieval interaction: extension and applications. Communication présentée à la conférence annuelle de l'American Society for Information Science, Washington.
- Savolainen, Reijo. 1995. Everyday life information seeking: approaching information seeking in the context of "way of life". *Library and Information Science Research* 17, n^o 3 : 259-294.
- Sligo, Frank X., and Anna M. Jameson. 2000. The knowledge-behavior gap in use of health information. *Journal of the American Society for Information Science* 51, n^o 9 : 858-869.
- Sonnenwald, Diane H. et Linda G. Pierce. 2000. Information behavior in dynamic group work contexts: interwoven situational awareness, dense social networks and contested collaboration in command and control. *Information Processing and Management* 36 : 461-479.

- Sweeney, Richard T. 2005. Reinventing library buildings and services for the millennial generation. *Library Administration and Management* 19, n° 4 : 165-175.
- Taylor, Bridget et Sally Davis. 2006. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard* 21, n° 11 : 35-40.
- Taylor, Robert S. 1968. Question-negotiation and information seeking in libraries. *College and Research Libraries* 29, n° 3 : 178-194.
- . 1986. *Value-Added Processes in Information Systems*. Norwood (New Jersey) : Ablex.
- . 1991. Information use environments. *Progress in Communication Sciences* 10 : 217-255.
- Teitelman, Anne M., et Carol J. Loveland-Cherry. 2004. Girls' perspectives on family scripts about sex-related topics and relationships: implications for promoting sexual health and reducing sexual risk. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children and Youth* 6, n° 1 : 59-90.
- Turner, Bryan S. 1995. *Medical power and social knowledge*. London : Sage.
- Urquhart, Christine et coll. 1997. Establishing the value of information to nursing continuing education. Boston Spa, Wetherby : British Library Document Supply Center.
- Urquhart, Christine et coll. 2003. Critical incident technique and explicitation interviewing in studies of information behavior. *Library and Information Science Research* 25 : 63-88.
- Vickberg, Suzanne M. J., Julia E. Kohn, Lydia. M. Franco, et Shannon Criniti. 2003. What teens want to know: sexual health questions submitted to a teen web site. *American Journal of Health Education* 34, n° 5 : 258-266.
- Vollaire, Christiane. 2004. Symptôme. In *Dictionnaire de la pensée médicale*, sous la direction de Dominique Lecourt, 1098-1104. Paris : Presses universitaires de France.

- Von Sadvoszky, Victoria, Cheryl K. Kovar, Carolyn Brown, et Molly Armbruster. 2006. The need for sexual health information: perceptions and desires of young adults. *The American Journal of Maternal Child Nursing* 31, n° 6 : 373-381.
- Von Sadvosky, Victoria et Nancy Ryan-Wenger N. 2007. Army women's sexual health information needs. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 36, n° 4 : 348-357.
- Warner, Dorothy A. et Drew Procaccino. 2004. Toward wellness: Women seeking healthcare information. Communication présentée à la Depository Library Council and Federal Depository Library Conference, Washington (DC).
- Wilson, Tom D. 1981. On user studies and information needs. *Journal of Documentation* 37, n° 1 : 3-15.
- . 1997. Information behaviour: an interdisciplinary perspective. *Information Processing and Management* 33, n° 4 : 551-572.
- Wilson, Tom D. et David R. Streatfield (1977). Information needs in local authority social services departments: an interim report on project INISS. *Journal of Documentation* 33, n° 4 : 277-293.
- Yin, Robert K. 2003. *Case Study Research : Design and Methods*. 3^e édition. Thousand Oaks (Californie) : Sage

