

2 m 11. 3101. 3

Université de Montréal

11421683
V.001

L'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle chez les
adolescents-es espagnols-es en regard de l'utilisation du *Double Dutch*

par

Óscar Hernández

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.) en sciences infirmières

Août 2003

© Óscar Hernández, 2003



WY
5
U58
2004
v.001

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

L'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle chez des adolescents-es espagnols-es en regard de l'utilisation du *Double Dutch*

présenté par

Óscar Hernández

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Michel Perreault, Ph.D., président du jury

Céline Goulet, Ph.D., directrice de recherche

France Dupuis, M.Sc., membre du jury

Mémoire accepté le: 17 novembre 2003

SOMMAIRE

La période de l'adolescence s'accompagne de changements très rapides aux plans biologique, psychologique, social et personnel. C'est aussi durant cette période, et surtout à l'adolescence précoce, que les garçons et les filles atteignent leur maturité sexuelle et ont leurs premières relations sexuelles. Toutefois, ils adoptent souvent des comportements à risque en n'utilisant pas de méthodes contraceptives. La pratique contraceptive contemporaine englobe maintenant la régulation de la fécondité et la protection contre les MTS et le sida. Les méthodes contraceptives les plus utilisées, chez les adolescents-es, sont le condom et la pilule. La tendance actuelle, par rapport aux méthodes contraceptives, est de recommander l'utilisation combinée du condom et de la pilule appelée *Double Dutch*. Cette dernière a l'avantage à la fois de prévenir la grossesse et les maladies transmissibles sexuellement, en plus d'augmenter l'efficacité de la contraception.

En Espagne, les études sur la contraception chez les adolescents-es sont très rares. Celles produites ne considèrent pas les éléments qui, selon Ajzen (1991), influencent l'adoption du comportement ; en tenant compte de cet aspect, la Théorie du comportement planifié a servi de cadre de référence à l'étude et de guide pour l'élaboration du questionnaire, afin de répondre aux questions de recherche suivantes: (1) Quelle est l'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle d'élèves espagnols de 15-16 ans par rapport à l'utilisation du *Double Dutch* ? (2) Est-ce que l'intention, l'attitude, la norme subjective, la

perception du contrôle du comportement, face à l'utilisation de la méthode *Double Dutch* chez des élèves de 15-16 ans, varient en fonction des variables externes (genre, type de lycée, niveau socio-économique et avoir eu des relations sexuelles) ? (3) Quelle est la nature (la force et la direction) des relations entre l'intention d'utiliser la méthode *Double Dutch* chez des élèves de 15-16 ans et leurs attitude, norme subjective et perception du contrôle du comportement face à son adoption ?

Les participants à l'étude ont été recrutés dans dix centres d'Enseignement Secondaire Obligatoire de la ville de Sadbell, Espagne, auprès d'élèves inscrits en quatrième année d'ESO, puisque c'est à ce niveau que se retrouvent les jeunes de 15 et 16 ans. Deux cent quatre-vingt-un adolescents-es ont complété le questionnaire.

Les résultats des analyses statistiques effectuées permettent de conclure qu'en général les adolescents-es de la ville de Sabadell possèdent une intention, une attitude et une norme subjective favorables à l'utilisation du *Double Dutch*. Par contre, la perception du contrôle perçu ne joue pas un rôle significatif sur l'adoption de cette méthode. Les adolescents-es sont plus préoccupés-es par la prévention de la grossesse que par les MTS. Contrairement aux écrits américains, les référents les plus importants pour eux-elles sont, en premier lieu, les parents suivis des amis-es et les résultats indiquent qu'à cet âge, ils-elles ont tendance à tenir compte de l'opinion de leurs référents. L'attitude et la norme subjective expliquent partiellement et indépendamment l'intention d'utiliser le *Double Dutch*. D'autres variables non mesurées semblent influencer l'adoption de ce comportement.

Ces résultats nous amènent à émettre des recommandations qui visent l'amélioration des connaissances des adolescents-es face à l'utilisation de la méthode *Double Dutch*, tout en encourageant l'adoption d'un comportement sain et responsable face à leur sexualité. Un des rôles clés des infirmières auprès de cette population est la promotion de la santé.

SUMMARY

With adolescence, comes along very fast biological, psychological, social and personal changes. It is also during this lifeperiod, and mainly at its premature stage, that boys and girls reach their sexual maturity and initiate their sexual encounters. However, they very frequently adopt risk behaviors as they tend not to use any contraceptive methods. Nowadays, contraceptive practices comprise fertility regulation as well as protection against Sexually Transmitted Diseases (STD's) and Acquired Inmuno-Deficiency Syndrome (AIDS). The condom and the pill are the most frequently used contraceptive methods among adolescents. Today's trend in relation to contraceptive methods is to recommend the combined utilization of condom and pill. In comparison to other methods, this last one, known as the Double Dutch method, has the advantage of preventing pregnancy and STD's, at the same time it increases the efficiency of contraception.

We were able to find very few studies on adolescents' contraception developed within the Spanish context. Those that we had access to did not take into consideration the elements that, following Ajzen's Theory of Planned Behavior (1991), seem to have an influence over the performance of a certain behavior. Bearing this aspect in mind, the Theory of Planned Behavior constituted the frame of reference as well as the guide for elaborating the measuring instrument for the study. The research questions for this study were: (1) Which is the 15-16 year-old Spanish students' intention, attitude, subjective norm and perceived behavioral control towards the utilization of the Double Dutch method?, (2) Do intention,

attitude, subjective norm and perceived behavioral control toward the utilization of the Double Dutch method of a sample of 15-16 year-old Spanish students vary along with the external variables (gender, sort of educational institution, socio-economical status and having initiated sexual relationships)?, and (3) What is the nature (the strength and the direction) of the relationship between the 15-16 year-old adolescents' intention to use the Double Dutch method and their attitude, subjective norm and perceived behavioral control toward its adoption?

Participants were recruited in ten secondary schools, among the fourth year students who, at this year of their education process turn 15 or 16. Two hundred and twenty-one students completed the questionnaire.

The results of the statistical analyses indicate that, in general, adolescents in Sabadell City show favorable intention, attitude and subjective norm with respect to the utilization of the Double Dutch method. On the contrary, the perception of perceived control does not seem to play any significant role over the performance of this method. The adolescents seem to be more worried about pregnancy prevention than about STDs' prevention. Contradicting previous American studies, parents seem to be the most important reference people for adolescents, followed by their friends; the results show that at this age, adolescents tend to take into consideration these reference people's opinion. The attitude and the subjective norm partially and independently explain the intention to use the Double Dutch method. Other non-measured variables seem to have an influence over the performance of this behavior.

These results invite us to set out several recommendations for improving adolescents' knowledge regarding the utilization of the Double Dutch method, as they are encouraged to adopt a healthy and responsible behavior in relation to their sexuality/sexual activity/life. Health promotion constitutes one of nurses' key roles when working with this population.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire.....	iii
Summary.....	vi
Table des matières.....	ix
Liste des tableaux.....	xiii
Liste des figures.....	xv
Remerciements.....	xvi
Problématique.....	1
But de l'étude.....	9
Questions de recherche.....	10
Recension des écrits.....	11
L'adolescence.....	12
Contexte historique.....	13
Définition.....	15
Étapes de l'adolescence.....	17
Début de l'adolescence.....	17
Mi-adolescence.....	19
Fin de l'adolescence.....	20
L'adolescence et la sexualité.....	22
Définition.....	22
Le comportement sexuel.....	24
Définition.....	25
Types de comportements sexuels.....	25

Relations sexuelles chez les adolescentes.....	25
L'adolescence et la contraception.....	30
Contexte historique.....	30
Définition et rôle.....	31
Évolution du rôle.....	32
Utilisation des méthodes contraceptives.....	33
Conséquence de la non-utilisation des méthodes contraceptives....	35
Grossesse non-désirée.....	36
Maladies transmissibles sexuellement.....	37
Sida.....	38
Facteurs qui influencent l'utilisation des méthodes contraceptives...	39
Plan personnel.....	40
Plan familial.....	43
Plan social.....	43
La théorie du comportement planifié.....	45
Comportement.....	46
Intention.....	48
Attitude.....	48
Norme subjective.....	49
Perception du contrôle perçu.....	50
Méthode.....	53
Devis de l'étude.....	54
Milieu et population.....	54
Participants à l'étude.....	56

Instruments de mesure.....	57
L'intention.....	58
Attitude.....	58
Norme subjective.....	59
Perception du contrôle perçu.....	60
Variables externes.....	61
Validité.....	62
Fiabilité.....	62
Déroulement de l'étude.....	63
Analyses statistiques.....	63
Considérations d'ordre éthique.....	64
Résultats.....	65
Première question de recherche.....	66
L'intention.....	66
L'attitude.....	68
Croyances comportementales.....	68
Évaluation.....	69
Attitude.....	72
La norme subjective.....	75
Référents.....	75
Croyances normatives.....	76
Motivation à se conformer.....	77
Norme subjective.....	78
La perception du contrôle perçu.....	79

Croyances de contrôle (c).....	79
Pouvoir perçu (p).....	80
Deuxième Question de Recherche.....	83
L'intention.....	83
L'attitude.....	85
La norme subjective.....	86
La perception du contrôle perçu.....	87
Troisième question de recherche.....	87
Variables qui influencent les relations sexuelles et la contraception.....	89
Discussion	
Échantillon.....	97
Première question de recherche.....	99
Deuxième question de recherche.....	102
Troisième question de recherche.....	104
Variables qui influencent les relations sexuelles et la contraception.....	106
Forces et limites de l'étude.....	108
Recommandations pour la clinique.....	110
Recommandations pour la recherche.....	111
Conclusion.....	113
Références.....	115
Appendice A: Formulaire de consentement.....	xvii
Appendice B: Questionnaire version française.....	xix
Appendice C: Questionnaire version espagnole.....	xxix

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1:	Distribution de l'intention des adolescents-es face à l'utilisation du Double Dutch.....	67
Tableau 2:	Statistiques descriptives des croyances comportementales des adolescents-es face à l'utilisation du Double Dutch.....	70
Tableau 3:	Statistiques descriptives de l'évaluation de la conséquence des adolescents-es face à l'utilisation du Double Dutch.....	71
Tableau 4:	Statistiques descriptives des attitudes des adolescentes-es face aux avantages de l'utilisation du Double Dutch.....	73
Tableau 5:	Statistiques descriptives des attitudes des adolescentes-es face aux désavantages de l'utilisation du Double Dutch.....	74
Tableau 6:	Distribution des référents.....	76
Tableau 7:	Distribution des adolescents-es en fonction de leur opinion.....	77
Tableau 8:	Distribution des adolescents-es en fonction de leur tendance à se conformer.....	78
Tableau 9:	Distribution de la perception du contrôle perçu des adolescents-es face à l'utilisation du Double Dutch.....	79
Tableau 10:	Statistiques descriptives des croyances de contrôle des adolescents-es face à l'utilisation du Double Dutch.....	81
Tableau 11:	Statistiques descriptives du pouvoir perçu des adolescents-es face à l'utilisation du Double Dutch.....	82
Tableau 12:	Statistiques descriptives de l'intention des adolescents-es d'utiliser la méthode Double Dutch en fonction des variables externes.....	84

Tableau 13: Statistiques descriptives des attitudes des adolescents-es d'utiliser la méthode Double Dutch en fonction des variables externes.....	85
Tableau 14: Statistiques descriptives de la norme subjective des adolescents-es d'utiliser la méthode Double Dutch en fonction des variables externes.....	86
Tableau 15: Statistiques descriptives de la perception du contrôle perçu des adolescents-es d'utiliser la méthode Double Dutch en fonction des variables externes.....	87
Tableau 16: Statistiques descriptives de l'intention des adolescents-es d'utiliser la méthode Double Dutch en fonction des variables.....	88
Tableau 17: Distribution des méthodes contraceptives.....	90
Tableau 18: Distribution des méthodes contraceptives faciles à utiliser.....	91
Tableau 19: Statistiques descriptives de se sentir bien à l'aise avec des méthodes contraceptives.....	91
Tableau 20: Statistiques descriptives de l'efficacité des méthodes contraceptives pour prévenir la grossesse.....	92
Tableau 21: Statistiques descriptives de l'efficacité des méthodes contraceptives pour prévenir des MTS.....	93
Tableau 22: Distribution des sources d'information des adolescents-es.....	94
Tableau 23: Distribution de l'accessibilité.....	94

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schéma de la Théorie du comportement planifié.....47

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au soutien, à la confiance et à l'encouragement de plusieurs personnes. En premier lieu, je voudrais remercier *l'Instituto de Salud Carlos III* et, en particulier, Madame Maite Moreno qui m'a donné l'opportunité de poursuivre mes études à l'Université de Montréal en m'octroyant une bourse.

Je tiens à exprimer ma gratitude à l'Hôtel de Ville de Sabadell pour son appui et aux Centres d'Enseignement Secondaire m'ayant généreusement ouvert leurs portes. Des remerciements spéciaux s'adressent aussi aux adolescents qui ont accepté de participer de bon gré à ce projet.

Je remercie les personnes qui ont partagé cette expérience avec moi et qui ont vécu directement tout le processus, plus particulièrement Mesdames Amaia Saéñz de Ormijana et Ana Reguera. D'autre part, je voudrais étendre ces remerciements à ma famille pour tout l'encouragement soutenu pendant ces années d'études. Merci à Madame Sylvie Lauzon pour le partage de ses connaissances et pour sa contribution à ma formation.

Finalement, et au-dessus de tout, je voudrais exprimer ma grande reconnaissance envers Madame Céline Goulet, Ph. D., ma directrice de mémoire, qui m'a guidé et soutenu tout au long du développement de ce projet de recherche. Je reconnais l'importance de sa contribution à ma formation, tant aux plans académique, que professionnel et personnel. Son soutien et ses conseils ont été indispensables pour la finalisation de ce mémoire. Merci de tout cœur.

PROBLÉMATIQUE

La période de l'adolescence s'accompagne de changements très rapides aux plans biologique, psychologique, social et personnel (Courtecuisse, 1992). C'est durant cette période, et surtout à l'adolescence précoce, que les garçons et les filles atteignent leur maturité sexuelle et vivent leurs premières expériences sexuelles (Deschamps, Frappier, Marcelli & Tursz, 1997). C'est aussi à cette étape de la vie qu'ils adoptent des comportements à risque, entre autres, en n'utilisant pas ou peu de méthodes contraceptives (Deschamps, et al., 1997).

Quand on parle d'activité sexuelle chez les adolescents-es, on doit aborder le sujet de l'âge au moment de la première relation sexuelle. Il faut souligner qu'il n'y a pas de consensus dans les écrits par rapport à l'âge moyen de la première relation sexuelle. Selon Díaz-Gómez, Barroso, Hernández, Romero, Daroqui, et Novo (2000), chez les garçons espagnols l'âge moyen est descendu de 16.5 ans \pm 1.6 en 1992 à 15.7 ans \pm 1.7 en 2000 et chez les filles espagnoles de 17.2 ans \pm 1.7 en 1992 à 16.5 ans \pm 1.5. Cette tendance est aussi observée au Québec où les relations sexuelles complètes surviennent à un âge de plus en plus jeune (Institut de la statistique du Québec, 1998).

Lorsqu'on parle d'activité sexuelle chez les adolescents-es, il est également nécessaire de parler de contraception. Selon Martin et Wu (2000), les méthodes contraceptives les plus utilisées chez les adolescents-es sont le condom et la pilule. De nos jours, on préconise même l'utilisation combinée de ces deux méthodes, communément appelée *Double Dutch*, laquelle a l'avantage à la fois de prévenir la grossesse et les maladies transmissibles sexuellement. Brouillette et

Perreault (1990) affirment que le fait d'utiliser le condom et de prendre la pilule de façon combinée a un bénéfice direct sur la prévention de la grossesse non désirée et offre comme bénéfice secondaire d'agir comme moyen prophylactique contre les maladies transmissibles sexuellement et le VIH. C'est pourquoi les services de planification familiale la recommande comme méthode contraceptive la plus adéquate pour les adolescents-es (Moore, 2000; SOGC, 2000).

Force est de constater, toutefois, qu'un fort pourcentage d'adolescents-es espagnols n'utilisent pas ou peu de méthodes contraceptives comme le rapportent Dicenso et Griffith (1998). Bien que les statistiques varient d'une étude à l'autre, les plus récentes montrent que 64% des adolescents-es espagnols n'utilisent aucune méthode contraceptive sûre lors de leur première relation sexuelle, 33% aucun contraceptif et 31% le coït interrompu (Fernández, Lupión, Bilbao, Porras, Sáez, & Rodríguez, 1998). Selon l'enquête Schering (1999) sur l'utilisation des méthodes contraceptives en Espagne, les jeunes de 15-19 ans utilisent le condom dans une proportion de 14.2% et la pilule dans une proportion de 5.3%. Cette négligence entraîne des conséquences directes très importantes pour eux-elles, telle une augmentation du nombre de grossesses non désirées (Brookman 1992; Corcoran, 1998; DiCenso & Van Dover, 2000; Forget, Bilodeau, & Tétrault, 1992) et par la même occasion, une augmentation des maladies transmissibles sexuellement, dont l'infection par le VIH (Brookman, 1992; DiCenso & Van Dover, 2000). En effet, si l'on tient compte que la période de latence moyenne de la maladie est de 8 ans, la contamination virale aurait eu lieu à l'adolescence dans environ 20% de tous les cas de sida répertoriés (Deschamps et al., 1997; Díaz-

Gómez, et al. 2000). C'est pourquoi, actuellement, on reconnaît au condom une double utilité, soit celles de prévenir les grossesses non désirées et les maladies transmissibles sexuellement (MTS) (Cates, 1996; Cates & Stone, 1992; Martin & Wu, 2000; SOGC, 2000; Woodsong & Koo, 1999).

Ces conséquences ont, à leur tour, des répercussions personnelles, familiales et sociales non négligeables. Au plan personnel, il y a une augmentation des problèmes de santé chez la mère adolescente et l'enfant (DiCenso & Van Dover, 2000; Corcoran, 1998; Ruiz, Carnicier, Castro, García & Moreno, 1997; Stevens-Simons & McAnarney, 1992). De plus, on observe un accroissement de l'utilisation des services de santé et du décrochage scolaire d'un ou des deux parents (Rodríguez & Carbelo, 1999; Corcoran, 1998; Forget, et al., 1992; Stevens-Simons & McAnarney, 1992). Au plan familial, il y a une plus grande dépendance économique et instrumentale des services sociaux (Rodríguez & Carbelo, 1999; Corcoran, 1998; Forget et al., 1992) et un changement dans l'assignation des rôles et des tâches au sein de la famille (Corcoran, 1998; Stevens-Simons & McAnarney, 1992). Sur le plan social, on observe une difficulté à établir de nouvelles relations et par conséquent, un risque élevé d'isolement social (Corcoran, 1998; Stevens-Simons & McAnarney, 1992) et une croissance des coûts liés à l'utilisation des services sociaux et de santé (DiCenso & Van Dover, 2000; Corcoran, 1998; Forget, et al., 1992).