Annexe 1 : Études répertoriées sur le comportement informationnel propre à la santé sexuelle

| Tableau 12 | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|-------|--------------|----------------|-----------------|----------------------|------------|---|-------------------------|--------------------|--------------------|
| Études recensées sur le comportement informationnel en santé sexuelle en fonction de la population et des fragments du comportement informationnel étudiés | | | | | | | | | | | |
| Caractéristiques des études Études | Population étudiée | | | | | | | Fragments du comportement informationnel étudié | | | |
| | Sexe | | Groupe d'âge | | | Autres | | Besoins informationnels | Recherche d'information | Facteurs cognitifs | Facteurs affectifs |
| | Homme | Femme | Adolescents | Jeunes adultes | Personnes âgées | Orientation sexuelle | Profession | | | | |
| Peate (1999) | X | X | | | X | | | | X | | X |
| Gott (2001) | X | X | | | X | | | X | X | | |
| Langille et coll. (2001) | X | X | X | | | | | | X | | X |
| Cambridge (2003) | X | X | | | | | | X | X | X | |
| Kane et coll. (2003) | X | X | X | | | | | | X | | X |
| Vickberg (2003) | X | X | X | | | | | X | | | |
| Fikar et Keith (2003) | X | X | | | | X | X | X | X | | |
| Forrest et coll. (2004) | X | X | X | | | | | X | | | |
| Teitelman et Loveland-Cherry (2004) | | X | X | | | | | | X | | |
| Keller et La Belle (2005) | X | X | X | | | | | | X | | |
| Affifi et Weiner (2006) | X | X | | X | | | | | X | | |
| Falk et coll. (2006) | X | X | | X | | | | X | X | | |
| Kennedy et MacPhee (2006) | | X | X | | | | | | X | | |
| Martin (2006) | X | X | X | | | X | | | X | | |
| Reeves et coll. (2006) | X | X | X | | | | | | X | | |
| Taylor et Davis (2006) | X | X | | | | | | | X | | |
| Von Sadovsky et coll. (2006) | X | X | | X | | | | X | | | |
| Clark et O'Toole (2007) | X | X | | | | | | X | | X | |
| Von Sadovsky et coll. (2007) | | X | | | X | | X | X | | | |

Annexe 2 : Documents relatifs à la collecte de données

| | |
|-----------------------------------|------|
| Formulaire de consentement | iii |
| Guide d'entrevue | v |
| Feuille de réponses | viii |
| Questionnaire démographique | xi |

Formulaire de consentement

Titre de la recherche : Le comportement informationnel des jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle

Chercheur : Alexandre Fortier, étudiant à la maîtrise en sciences de l'information, École de bibliothéconomie et des sciences de l'information, Université de Montréal

Directrice de recherche : Christine Dufour, professeure adjointe, École de bibliothéconomie et des sciences de l'information, Université de Montréal

Codirectrice de recherche : Pierrette Bergeron, professeure agrégée, École de bibliothéconomie et des sciences de l'information, Université de Montréal

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Ce projet de recherche vise à dresser un portrait des besoins informationnels des jeunes adultes québécois en santé sexuelle et à comprendre comment ces jeunes adultes parviennent à répondre à ces besoins.

2. Participation à la recherche

Votre participation à cette recherche consiste à :

- 1) Participer à une entrevue individuelle d'une durée d'environ 1 heure où vous serez amené à relater une situation passée où vous avez eu des besoins d'information relatifs à votre santé sexuelle. Cette entrevue sera enregistrée.
- 2) Remplir un questionnaire où vous devrez donner des informations démographiques.

3. Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un numéro et seul le chercheur aura la liste des participants et des numéros qui leur auront été attribués. De plus, les renseignements seront conservés sous clé dans un bureau fermé. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Ces renseignements personnels seront détruits 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette date.

4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur le comportement informationnel des jeunes adultes québécois en santé sexuelle.

Par contre, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec le chercheur. S'il y a lieu, le chercheur pourra vous recommander à une personne-ressource.

5. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur, à l'adresse courriel indiquée à la dernière page

de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

B) CONSENTEMENT

1. Participant

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche. Je reconnais avoir 18 ans ou plus.

Après réflexion, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

2. Chercheur

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature : _____ Date : _____

Nom : Fortier Prénom : Alexandre

Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec Alexandre Fortier, étudiant à la maîtrise, à l'adresse courriel suivante : <a.fortier@umontreal.ca>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone 514 343-2100 ou à l'adresse courriel suivante : <ombudsman@umontreal.ca>. L'ombudsman accepte les appels à frais virés.

Un exemplaire du formulaire de consentement signé doit être remis au participant.