Les raisons les plus saillantes en ce qui concerne la non utilisation des méthodes contraceptives chez les adolescents-es sont variées. Le premier facteur est un manque d'information par rapport à l'utilisation efficace des méthodes

contraceptives (Charbonneau, Forget, Frappier, Gaudreault & Marquis, 1998). La précocité des relations sexuelles (Darroch, et al., 1999; Charbonneau et col., 1998; Fernández et al., 1998) ainsi qu'un manque d'accessibilité aux moyens contraceptifs (Libbus, 1995), sont parmi les raisons les plus fréquemment citées. Finalement, l'abus d'alcool et de drogues joue un rôle au moment où surviennent les expériences sexuelles (Curry, Doyle & Gilhooley, 1998; Kowaleski-Jones & Mott, 1998; Miret, Rodés, Valverde, Geli & Casabona, 1997). Les lacunes au niveau de l'éducation sexuelle ont un impact négatif sur l'utilisation de méthodes contraceptives efficaces chez les adolescents-es (Fdez, et al., 1998; Mauldon & Luker, 1996; Libbus, 1995; Charbonneau et al., 1989).

En Espagne, plusieurs stratégies ont été mises en place pour encourager les adolescents-es à recourir à la contraception; ces stratégies touchent surtout le domaine des connaissances (Espinaco, Ruiz & Román, 1999). Cependant, il est bien connu que les connaissances ne sont pas le seul facteur qui influence l'adoption d'un comportement par un individu (Barnet, 1997). Des études démontrent en effet que, l'intention, l'attitude, la norme sociale et la perception du contrôle vis à vis du comportement, sont cruciales à son adoption ou à son rejet (Godin & Kok, 1996; Otis, 1992; Reinecke, Schmidt & Ajzen, 1996). En fait, ces éléments se retrouvent dans la Théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) qui stipule que le comportement est influencé directement par l'intention et indirectement par la perception qu'a la personne de son contrôle sur l'adoption ou non du comportement. À son tour, l'intention est influencée directement par l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle. Elle sert donc d'assise à

la présente étude dont le but est d'expliquer le comportement des adolescents-es face à l'utilisation de la méthode *Double Dutch*.

En Espagne, les recherches traitant du comportement contraceptif chez les adolescents-es sont quasi inexistantes. De plus, les recherches répertoriées ne considèrent pas les aspects qui, selon Ajzen (1991), influencent l'adoption d'un comportement par un individu. De surcroît, il n'y a aucune information concernant l'utilisation du *Double Dutch* chez les adolescents-es espagnols. Craig, Wade, Allison, Irving, Williams, et Hlibka (2000) affirment que les études qui utilisent la Théorie du comportement planifié pour explorer l'utilisation du *Double Dutch* chez les adolescents-es américaines sont très rares. Pour sa part, Thériault (1994) affirme que, bien que la recherche se développe beaucoup, les connaissances relatives à la sexualité chez les adolescents-es de moins de 15 ans restent peu documentées et ce, à travers le monde. Ce triple constat justifie la nécessité d'explorer davantage l'utilisation du *Double Dutch* chez les adolescents-es de cet âge.

Il faut consulter les écrits canadiens et américains pour mieux comprendre ce phénomène. Godin et Kok (1996), à partir d'une révision des études, affirment que la Théorie du comportement planifié explique 34% de la variance face à l'adoption d'un comportement en général et l'intention explique à elle seule 22.4% de cette variation. Ces auteurs affirment donc que l'intention est le meilleur prédicteur de l'adoption d'un comportement.

Par ailleurs, plusieurs études démontrent l'importance de l'attitude par rapport à l'adoption d'un comportement contraceptif. Reinecke, Schmidt, & Ajzen (1996) parlent de l'attitude comme de l'élément jouant le rôle le plus important sur l'intention d'utiliser le condom. Lavoie et Godin (1991) affirment que l'attitude a un rôle statistiquement significatif pour comprendre l'intention d'utiliser le condom.

Un lien a également été démontré entre l'intention d'utiliser le condom et la norme sociale (Reinecke, Schmidt et Ajzen, 1997). Pendant l'adolescence, les jeunes sont très influençables, car ils sont à la recherche de leur propre identité. L'adolescence est la période au cours de laquelle se forme l'identité de la personne et où les jeunes oscillent entre des rôles indépendants et dépendants (Hern, Miller, Sommers, & Dyehouse 1998). Au même moment, se produit un changement profond au sein de leur réseau : les personnes de référence ne sont plus les parents mais les amis proches. Ainsi, les croyances des adolescents-es sont très influencées par les groupes d'amis (norme subjective) car ils/elles recherchent la conformité au groupe (Wong, Hockenberry-Eaton, Winkelstein, Wilson & Ahmann, 1999).

Selon Wong et al. (1999), les amis proches constituent l'une des sources d'information des plus importantes à cette période. Or, la perception du contrôle perçu par les adolescents-es face à l'adoption du comportement est influencée principalement par l'information qu'ils-elles reçoivent de sources externes et de leurs expériences antérieures (Ajzen, 1991). Lavoie et Godin (1991), quant à eux, mettent en évidence que la perception du contrôle perçu est associée avec l'intention d'utiliser le condom. Il est donc nécessaire de regarder l'information que

les adolescents-es reçoivent de leurs amis-es et celle d'autres sources d'information afin d'avoir une connaissance plus juste de cette influence sur la perception du contrôle de l'adolescent face à la contraception.

Finalement, des études ont observé l'ensemble des éléments de la théorie afin d'expliquer le comportement des jeunes face à l'utilisation du condom. Rannie et Craig (1997), concluent que les attitudes, la norme subjective et la perception du contrôle comportemental sont tous des éléments significatifs par rapport à l'utilisation du condom chez les adolescents-es. Craig et al. (2000) affirment que l'intention d'utiliser le condom est associée à l'attitude chez les filles alors que, chez les garçons, l'intention est liée à l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle. Il est donc très important d'examiner tous les aspects reliés à l'adoption du comportement de contraception chez les adolescents-es car, à cette étape, les comportements ne sont pas encore enracinés et il semble exister des différences entre les adolescentes et les adolescents.

Selon le comité d'experts à l'Euro-Conférence réunis à Salamanca en 1999, la promotion de la santé chez les adolescents-es est une des priorités de la recherche en sciences infirmières pour la prochaine décennie, car les adolescents-es représentent l'avenir. Ils ne sont généralement pas malades, mais la prévention est importante afin de leur éviter de contracter une maladie ultérieurement. Une partie très importante du travail infirmier en Espagne est l'éducation pour la santé. Dans ce domaine, il faut inclure l'éducation sexuelle chez les adolescents-es, laquelle englobe l'adoption de comportements sexuels responsables. Toute infirmière qui aspire à développer une intervention efficace en regard de la

contraception doit connaître l'ensemble des facteurs ayant une influence sur l'utilisation de la méthode contraceptive *Double Dutch*. Parallèlement, une recherche qui prétend approfondir la compréhension de l'usage de cette méthode doit être fondée sur des preuves scientifiques déjà établies et pousser l'investigation de façon à bonifier les éléments de réponse. L'information ainsi générée et diffusée dans la présente étude devrait permettre une amélioration de la pratique infirmière auprès des adolescents-es en regard du développement d'une sexualité saine. Tout particulièrement, elle pourrait amener une réduction des comportements sexuels à risque par l'adoption d'une méthode contraceptive efficace. À long terme, les résultats de cette étude pourraient servir au développement de programmes d'éducation sexuelle qui prônent la responsabilisation des adolescents-es face à l'utilisation d'une contraception efficace telle la méthode combinée de la pilule et du condom (DD).

Buts de l'étude

Les buts de cette étude sont, d'une part, de décrire l'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle du comportement, par rapport à l'utilisation du *Double Dutch* comme méthode de prévention des grossesses et des maladies transmissibles sexuellement d'élèves de 15-16 ans, groupe d'âge correspondant généralement aux élèves de quatrième année d'Enseignement Secondaire Obligatoire (ESO). D'autre part, il s'agit de vérifier les relations entre l'intention et l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle, par rapport à l'utilisation du *Double Dutch* comme méthode de prévention des grossesses et des maladies transmissibles sexuellement des élèves de quatrième année d'ESO,

en utilisant comme cadre de référence la Théorie du comportement planifié élaborée par Ajzen (1991).

Questions de recherche

1. Quelles sont l'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle des élèves espagnols de 15-16 ans par rapport à l'utilisation du *Double Dutch* ?
2. Est-ce que l'intention, l'attitude, la norme subjective, la perception du contrôle du comportement d'utiliser la méthode *Double Dutch* chez des élèves de 15-16 ans varient en fonction des variables externes (genre, type de lycée, niveau socioéconomique et avoir eu ou pas des relations sexuelles) ?
3. Est-ce que l'intention d'utiliser le *Double Dutch* varie en fonction de l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle perçu chez des élèves espagnols de 15-16 ans?
4. Quelle est la nature (la force et la direction) des relations entre l'intention d'utiliser la méthode *Double Dutch* chez des élèves de 15-16 ans et leurs attitude, norme subjective et perception du contrôle du comportement face à son adoption?

RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits est divisée en trois grands thèmes relatifs au phénomène à l'étude: l'adolescence, la sexualité et la contraception chez les adolescents-es. L'adolescence est présentée en premier lieu, car elle est la pierre angulaire sur laquelle se fonde le phénomène à l'étude. Ainsi les étapes développementales de l'adolescence sont examinées en raison de leur importance pour la compréhension, à posteriori, de la sexualité chez les adolescents-es. Par la suite, la section sur la contraception est présentée; les méthodes contraceptives et les facteurs d'influence sont traités de façon globale. Finalement, le cadre de référence choisi pour cette étude est décrit, soit la Théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991).

L'adolescence

L'adolescence est une période située entre l'enfance et l'âge adulte. Les changements physiques, psychologiques et sociaux les plus importants se produisent à cette étape de la vie. Tous ces changements contribuent à l'atteinte de la maturité psychosociale essentielle à l'âge adulte, telle que reconnue par la société d'aujourd'hui. En tenant compte de cet aspect, il est essentiel de regarder d'abord l'évolution du contexte historique de l'adolescence, d'aborder la définition de ce terme ainsi que les étapes de celle-ci.

Contexte historique

Le contexte historique dans lequel le stade de développement humain correspondant à l'adolescence s'est développé est très important pour nous aider à mieux comprendre le devenir de l'adolescence. Il faut remonter à la première personne qui a utilisé le mot «adolescence», Stanley Hall (1904) qui parle de cette période comme d'une nouvelle naissance où se bâtissent les caractéristiques définitives du corps et de l'âme de la personne. Comme il s'agit d'une période de transition, la personne retourne souvent à son passé et à ses expériences antérieures. En tenant compte de cet aspect, nous pouvons parler de l'adolescence comme d'une phase imprégnée d'un changement profond de la personnalité qui la différencie de l'enfance et de l'âge adulte. En somme, dès le début, l'adolescence a été identifiée comme une période du développement humain marquée par des changements brusques sur les plans physique et psychologique (Muuss, 1975).

Dans le contexte historique de l'adolescence il y a deux éléments primordiaux sur lesquels il faut porter notre attention, car ils ont influencé le devenir historique de l'adolescence. Ce sont, l'ordre social et industriel (Lerner, Petersen, & Brooks-Gunn, 1991; Lévi, 1992; Muuss, 1975) et l'expansion des sciences humaines (Galland, 1997). D'un côté, le fait que l'adolescence soit liée aux ordres social et industriel lui confère certaines caractéristiques qui peuvent être intéressantes pour notre analyse. Au début de la Révolution Industrielle en Angleterre, soit en 1850, presque toute la famille devait travailler dans les usines. Les garçons arrêtaient d'aller à l'école très tôt pour travailler avec leurs parents

dans les usines. Petit à petit, l'amélioration des conditions de vie et du travail a changé le schéma social. En conséquence, seuls les parents travaillaient dans les usines et progressivement, le travail des enfants n'était plus indispensable pour la survie de la famille (Muuss, 1975). Cet aspect a engendré une modification majeure de la période de la scolarisation. Lors de la période post-industrielle, il fallait que la population soit mieux formée et possède davantage de connaissances techniques. Donc, à cette époque, il fallait augmenter les périodes de formation et d'éducation à l'école, car cela devenait un besoin pour la société (Lerner et al. 1991; Muuss, 1975).

D'autre part, la notion d'adolescence s'est développée parallèlement à l'expansion des sciences humaines, ce qui a permis d'approfondir les connaissances et les caractéristiques propres à l'adolescence (Galland, 1997). Selon la conception des sciences humaines, l'adolescence est considérée comme une période cruciale du développement humain, en raison des changements majeurs subis tant sur les plans physique, que psychique et social (Galland, 1997).

Une fois ce concept introduit, il semble essentiel de bien le définir en précisant que, puisqu'il n'y a pas de consensus dans les écrits, on tiendra compte des diverses approches. En premier lieu, l'adolescence est présentée à partir de la description des changements qui se produisent. Ensuite, elle est abordée en fonction de l'âge et de la durée de cette période et finalement, en fonction des étapes qui font référence à des périodes chronologiques de son développement.

Définition

À partir d'une revue détaillée et approfondie des écrits, plusieurs définitions du terme «adolescence» ont été répertoriées. Chacune de ces définitions identifie des caractéristiques qui permettent d'avoir une compréhension un peu plus vaste du phénomène. Selon Cloutier (1996), Deschamps et al., (1997), et Muuss (1975), le terme «adolescence» vient du latin *adolescere* qui signifie «grandir vers». Cette période est l'âge du changement, car grandir implique changer. L'adolescence est la dernière étape de l'enfance et la première étape de l'âge adulte; on peut donc affirmer que l'adolescence est une étape intermédiaire.

Pour sa part, Cloutier (1996) parle de l'adolescence d'une façon paradoxale en déclarant que l'adolescent-e n'est plus un enfant mais n'est pas encore un adulte. Cette période qui touche presque totalement la deuxième décennie de la vie s'accompagne de modifications considérables: le corps se transforme, les pulsions sexuelles apparaissent, la façon de se percevoir et de voir les autres se transforme et une identité sociale distincte prend forme hors de la famille. L'adolescence s'explique par la diversité et l'intensité des changements qu'elle comporte. Selon Hern, et al., (1998), l'adolescence est la période formative de la propre identité de la personne où les jeunes oscillent entre des rôles indépendants et dépendants. Selon Courtecuisse (1992), l'adolescence est avant tout un chemin qui a comme base première celle du développement, de la transformation rapide, impliquant des modifications radicales au plan biologique avant tout, mais aussi dans la sphère de dépendance affective, psychologique, sociale et personnelle.

Parmi les écrits consultés, nous trouvons des définitions davantage axées sur l'aspect chronologique de la définition du concept «adolescence». Par exemple, le dictionnaire de psychologie de Bloch et Casalis (1997) parle du commencement lié au point de départ de la maturation pubertaire, laquelle débute autour de l'âge de 11-12 ans et se termine vers l'âge de 18 ans. Il faut remarquer aussi qu'on trouve des différences par rapport au genre dans des définitions plutôt temporelles, mais nous y reviendrons plus loin. Cette période est déterminée par trois faits fondamentaux: (1) la vive accélération de la croissance physique, (2) l'importance des modifications qui se produisent touchant la totalité de l'organisme et de l'individu et, (3) finalement, la grande diversité entre les individus par rapport à la vitesse de ces transformations. Le moment de leur apparition varie d'un enfant à l'autre. Aussi, les modifications n'arrivent pas toutes au même moment ni même en suivant la même cadence d'un enfant à l'autre (Bloch & Casalis, 1997).

Le mot «adolescence» doit être clairement différencié de celui de «puberté», car dans les écrits nous pouvons observer qu'ils sont souvent utilisés de manière interchangeable. Le mot «puberté» est plus spécifique; il est employé pour marquer le moment où l'individu atteint la maturité sexuelle et est capable de se reproduire (Dusek, 1991). La puberté correspond à une période beaucoup plus restreinte que celle de l'adolescence. Finalement, les auteurs ont regroupé les changements selon des étapes qui font référence à des périodes chronologiques du développement à l'adolescence.

Étapes de l'adolescence

L'adolescence est une période où l'enfant doit adapter ou ajuster ses comportements puérils aux formes adultes considérées acceptables pour sa culture (Dusek, 1991). Les changements sociaux et scientifiques ont grandement influencé la façon dont on analyse les changements qui surviennent à l'adolescence. Pour mieux la comprendre, il est nécessaire de différencier et de diviser cette période en plusieurs étapes (Muuss, 1975). La division de l'adolescence en trois étapes chronologiques: début, mi et fin, telle que proposée par plusieurs auteurs (Charbonneau, et al. 1989; Dusek, 1991; Miller, 1983; Muuss, 1975; Wong et al. 1999) s'avère une méthode pratique. Dans ces écrits, on trouve de légères différences quant à l'âge correspondant à chaque période, mais pour développer cette section, il est plus important de nous concentrer sur tous les changements survenus à l'intérieur de chaque étape, plutôt que sur les petites différences liées à un âge précis.

Début de l'adolescence

L'adolescence précoce se situe entre l'âge de 11 ans jusqu'à la fin de la 13^{ième} année. À cette étape de la maturation, de grands changements physiques, psychologiques et sociaux se produisent, particulièrement en ce qui a trait à la sexualité (Wong et al., 1999).

Chez les filles, sur le plan physique, la croissance du squelette commence, ainsi que le début du développement des seins, l'apparition du duvet pubien et de poils sous les aisselles et les premières menstruations. Chez les garçons, c'est le

début de l'augmentation de la taille des testicules ainsi que du scrotum et l'accroissement de la taille du pénis; il y a aussi la croissance du squelette et de la masse musculaire (Cloutier, 1996).

Sur le plan psychologique, c'est la découverte de la pensée abstraite. Les adolescents-es cherchent pendant cette étape de nouvelles valeurs et sources d'intérêt et de motivation. Ils/Elles recherchent la normalité à travers la comparaison avec leurs amis du même sexe (Wong et al.1999). Il est fréquent que des conflits avec les parents éclatent. Il est aussi typique de cette période que l'adolescent-te ait un comportement variable, parfois comme celui d'un adulte et parfois comme celui d'un enfant, oscillant entre l'autonomie et la dépendance (Bobak, & Jensen, 1987).