Étude sur le comportement informationnel
des jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle

Guide d'entrevue

Introduction

Remerciements

Rappel du projet

- Ce projet de recherche, intitulé « Le comportement informationnel des jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle », est réalisé dans le cadre de la maîtrise en sciences de l'information sous la direction de Christine Dufour et de Pierrette Bergeron.
- Son objectif est d'explorer le comportement informationnel des jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle. La « santé sexuelle » comprend tout ce qui se rapporte à l'expérience de bien-être physique, émotionnel, mental et social touchant la sexualité.

Présentation des conditions de confidentialité et du formulaire de consentement

- Lire le formulaire de consentement au participant, lui offrir de répondre à ses questions à ce point-ci, puis lui demander de signer le formulaire.
- Demander au participant la permission d'enregistrer l'entrevue.
- Informer le participant qu'il peut interrompre l'intervieweur à tout moment pendant l'entrevue afin de lui poser des questions, et qu'il est libre de ne pas répondre à certaines questions ou d'arrêter l'entrevue à tout moment.

Présentation du déroulement de l'entrevue

- Indiquer au participant que l'entrevue durera environ 1 heure.
- Indiquer au participant qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, que celles-ci sont en fonction de sa situation spécifique et qu'il est l'expert.
- Dans un premier temps, je vous demanderai de penser à une situation récente où vous avez eu besoin d'information en matière de santé sexuelle. Je vous demanderai de décrire le contexte de cette situation et les besoins informationnels qui y étaient reliés. Puis, je vous demanderai de décrire les sources d'information utilisées pour répondre à ses besoins et l'utilisation qui a été faite de l'information trouvée.

- Dans un second temps, je vous demanderai de remplir un court questionnaire démographique.

Questions sur une situation relative à la santé sexuelle

Nous allons maintenant commencer l'entrevue.

Je vous demanderais maintenant de penser à une situation récente, c'est-à-dire ayant eu lieu au cours des six derniers mois, où vous avez eu besoin d'information en matière de santé sexuelle. Je vous rappelle que par « santé sexuelle » j'entends tout ce qui se rapporte à l'expérience de bien-être physique, émotionnel, mental et social touchant la sexualité.

Je vais vous laisser quelques minutes pour y penser. Soyez bien à l'aise de prendre tout le temps qu'il vous faudra pour vous remémorer les faits. Dites-le-moi quand vous serez prêt à poursuivre l'entrevue.

1. Pouvez-vous me décrire cette situation afin que je la comprenne bien?
2. Quelles questions vous posiez-vous au moment où vous viviez cette situation?
3. Comment perceviez-vous le niveau de difficulté lié à la résolution de cette situation?
4. Quelle importance accordiez-vous à la résolution de cette situation?
5. Comment vous sentiez-vous par rapport à cette situation?
6. Pouvez-vous me préciser quelles sont les sources d'information que vous avez consultées pour obtenir la réponse que vous cherchiez? (S'agit-il de toutes les sources que vous avez consultées?)
7. L'ordre dans lequel vous venez de me présenter ces sources d'information correspond-il à l'ordre dans lequel vous les avez consultées?
8. (Si non) Dans quel ordre les avez-vous consultées?
9. Y a-t-il des sources d'information que vous avez pensé à consulter, sans toutefois le faire?
10. (Si oui) Quelles sont-elles et pourquoi ne les avez-vous pas consultées?
11. Y a-t-il des sources d'information que vous avez tenté de consulter, sans toutefois y parvenir?
12. (Si oui) Quelles sont-elles et pourquoi n'avez-vous pas réussi à les consulter?

13. Quelle réponse espériez-vous obtenir en consultant les sources d'information que vous avez consultées?
14. Où avez-vous trouvé votre réponse? (Peut s'agir d'un ou de plusieurs endroits.)
15. Dans quelle mesure considériez-vous que cette réponse était complète?
16. Comment avez-vous utilisé l'information? (Qu'avez-vous fait avec cette information après l'avoir utilisée?)

Questionnaire démographique

(Inscrire le code du participant sur le questionnaire démographique et le lui remettre.)

Je vous demanderais maintenant de prendre quelques minutes pour remplir le questionnaire démographique suivant. N'hésitez pas à me poser des questions si vous souhaitez obtenir des précisions. Je vous rappelle que vous êtes libre de ne pas répondre.

Conclusion

Remerciements

Étude sur le comportement informationnel
des jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle

Feuille de réponses

Identification

Code du participant

Date de l'entrevue

Heure du début

Heure de la fin

Nom de l'intervieweur

Alexandre Fortier

Je vous demanderais maintenant de penser à une situation récente, c'est-à-dire ayant eu lieu au cours des six derniers mois, où vous avez eu besoin d'information en matière de santé sexuelle. Je vous rappelle que par « santé sexuelle » j'entends tout ce qui se rapporte à l'expérience de bien-être physique, émotionnel, mental et social touchant la sexualité.

Je vais vous laisser quelques minutes pour y penser. Soyez bien à l'aise de prendre tout le temps qu'il vous faudra pour vous remémorer les faits. Dites-le-moi quand vous serez prêt à poursuivre l'entrevue.

1. Pouvez-vous me décrire cette situation afin que je la comprenne bien?

2. Quelles questions vous posiez-vous au moment où vous viviez cette situation?

3. Comment perceviez-vous le niveau de difficulté lié à la résolution de cette situation?

4. Quelle importance accordiez-vous à la résolution de cette situation?

5. Comment vous sentiez-vous par rapport à cette situation?

6. Pouvez-vous me préciser quelles sont les sources d'information que vous avez consultées pour obtenir la réponse que vous cherchiez? (S'agit-il de toutes les sources que vous avez consultées?)

7. L'ordre dans lequel vous venez de me présenter ces sources d'information correspond-il à l'ordre dans lequel vous les avez consultées?

8. (Si non) Dans quel ordre les avez-vous consultées?

9. Y a-t-il des sources d'information que vous avez pensé à consulter, sans toutefois le faire?

10. (Si oui) Quelles sont-elles et pourquoi ne les avez-vous pas consultées?

11. Y a-t-il des sources d'information que vous avez tenté de consulter, sans toutefois y parvenir?

12. (Si oui) Quelles sont-elles et pourquoi n'avez-vous pas réussi à les consulter?

13. Quelle réponse espériez-vous obtenir en consultant les sources d'information que vous avez consultées?

14. Où avez-vous trouvé votre réponse? (Peut s'agir d'un ou de plusieurs endroits.)

15. Dans quelle mesure considériez-vous que cette réponse était complète?

16. Comment avez-vous utilisé l'information? (Qu'avez-vous fait avec cette information après l'avoir utilisée?)

Étude sur le comportement informationnel
des jeunes adultes québécois en matière de santé sexuelle

Questionnaire démographique

Code du participant _____

Répondez à chacune des questions suivantes en cochant le choix qui vous paraît le plus approprié.

1. À quel sexe vous identifiez-vous?

- Femme
- Homme
- Préfère ne pas répondre

2. Quel âge avez-vous actuellement?

- Moins de 18 ans
- 18 ans
- 19 ans
- 20 ans
- 21 ans
- 22 ans
- 23 ans
- 24 ans
- 25 ans
- Plus de 25 ans
- Préfère ne pas répondre

3. À quelle orientation sexuelle vous identifiez-vous?

- Hétérosexuelle
- Homosexuelle
- Bisexuelle
- Autre : _____
- Préfère ne pas répondre

Annexe 3 : Guide de codification

Situations problématiques

Types

\\Symptôme physique subjectif : La situation problématique est un phénomène (troubles, changement d'état, etc.) que perçoit un patient en lien avec un ou plusieurs aspects de sa santé physique (Garnier et coll. 2004; Quevauvilliers et coll. 2007; Vollaire 2004). Par exemple : un inconfort, une douleur, une rougeur, une démangeaison, un retard dans le cycle menstruel, une dysfonction érectile, etc.

\\Événement à risques : La situation problématique est un événement dont les conséquences peuvent présenter un danger pour la santé du participant. Par exemple, une relation sexuelle non protégée.