Sur le plan social, les adolescents-es cherchent à avoir des relations avec des amis pour affronter l'instabilité générée par les changements rapides. Ils/Elles pratiquent différents rôles qu'ils/elles adopteront plus tard. À cette étape, on observe une augmentation des relations intimes avec des amis du même sexe. Certains se querellent fréquemment pour exercer un leadership dans le groupe (Wong et al.,1999).

Sur le plan sexuel, l'adolescent-e s'auto-explore et s'évalue. Ils/elles ont moins besoin d'intimité et, pour cette raison, les rencontres se font principalement en groupe (Wong et al., 1999).

Mi-adolescence

L'adolescence moyenne correspond au stade se situant entre l'âge de 14 et la fin de la 16^{ième} année. La plus grande partie des changements de l'adolescence précoce est consolidée au cours de cette période (Wong et al., 1999).

Sur le plan physique, chez les filles, on observe une diminution marquée de la croissance physique. Il y a maturation finale du buste et apparition d'une voix de femme. Chez les garçons, on observe un accroissement des glandes sudoripares et une intensification de leur marche. Les premières éjaculations font leur apparition et il y a développement de duvet aux aisselles et de poils pubiens frisés et plus forts (Wong et al., 1999). La transformation de la voix se produit à cette période, tout comme l'apparition de la barbe (Cloutier, 1996). Cette maturité physique n'est pas accompagnée d'une maturité d'esprit, car elles n'évoluent pas au même rythme (Turner et Rubinson, 1993).

Sur le plan psychologique, l'adolescent-e développe sa capacité de pensée abstraite. Il/Elle a la capacité de s'amuser avec des pensées intellectuelles qui sont souvent idéalistes. Il/Elle a une vie entourée de fantaisie (Wong et al., 1999). Il/Elle montre un comportement qui tend au narcissisme et à l'idéalisation. Il y a un développement de relations serrées avec des amis et les relations hétérosexuelles sont très importantes (Bobak & Jensen, 1987).

Sur le plan social, il ressent un fort besoin d'identité afin d'affirmer l'image de soi. Les comportements choisis sont ceux qui correspondent aux normes du groupe. Il est très important d'être accepté par le groupe d'amis/es, les

adolescents-es ont une grande peur d'être refusés-es au sein d'un groupe. Ils/Elles montrent un intérêt à développer leur capacité à attirer le sexe opposé (Wong et al., 1999).

Sur le plan sexuel, ils/elles commencent à avoir des relations avec différents partenaires, car ils/elles explorent et ne sont pas encore stables dans leurs relations. Il est important de se sentir amoureux. Ils/elles font l'essai des premières relations avec des partenaires de sexe opposé. À partir de l'intérêt à développer leur capacité d'attirer le sexe opposé se produit l'exploration du *self-appeal* (Wong et al., 1999).

Fin de l'adolescence

L'adolescence tardive correspond au stade se situant entre l'âge de 17 et 20 ans. C'est la période où se développent les habilités nécessaires pour devenir indépendant-te (Wong et al., 1999).

Au niveau physique, chez les filles, les modifications physiques sont déjà terminées. Chez les garçons se produisent le changement final de la voix et l'augmentation de la pilosité adulte. La force physique atteint son sommet (Cloutier, 1996).

Sur le plan psychologique, les adolescents-es ont une définition de l'image de soi et des rôles liés au genre presque définitive. Au cours de cette période, il y a consolidation de l'identité. Comme expliqué précédemment, dans la première période de l'adolescence, il y a une grande différence entre la vitesse des

changements physiques et celle des changements aux plans psychologique et social. À la période de l'adolescence tardive, il y a une harmonisation des changements sur tous les plans, i.e. l'équilibre entre les différents niveaux de développement (Wong et al., 1999).

Au niveau social, les adolescents-es ont tendance à avoir des relations plus individuelles qu'en groupe. Les relations amicales sont caractérisées par le fait de donner et de partager. Ils/Elles ont des relations sporadiques avec le sexe opposé (Wong et al., 1999).

Au niveau sexuel, l'intimité suppose un engagement plutôt que l'exploration et le romantisme. Ils/Elles ont des rencontres homme-femme par couples et parfois entre personnes de même sexe. Ils/Elles ont des relations un peu plus stables qu'auparavant dans les périodes antérieures (Wong et al., 1999).

La période de l'adolescence est fondamentale dans le processus du développement de l'être humain. Cette période est caractérisée par les changements brusques aux plans biologique, psychologique et social. De plus, c'est une étape qui s'est élargie, à cause des changements survenus au plan social et également parce que l'amélioration des conditions de vie favorise l'augmentation de la durée de cette période surtout dans les pays occidentaux. Cet aspect a provoqué le besoin de diviser l'adolescence en plusieurs étapes. Parmi celles-ci, il est nécessaire de se concentrer sur l'adolescence précoce et le début de l'adolescence moyenne, car ces périodes sont antérieures au début des relations sexuelles comme réponse à l'accommodation à un corps sexué adulte.

C'est à cause du développement de ce corps devenu adulte que se produisent les premières manifestations de la sexualité.

L'adolescence et la sexualité

La période de l'adolescence est fondamentale au développement de la sexualité de l'être humain. Voilà pourquoi il est nécessaire de tenir compte de tous les éléments qui influencent la sexualité de l'individu. Dans cette section, afin d'en avoir une meilleure compréhension, sont abordés la définition de la sexualité, le comportement sexuel et les relations sexuelles chez les adolescents-es.

Définition

La sexualité est un terme défini de façon variée selon les approches adoptées par les différentes disciplines. Pour cette raison, il semble pertinent de faire un rappel de ces définitions, à partir des différentes approches biologique, psychologique et anthropologique. Auparavant, il convient de différencier la sexualité du comportement sexuel. La sexualité ne se limite pas au comportement sexuel. Nous pouvons considérer la sexualité comme l'ensemble des phénomènes liés au corps, les impressions, les échanges, l'amour, la procréation et la descendance (Alvin & Marcelli, 2000). Tandis que le comportement sexuel correspond à la façon d'exprimer la sexualité, c'est-à-dire en fonction de ces phénomènes, la personne vit sa sexualité d'une façon différente. Il est évident alors que la sexualité englobe le comportement sexuel. En plus, le même comportement sexuel peut avoir des notions ou des implications distinctes selon la personne ou l'état de développement (Alvin & Marcelli, 2000). En tenant compte de

cette différence, il faut axer nos efforts sur le comportement sexuel comme façon d'exprimer la sexualité, car c'est la partie visible à laquelle nous pouvons accéder.

Selon la perspective biologique, la sexualité est discutée en liaison avec l'humain comme un organisme sexué en évolution. La biologie étudie ce phénomène à partir des grandes étapes du développement humain, c'est-à-dire l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte, et la vieillesse, parce que la sexualité est vécue de façon différente à chacune de ces périodes (Kelly, 1988).

L'approche psychologique est celle qui se préoccupe le plus du lien entre la sexualité et le développement des aspects, comme l'identité sexuelle, les rôles sexuels et l'orientation sexuelle (Tremblay, Beslot, Dal Moro, Guinard, Lagacherie & Trombert, 1998). Finalement, la perspective anthropologique donne une vision plus large de la sexualité en comparant, à partir d'études, d'autres cultures et sociétés, notre conception de la sexualité avec d'autres conceptions très différentes (Davenport, 1987; Tuzin, 1991).

Une fois présentées les différentes approches de la sexualité, Tremblay et al. (1998) proposent une définition plus globale du terme:

«...la sexualité apparaît ainsi comme un langage, comme une ouverture sur le monde, comme un éveil de notre personnalité et comme un moyen de communication de nos sentiments les plus intimes, comme une dimension humaine des plus importantes de la vie» (p.18).

La sexualité constitue un élément essentiel du développement humain pendant la période de l'adolescence. Cette étape est caractérisée par des changements brusques. Parmi ces changements, il faut souligner la modification

au niveau des comportements. L'adolescent-e navigue entre les comportements infantiles et les comportements adultes. En tenant compte du fait que pendant l'adolescence le comportement futur de l'adulte est formé, il est très important de prêter plus d'attention au comportement sexuel.

Initialement, le comportement sexuel chez les adolescents-es a été freiné par l'action combinée des moralistes, des médecins et des pédagogues qui menèrent des campagnes axées sur la répression sexuelle. Cette situation a continué jusqu'à la moitié du 20^{ème} siècle alors que les préjugés face à la sexualité et les rapports entre adolescents des deux sexes ont commencé à se modifier. Cette période correspond à une phase de permissivité sexuelle. Ce mouvement va s'activer surtout à partir des années 60. Le développement d'un système économique axé sur la consommation, les transformations dans les structures familiales, la réduction du contrôle religieux et l'influence des médias ont façonné les modèles de comportements sexuels des adolescents-es (Lévi, 1992).

Le comportement sexuel

Le comportement sexuel est l'expression de la sexualité. Dans les écrits publiés sur le sujet, le comportement sexuel et l'activité sexuelle sont des expressions utilisées le plus souvent de façon interchangeable. En tenant compte de ce fait, et malgré qu'il peut y avoir de petites différences, les deux termes sont considérés comme synonymes dans cette étude.

Définition

La vie sexuelle est un aspect de la sexualité. Kinsey, Pomeroy et Martin (1948) affirment que l'activité sexuelle comprend une série d'expériences, parmi lesquelles on trouve, la masturbation, les sommeils nocturnes, les caresses, la relation hétérosexuelle, la relation homosexuelle et le contact avec des animaux ou d'autres espèces.

Types de comportement sexuel

Il existe plusieurs façons d'exprimer sa sexualité. Selon les écrits consultés, les comportements les plus importants pour exprimer la sexualité chez les adolescents-es sont: la masturbation, les caresses et la relation sexuelle (King, 1996). Nous nous concentrerons sur cette dernière puisque c'est celle qui nécessite l'utilisation des méthodes contraceptives.

Relations sexuelles chez les adolescents-es.

Une forte proportion d'études auprès des adolescents-es font référence à l'âge moyen de la première relation sexuelle. Les écrits consultés montrent aussi qu'il n'y a pas consensus en regard de ce facteur. Selon Upchurch, Levy-Storms, Sucoff et Aneshensel (1999), les variables qui influent le plus l'âge moyen de la première relation sexuelle sont l'ethnie et le genre. La variable ethnie ne sera pas développée ici, car en Espagne la diversité ethnique est pratiquement inexistante. Par rapport à la variable de l'âge, l'âge moyen de la première relation sexuelle dans l'étude réalisée par Upchurch et al. (1999) est de 16,9 ans. Si nous

regardons du côté du genre, l'âge moyen est plus élevé chez les filles que chez les garçons. Plus concrètement, selon cette étude, l'âge moyen de la première relation sexuelle est de 16,6 ans chez les garçons et de 17,2 ans chez les filles. Ces résultats sont très similaires à ceux obtenus en Espagne par Díaz-Gómez et al. (2001), comme nous l'avons déjà vu. Bien qu'il n'y ait pas de consensus par rapport à l'âge du début des relations sexuelles, les études présentent une concordance en fonction du genre. Plusieurs auteurs montrent que les jeunes filles ont tendance à commencer leur vie sexuelle plus tard que les garçons, mais lorsqu'elles décident de s'engager, c'est souvent pour une relation plus permanente et plus longue. Cette différence est liée à une découverte de la sexualité laquelle est plus empirique et exploratoire chez le garçon et plus sentimentale et passionnelle chez la fille (Calvez, Levison, Maillochon, Mougoutov & Warszawski, 1997; Cloutier, 1996 ; Deschamps et al, 1997).

L'absence de consensus en regard de l'âge du début de la première relation sexuelle peut aussi être liée à l'influence de plusieurs facteurs retardant ou accélérant le début des relations sexuelles et qui sont groupés sur les plans individuel, familial et socioculturel.

Facteurs qui retardent le début des relations sexuelles. Sur le plan individuel, avoir de bons résultats académiques et des attentes face à la vie sont des facteurs qui retardent le début des relations sexuelles (Lammers, Ireland, Resnick & Blum, 2000; Lévy, 1992). De la même façon, Lammers et ses collaborateurs soutiennent qu'un adolescent-e qui a des engagements ou des activités communautaires retardera le début des relations sexuelles.

Sur le plan familial, plusieurs auteurs signalent que le fait d'avoir une famille stable et de haut niveau socioéconomique, et des parents qui supervisent les adolescents-es est un autre facteur qui retarde le début des relations sexuelles. Les filles font preuve d'un niveau de contrôle plus élevé que les garçons, car elles peuvent devenir enceintes (Lammer et al., 2000; Upchurch et al., 1999).

Sur le plan socioculturel, Upchurch et al. (1999) affirment que chaque culture a un niveau de permissivité différent face aux activités sexuelles. Si la culture est plus permissive, il sera plus facile d'avoir des relations sexuelles précoces que dans les cultures plus restrictives. Plusieurs études montrent que les adolescents-es provenant de familles de niveau socioéconomique élevé ont aussi des relations sexuelles plus tardives (Lammers et al., 2000; Paul, Fitzjohn, Herbison & Dickson, 2000). Si on établit la comparaison avec un milieu urbain, il semble que le fait de vivre à la campagne soit un autre facteur qui retarde le commencement des relations sexuelles chez les adolescents-es (Lammers et al. 2000). Un autre facteur pouvant aussi influencer l'activité sexuelle est la pratique religieuse (Lammers et al. 2000; Paul et al., 2000; Wong et al., 1999). Wong et al. (1999) déclarent que l'influence de la religion est moins marquée en Occident. Pour situer cet aspect dans la réalité espagnole, Samson, Lévy, López, Picod-Bernard et Maticka-Tyndale (1993) affirment que l'Espagne a été traditionnellement un pays très influencé par la pensée catholique. Mais cette situation a bien changé au cours des dernières années. Bien que l'Espagne est maintenant un pays sécularisé, mais il faut tout de même être attentif au poids de la religion, car celle-ci peut retarder les premières relations sexuelles chez certains

adolescents-es possédant de fortes convictions religieuses. Finalement, le dernier facteur retardant le début des relations sexuelles est le fait de croire que ses propres amis-es n'ont pas encore commencé à vivre une activité sexuelle (Dilorio, Dudley, Kelly, Soet, Mbwara, & Sharpe, 2001).

Facteurs qui accélèrent le début des relations sexuelles. Sur le plan individuel, Larmmers et al. (2000) et Paul et al. (2000) affirment que la consommation modérée ou élevée d'alcool et de drogues constitue un facteur qui favorise le début des relations sexuelles. De la même façon, ces auteurs déclarent que des niveaux élevés de « body prider » (besoin de séduction) sont associés à une activité sexuelle élevée.

Sur le plan familial, si les adolescents-es considèrent que leurs parents ont des attentes très élevées à leur égard, cela peut engendrer chez eux un sentiment d'échec. Ils/elles compensent parfois cet échec en ayant des relations sexuelles prématurées (Lammers et al., 2000).

Sur le plan socioculturel, Shaffer (1999), signale que 75% des filles et 80% des garçons attribuent la première relation sexuelle à une forte pression sociale. Donc, suivant le rôle que jouent les amis-es proches dans le développement de l'adolescent-e, ceci peut avoir une influence déterminante sur le début de leurs relations sexuelles. De plus, cet auteur affirme que la société occidentale accepte moins bien le début précoce des relations sexuelles chez les filles que chez les garçons, puisque les filles débutent plus tard que les garçons.

L'initiation des relations sexuelles est provoquée par les formidables changements qui se produisent à la période de l'adolescence. Parmi ces changements, un des plus importants est celui de l'acclimatation à un corps sexué adulte. Pendant cette période les amis-es proches jouent un rôle prépondérant car ces adolescents-es deviennent très influençables. Cet aspect est d'autant plus important qu'ils reçoivent des messages contradictoires et confus tel que le message qu'ils reçoivent actuellement sur la norme sexuelle. Nous entendons par norme sexuelle «les *patterns* de comportement sexuel socialement établis» (Turner & Rubinson, 1993). D'un côté, un segment de la société se montre plus libéral par rapport aux relations sexuelles; d'un autre côté, il y a un segment très conservateur qui véhicule un message contradictoire (Turner & Rubinson, 1993). Nous rencontrons ce même phénomène parmi les mass-média et les services socio-sanitaires. Les mass-média utilisent les adolescents-es comme consommateurs potentiels, par rapport surtout aux comportements sexuels. Les modèles que présentent les médias sont fréquemment axés sur la performance, tandis que les comportements responsables sont rarement mis en valeur. Dans les services socio-sanitaires, le comportement sexuel responsable est une attitude à promouvoir, bien qu'il soit l'un des derniers comportements à être promu. Souvent, ce type de communication contradictoire incite les adolescents-es à poser des gestes sans en mesurer les conséquences (MSSS, 1993; Turner & Rubinson, 1993).

Le travail des services socio-sanitaires s'avère essentiel pour renforcer l'utilisation des méthodes contraceptives, en faisant la promotion d'un

comportement sexuel responsable. Une connaissance plus approfondie des caractéristiques spécifiques de la sexualité chez les adolescent-es permettra d'améliorer la pratique infirmière et contribuera donc à une amélioration de la qualité des soins dans le domaine de la promotion de la santé de cette population.

L'adolescence et la contraception

Dans les années 70, l'utilisation de la contraception s'est généralisée grâce aux services de planification familiale (Deschamps et al., 1997) et aux cours d'éducation sexuelle (Dechamps et al. 1997, Espinaco et al., 1999). Actuellement, la majorité des jeunes se protègent dès leurs premières relations sexuelles, mais ce comportement sécuritaire n'est pas respecté avec régularité. Il y a encore un nombre préoccupant de jeunes qui utilisent très irrégulièrement une méthode de contraception (Deschamps, et al.).

Contexte historique

Allgeier et Allgeier (1992) présentent une brève introduction du contexte historique de l'utilisation de la contraception. Le fait d'avoir des pratiques sexuelles sans finalité reproductive existe depuis les premières civilisations. Ainsi, les Égyptiennes n'avaient pas de pratiques sexuelles ayant comme finalité la reproduction. Elles employaient différentes méthodes contraceptives pour empêcher la conception. Parmi ces méthodes, citons l'introduction dans le vagin d'excréments de crocodile et d'éléphant. Elles utilisaient aussi des tampons faits avec de la gomme arabique et du miel et divers fluides, probablement inefficaces, afin d'éviter la gravidité. Dans l'Angleterre pré-industrielle, les femmes pouvaient

se procurer différents types d'herbes abortives. Du fait que les Anglais supposaient que le fœtus n'avait pas d'âme avant que la mère puisse percevoir les mouvements de celui-ci, elles avaient donc le droit d'utiliser ces méthodes jusqu'à environ 14 semaines. Nous devons attendre jusqu'en 1803 pour que l'avortement, pratiqué après 14 semaines, soit reconnu pour la première fois comme un crime en Angleterre. Aux Etats-Unis, la contraception est demeurée illicite jusqu'au milieu du XX^e siècle. Au Canada, la vente et les annonces des produits contraceptifs étaient interdits jusqu'en 1969 (Allgeier & Allgeier, 1992). À travers ce contexte historique, nous pouvons voir comment la contraception a été liée au contrôle de la reproduction.