\\Acquisition passive d'information : La situation problématique est liée à la découverte par le participant d'un risque potentiel pour sa santé. Par exemple, un partenaire infecté. (Obtention d'information passive)

Dimensions

\\Situation nouvelle : La situation problématique est nouvelle, non familière. Il s'agit d'une situation à laquelle le participant fait face pour une première fois. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Situation familière : La situation problématique est familière. Il s'agit d'une situation face à laquelle le participant a déjà fait face. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Résolution liée à la découverte : La résolution de la situation problématique est liée à la découverte d'une solution existante. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Résolution liée à la conception : La résolution de la situation problématique est liée à la conception d'une solution sur mesure. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Contraintes internes : La situation problématique provient d'un facteur interne au participant. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Contraintes externes : La situation problématique provient d'un facteur externe au participant. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Situation simple : La situation problématique ne comporte que peu de variables. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Situation complexe : La situation problématique comprend plusieurs variables interreliées. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Situation bien structurée : Les variables propres à la situation problématique sont comprises du participant. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Situation mal structurée : Les variables propres à la situation problématique ne sont pas comprises du participant. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Risques faibles : La situation problématique comporte des risques jugés faibles par le participant. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Risques élevés : La situation problématique comporte des risques jugés élevés par le participant. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Risques inconnus : Le participant ignore le niveau de risque de sa situation problématique.

\\Objectifs précis : La situation problématique possède des objectifs précis, bien définis. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Objectifs flous : La situation problématique possède des objectifs qui sont flous, imprécis, mal définis. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Situation initiale comprise : Le point de départ (la cause) de la situation problématique est compris du participant. (MacMullin et Taylor 1984)

\\Situation initiale non comprise : Le point de départ (la cause) de la situation problématique n'est pas compris du participant. (MacMullin et Taylor 1984)

Besoins informationnels

Catégories

\\État de santé actuel : Interrogation du participant sur son état de santé suite à sa situation problématique. Par exemple : Suis-je malade? Suis-je infecté? Suis-je *clean*? Ai-je attrapé quelque chose?

\\Conséquences possibles : Interrogation du participant sur les conséquences possibles de sa situation problématique.

\\Remèdes : Interrogation du participant sur les remèdes liés à sa situation problématique ou aux conséquences possibles de sa situation problématique.

Recherche d'information

Types de sources d'information

\\Source professionnelle : La source consultée est un professionnel de la santé reconnu dans son domaine d'expertise par la législation (un médecin ou une infirmière, par exemple) ou émane d'un tel professionnel (le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada ou une brochure produite par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, par exemple). (Turner 1995; Hardey 2001)

\\Source profane : La source consultée n'est pas un professionnel de la santé reconnu dans son domaine d'expertise par la législation ni n'émane d'un tel professionnel. (Turner 1995; Hardey 2001)

\\Source personnelle : La source communique directement l'information à un individu. Par exemple, lors d'une conversation, dans un message écrit. (Choo et Auster 1993)

\\Source impersonnelle : La source est destinée à communiquer l'information à un public. Par exemple, une conférence, un livre, un pamphlet, un article, une pancarte. (Choo et Auster 1993)

\\Source verbale : La source transmet l'information de personne à personne sans passer par un autre support. Par exemple, lors d'un entretien, d'un appel téléphonique, d'une conférence.

\\Source documentaire : La source transmet l'information par le biais d'un support. Par exemple, un courriel, un article, un site Web, une pancarte.

Catégories d'activités de recherche d'information

\\Débuter : Cette catégorie comporte les activités qui concernent la recherche initiale telle l'identification des sources potentiellement intéressantes. Ces sources peuvent être familières ou non. (Ellis 2005)

\\Enchaîner : Cette catégorie comporte le passage à de nouvelles sources à partir des références contenues dans une source. (Ellis 2005)

\\Butiner : Cette catégorie comprend des recherches semi-dirigées sur un sujet potentiellement intéressant, telles la lecture de tables des matières et de résumés, la recherche dans les listes de vedettes-matière, l'arpentage physique des rayons d'une bibliothèque ou d'une liste de ressources. (Ellis 2005)

\\Différencier : Cette catégorie comprend l'utilisation des différences entre les sources pour identifier la nature et la qualité du matériel examiné. (Ellis 2005)

\\Surveiller : Cette catégorie comprend la surveillance de certaines sources de manière à connaître les récents développements dans un domaine. (Ellis 2005)

\\Extraire : Cette catégorie comprend l'étude systématique d'une source de manière à trouver de nouvelles informations. (Ellis 2005)

Facteurs

\\Barrière affective : Facteur lié aux émotions du participant nuisant à sa recherche d'information. Par exemple, le manque de confiance dans une source d'information.