Définition et rôle

Le terme «contraception» vient de deux termes latins, *contra et concipere* signifiant respectivement «contre et concevoir». De cette façon, la contraception s'entend comme l'ensemble de faits destinés à prévenir ou à éviter la conception de façon transitoire et réversible (Blacque-Bélair & Blacque-Bélair, 1966). En tenant compte de cet aspect, la contraception serait le contrôle des naissances, permettant de planifier la naissance d'enfants au moment désiré (Charbonneau, et al., 1989). C'est le sens le plus commun de la contraception, car le mot signifie éviter le fait de concevoir (Blacque-Bélair & Blacque-Bélair, 1966), ce qui a été le rôle principal de la contraception: établir un contrôle sur la reproduction et prévenir la grossesse.

Évolution du rôle

De la même façon que la société avec ses valeurs et ses croyances évolue, la contraception a aussi évolué. Dès l'augmentation des maladies transmissibles sexuellement (MTS) et la survenue du Syndrome d'Immunodéficience Acquisée (sida), les méthodes contraceptives ont acquis un nouveau rôle, celui lié à la prophylaxie. Il est nécessaire de souligner que, dans les écrits, on retrouve deux approches relatives au rôle de la contraception. D'un côté, Brouillette et Perreault (1990) et Perreault, Bilodeau, Marchand, Savard, Forget, et Tétreault (1997) parlent de la contraception et de la prévention des MTS comme deux entités parallèles. De cette façon, la contraception est encore perçue en fonction de la conception. D'un autre côté, selon Martin et Wu (2000), la pratique contraceptive contemporaine englobe maintenant la régulation de la fécondité et la protection contre les MTS et le sida. Pour ces auteurs, la contraception et la prophylaxie ne sont pas deux entités parallèles, la contraception englobe également la prophylaxie des MTS et le sida. C'est cette dernière conception qui est retenue dans cette recherche pour parler de la contraception. Plusieurs études affirment toutefois, que la plupart des adolescents-es utilisent des méthodes contraceptives dans le but uniquement de prévenir la grossesse et de contrôler les naissances (Martin & Wu, 2000; Otis, 1992). Même les adolescents arrêtent d'utiliser le condom si leur partenaire prend la pilule (Perreault et al., 1997; Weisman, Plitcha, Nathanson, & Robinson, 1991). Ce comportement à risque fait d'eux le segment de la population le plus vulnérable aux maladies transmissibles sexuellement (SOGC, 2000). Actuellement les services de planification familiale font d'importants

efforts auprès des jeunes afin qu'ils considèrent la contraception dans son sens large et englobant, c'est-à-dire pour la prévention de la grossesse et des MTS et le VIH.

Utilisation des méthodes contraceptives

Par rapport aux méthodes contraceptives les plus utilisées et selon Martin et Wu (2000), chez les filles âgées de 18 à 24 ans, la pilule est utilisée dans une proportion de 38,0 % et le condom de 12,6%. Viennent ensuite, le dispositif intra-utérin (DIU) 0,8% et l'éponge spermicide 0,4% et, finalement, la méthode du rythme (abstinence périodique pendant les jours fertiles) 0,3%. La répartition chez les garçons entre 18 et 20 ans est la suivante: le condom est vraiment le plus utilisé dans 75,8% des cas, ensuite la pilule 17,5%, le DIU 0,5% et la vasectomie 0,4% (Martin & Wu, 2000). Il faut souligner la grande différence d'utilisation du condom et de la pilule par les jeunes comparativement aux autres méthodes contraceptives, car ce sont les méthodes contraceptives les plus facilement accessibles et les plus recommandées par les services de planification familiale chez les adolescents-es; le condom pour prévenir les MTS et la pilule pour se protéger contre une grossesse non planifiée (SOGC, 2000). Bien que les jeunes utilisent beaucoup plus le condom que les personnes âgées de 30 ans et plus, les adolescents-es sont traités-ées dans une plus grande proportion pour une maladie transmissible sexuellement. Ce constat met en évidence à la fois une lacune dans l'utilisation adéquate de la contraception et l'intimité élevée entre adolescents-es compte tenu du grand nombre de partenaires (Institut de la Statistique du Québec, 1998).

La protection contre une grossesse non planifiée et la prévention des MTS sont les éléments de base sur lesquels reposent l'utilisation de la double méthode contraceptive, communément connue comme *Double Dutch* (Serfaty, 1998). En tenant compte du fait que les adolescent-es peuvent avoir des relations sexuelles avec différents partenaires de façon habituelle et que l'on constate que le préservatif n'est pas toujours correctement et constamment utilisé, l'utilisation d'une double contraception chez les adolescents-es est indispensable (Serfaty, 1998).

Du point de vue des utilisateurs, il apparaît essentiel de faire ressortir les avantages et inconvénients d'utiliser une double méthode. D'un côté, l'avantage principal est qu'une double méthode contraceptive augmente la protection de prévenir la grossesse et les maladies transmissibles sexuellement (Vermelho, 1994; Woodsong & Koo, 1999). D'un autre côté, les plus grands inconvénients sont de dépendre de deux méthodes contraceptives et de l'augmentation des coûts par rapport à une seule contraception (Vermhelo, 1994). Le fait de ne pas faire la différence entre la prévention des MTS et la prévention de la grossesse suscite l'idée de la non nécessité d'utiliser la double méthode (Woodsong & Koo, 1999). Pour les utilisateurs, l'utilisation d'une deuxième méthode contraceptive est liée à l'infidélité; pour cette raison, leur utilisation parmi la population n'est pas bien acceptée (Woodsong & Koo, 1999). Finalement, le fait d'accepter le risque de devenir enceinte ou d'avoir une MTS est plus facile que le risque de perdre une relation si on insiste sur la double utilisation (Woodsong & Koo, 1999).

Il est très important de souligner que la plupart des adolescentes-es ont des activités sexuelles avant même de visiter les services de planification familiale et recevoir de l'information (Barnett, 1997), ou d'utiliser des méthodes contraceptives. En plus, ils/elles vivent plus de promiscuité que les adultes (Institut de la Statistique du Québec, 1998). Il est donc primordial d'axer nos efforts vers les adolescents-es dès l'adolescence précoce et le début de l'adolescence moyenne, car à ce moment là, le comportement sexuel ne s'est pas encore concrétisé, ou à tout le moins enraciné, afin d'habituer les jeunes à utiliser adéquatement des méthodes contraceptives. De même, il est très important de se pencher sur les conséquences de la non-utilisation des méthodes contraceptives et des facteurs autant positifs que négatifs qui peuvent affecter leur utilisation.

Conséquences de la non-utilisation des méthodes contraceptives

Pour garantir la participation et l'intégration des adolescents-es à la société, ceux-ci doivent avoir les méthodes pour gérer leur sexualité et leur fécondité de façon responsable; ceci est possible dans la mesure où on leur assure une éducation et des services qui répondent à leurs exigences tout au long de leur croissance (Alcala, 1995). Les adolescents et surtout les adolescentes sont particulièrement vulnérables à cause, entre autres, d'une information insuffisante, ainsi que des obstacles bio-psycho-sociaux qui les empêchent de prendre des mesures de protection. L'adoption de comportements à risque est caractéristique de l'adolescence; cette pensée que «rien ne peut arriver» les amène à ne pas choisir des mesures efficaces de protection par rapport à leur sexualité (Alcala, 1995). Ce comportement à risque a été abordé de différentes façons dans les

écrits. Miret et al. (1997) disent qu'à l'adolescence la perception du risque qu'ont les jeunes n'est pas liée à l'acquisition d'une conduite de santé. Cet aspect pourrait être relié à la tendance des adolescents-es à se sentir invulnérables. De plus, cette perception du risque diminue si l'adolescent-e est sous les effets de substances toxiques et d'alcool (Curry et al., 1998; Kowaleski-Jones & Mott, 1998; Miret et al., 1997).

Il faut souligner qu'actuellement il y a une précocité de la première menstruation et aussi de l'âge du début de la première relation sexuelle. Si nous tenons compte de ces facteurs et de la non-utilisation des méthodes contraceptives chez les adolescents-es, il faut alors parler des conséquences (Marcelino, Sanchez et Marcelino, 1997). À la lumière de cette argumentation, les conséquences les plus sérieuses de la non-utilisation des méthodes contraceptives sont les grossesses non désirées et les maladies transmissibles sexuellement, dont l'infection par le VIH.

Grossesse non désirée

Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (1998), cité par De la Cuesta (2000), indique qu'en 1997 naissaient dans le monde environ 17 millions d'enfants-es d'adolescentes âgées entre 15 et 19 ans, dont 16 millions dans les pays en voie de développement. Selon Delagrave (1998), la grossesse chez les adolescentes est en augmentation depuis les 15 dernières années au Québec. En plus, le taux de fécondité est de 18.5 par mille, tandis que le taux d'avortements est de 65% chez les adolescentes.