\\Barrière cognitive : Facteur lié aux connaissances ou aux compétences informationnelles du participant nuisant à sa recherche d'information. Par exemple, un manque de connaissance ou l'incapacité de comprendre une information.

\\Barrière contextuelle : Facteur lié à l'environnement d'utilisation du participant nuisant à sa recherche d'information. Par exemple, l'impossibilité de consulter une source d'information.

\\Faciliteur affectif : Facteur lié aux émotions du participant aidant à sa recherche d'information. Par exemple, la confiance dans une source d'information.

\\Faciliteur cognitif : Facteur lié aux connaissances ou aux compétences informationnelles du participant aidant à sa recherche d'information. Par exemple, une bonne connaissance.

\\Faciliteur contextuel : Facteur lié à l'environnement d'utilisation du participant aidant à sa recherche d'information. Par exemple, l'accès particulier à une source d'information.

Utilisation de l'information

Catégories d'utilisation de l'information

\\Éclaircissement ou développement du contexte d'un problème (enlightment) : l'information est utilisée pour se faire une idée de la situation problématique, pour connaître le contexte de cette situation. Cette information de contexte permet de répondre à des questions du type : « Existe-t-il des situations similaires? Quelles sont-elles? [...] Ce que Dervin appelle : « Got pictures, ideas, understandings. » (Maurel 2006 d'après Taylor 1991; Dervin 1983, 1989; Choo 2000)

\\Compréhension du problème (problem understanding) : l'information est utilisée de façon plus spécifique pour comprendre un problème ou sujet particulier. Elle répond à des questions de type « pourquoi » qui demandent de l'interprétation des données et du jugement quant à sa pertinence. Ce que Dervin appelle : « Able to plan. » (Maurel 2006 d'après Taylor 1991; Dervin 1983, 1989; Choo 2000)

\\Acquisition de nouvelles habiletés (savoir-faire) (instrumental) : L'information est utilisée pour que l'individu puisse intégrer de nouvelles habiletés afin de savoir quoi faire et comment le faire. Ce que Dervin appelle « Got skills. » (Maurel 2006 d'après Taylor 1991; Dervin 1983, 1989; Choo 2000)

\\Acquisition de données factuelles pour bien connaître un sujet (factual) : l'information est utilisée pour décrire un phénomène, un événement, une réalité. L'individu a besoin de données précises, dont l'utilisation dépend de leur qualité (ou à tout le moins de leur qualité perçue). (Maurel 2006 d'après Taylor 1991; Dervin 1983, 1989; Choo 2000)

\\Confirmation d'un autre élément d'information (confirmational) : l'information est utilisée pour vérifier, valider, confirmer une autre information, ce qui implique souvent de faire appel à une deuxième opinion. Ce que Dervin appelle « Got support, reassurance, confirmation. » (Maurel 2006 d'après Taylor 1991; Dervin 1983, 1989; Choo 2000)

\\Prédiction d'événements (projective) : l'information est utilisée pour prédire des événements susceptibles de se produire dans l'avenir. Il s'agit souvent de prévisions, estimations, probabilités. (Maurel 2006 d'après Taylor 1991; Dervin 1983, 1989; Choo 2000)

\\Automotivation ou persévérance de son engagement (motivational) : l'information est utilisée par l'individu pour provoquer ou soutenir sa motivation personnelle dans une situation spécifique. Ce que Dervin appelle : « Kept going. » (Maurel 2006 d'après Taylor 1991; Dervin 1983, 1989; Choo 2000)

\\Contrôle personnel ou politique (personal or political) : l'information est utilisée pour développer ses relations, pour améliorer son statut social, sa réputation et son épanouissement personnel, ou encore pour contrôler. Ce que Dervin appelle « Got control », « Got out of a bad situation », « Got pleasure ». (Maurel 2006 d'après Taylor 1991; Dervin 1983, 1989; Choo 2000)