En Espagne, selon Marcelino et al. (1997), 5,14% des bébés sont mis au monde par de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. Selon le Ministerio de Sanidad y Consumo (2001), la proportion d'avortements de ce groupe d'âge est de 8,29 pour mille en territoire espagnol et de 10,18 pour mille en Catalogne. Il faut ajouter que le taux de fécondité chez les filles espagnoles âgées de 15 à 19 ans était de 14,90 pour mille en 1991. Ce taux est faible si nous le comparons avec le taux de fécondité de 55 pour mille aux États-Unis. Mais toutes ces données sont de caractère quantitatif. C'est pourquoi, afin d'avoir une vision beaucoup plus large, il est nécessaire d'examiner une conception plus qualitative de ce phénomène.

De la Cuesta (2000) souligne le manque d'études qualitatives dans le domaine de la grossesse à l'adolescence. Cette auteure affirme que la grossesse peut avoir deux significations possibles pour l'adolescente. D'un côté, la grossesse peut être la conséquence d'une relation amoureuse qu'elle définit comme stable. D'un autre côté, la grossesse peut représenter pour l'adolescente le développement d'un nouveau rôle, le rôle de mère, comme compensation des manques relatifs à d'autres aspects de sa vie, tel que le rôle académique ou professionnel.

Maladies transmissibles sexuellement

En regard des maladies transmissibles sexuellement, 21% des filles et 16% des garçons américains sexuellement actifs rapportent des antécédents d'infection génitale, dont les plus fréquentes sont les infections à Chlamydia, les poussées d'herpès et les condylomes (Hale (1993) cité par Deschamps et al.,1997). Selon

Martin (1994) cité par Delagrave (1998), entre 15 et 30% des cas d'infertilité au Québec sont causés par les MTS, l'infection par chlamydia étant la plus importante. Par contre en Espagne, les maladies transmissibles sexuellement se présentent surtout à l'adolescence tardive. Dans les autres pays européens, l'évolution de ces maladies est très similaire à celle de l'Espagne. Plus concrètement, on a observé une diminution des MTS classiques (syphilis et gonorrhée) et une augmentation des infections dues au chlamydia, à l'herpès et aux papillomes (Fernandez, et al. 1999).

Par rapport aux conséquences des MTS, les plus fréquentes sont les grossesses ectopiques, l'infertilité et la prédisposition à avoir un cancer des organes génitaux, principalement le cancer du col utérin chez les femmes (Fernandez, et al. 1999). Les conséquences des MTS chez les garçons sont les ulcères génitaux (Gelver & Biro, 1999), la suppuration urétrale, la dysurie et l'épididymite (Black & Matassarini-Jacobs, 1997).

Sida

Dans le cas du Syndrome d'Immunodéficience Acquise (sida), Miret et al. (2000), remarquent que les adolescents-es viennent au troisième rang lorsqu'il s'agit de cas affectés par cette épidémie et ceci après la population homosexuelle et les dépendants de drogues par voie parentérale. Jusqu'en juin 2001, 10,3% des personnes atteintes de sida étaient âgées de 20 à 29 ans, et du total de la population diagnostiquée, 31,9% se situaient dans ce groupe d'âge (MSC, 2001). En tenant compte du fait que la période moyenne de latence de la maladie est de 8

ans dans la plupart des cas de sida, la contamination aurait donc eu lieu à l'adolescence (Deschamps et al., 1997; Díaz-Gómez et al., 2000; Miret et al. 2000). Ces auteurs concluent que l'épidémie du sida en Europe a eu peu d'impact sur l'activité sexuelle et le nombre de partenaires; par contre, la répercussion a été plus marquée au niveau de la hausse de l'utilisation des condoms (Miret et al. 2000). Toutefois, si le sida arrive à être perçu comme une maladie moins grave, on pourrait observer une diminution de l'utilisation des méthodes contraceptives et, plus concrètement, de l'usage du condom (Institut de la Statistique du Québec, 1998).

Pour cette raison, il faut se rappeler que l'adolescence est la période de la vie où débute l'expérimentation sexuelle et ceci avant même que l'individu ait acquis les habilités nécessaires pour éviter d'être affecté par cette maladie. Il est donc nécessaire, à titre préventif, de mettre en pratique des programmes d'éducation sexuelle avant le début des relations sexuelles (Miret et al., 2000).

Une fois passées en revue les conséquences de la non-utilisation des méthodes contraceptives, il semble essentiel de parler des facteurs qui influencent positivement et négativement leur utilisation.

Facteurs qui influencent l'utilisation des méthodes contraceptives

La sexualité des individus est fortement influencée par la société et la culture dans lesquelles ils évoluent. En tenant compte de ce facteur, il est nécessaire d'approfondir beaucoup plus les aspects qui peuvent influencer l'utilisation des méthodes contraceptives chez les adolescents-es. Pour faciliter la

compréhension de cette section, les facteurs sont regroupés selon leur niveau d'influence. De cette manière, les facteurs personnels rassemblent des aspects qui sont seulement liés à l'individu. Ensuite, les facteurs familiaux incorporent des aspects qui ne sont reliés qu'à la famille. Finalement, les facteurs sociaux combinent des aspects plus généraux, bien qu'ils soient interreliés à la famille ou à l'individu; nous les avons séparé pour faciliter la compréhension de cette section. Un même facteur peut influencer positivement ou négativement l'utilisation des méthodes contraceptives. Par exemple, si on considère l'accessibilité, avoir accès facilement aux méthodes contraceptives est un facteur positif d'influence; par contre, le fait qu'elles ne soient pas facilement accessibles va influencer négativement leur utilisation.

Plan personnel

L'un des facteurs d'influence de l'utilisation des méthodes contraceptives les plus saillants est la prise de conscience par l'adolescent-e de sa maturité sexuelle (Murphy & Boggess, 1998). Cette conscientisation est nécessaire pour que l'adolescent-e développe un sentiment de responsabilité contraceptive, car plus fort sera ce sentiment, plus grande sera l'utilisation des moyens contraceptifs. Abraham, Sheeran, Abrams, Spears (1996), ont réalisé une étude longitudinale (N=258) en utilisant comme cadre théorique le *Health Belief Model*. Ces chercheurs affirment que le facteur le plus important par rapport à l'utilisation du condom est de l'avoir déjà utilisé antérieurement. Si un adolescent-e a déjà employé le condom, il sera plus facile de l'utiliser à plusieurs reprises. À partir d'une analyse de contenu auprès de 58 femmes, en utilisant la Théorie du

comportement planifié, Libbus (1995) affirme que les autres éléments favorisant l'utilisation du condom sont sa facilité d'emploi et son accessibilité, et ainsi que son efficacité pour prévenir la grossesse et les maladies transmissibles sexuellement. Par ailleurs, Manning, Longmore, et Giordano (2000) ont effectué une étude dans le but d'évaluer les effets des caractéristiques du partenaire et la relation établie par rapport à l'utilisation et à la sorte de contraception utilisée lors de la première relation sexuelle. Un total de 1,593 femmes nées après 1970 et qui ont eu leur première relation sexuelle à l'adolescence ont été recrutées par l'entremise de la *National Survey of Family Growth* (1995). Ces auteures ont constaté que les répondantes qui ont eu leurs premières relations sexuelles avant l'âge de 13 ans utilisaient moins les méthodes contraceptives que celles qui ont débuté à 17 ans. Mauldon et Luker (1996) ont réalisé une étude à partir des résultats obtenus de la *National Survey of Family Growth* (1988). Cette étude est divisée en deux parties. La première partie analysait l'éducation sexuelle reçue (N=2,484) et la deuxième l'utilisation des méthodes contraceptives (N=1,479). Les auteurs affirment que l'utilisation des méthodes contraceptives lors de la première relation sexuelle augmente avec l'âge (Mauldon et Luker, 1996). Donc, un élément important à souligner comme facteur qui encourage l'emploi des méthodes contraceptives est le fait d'avoir la première relation sexuelle tardivement (Charbonneau et al., 1989). Finalement, selon la conférence de concertation sur la contraception tenue à Toronto en 1998, le fait d'intégrer l'information donnée sur les méthodes contraceptives comme élément pour prévenir la grossesse et pour se protéger des maladies transmissibles sexuellement, est un facteur incitatif de leur utilisation.

La précocité des relations sexuelles est un obstacle à l'emploi des méthodes contraceptives. L'adolescent-e n'a pas alors développé un sentiment de responsabilité contraceptive (Charbonneau et al., 1989; Manning, Longmore, & Giordano, 2000; Mauldon & Luker, 1996). Un autre élément dont il faut tenir compte est le niveau de conscience de l'adolescent-e face à sa maturité sexuelle; le taux d'emploi des méthodes contraceptives sera plus faible (Murphy & Boggess, 1998) si l'adolescent-e n'est pas conscient de sa maturité sexuelle. Ces mêmes auteurs remarquent que le fait d'utiliser le condom, considéré comme diminuant le plaisir sexuel de l'adolescent, peut être un élément qui empêche son emploi. Marsiglio (1993), dans une étude auprès d'un échantillon de 1,880 garçons âgés de 15 à 19 ans, explique que les adolescents qui ont une perception traditionnelle du rôle masculin auront une définition de leur masculinité très liée aux relations et aux prouesses sexuelles, ce qui empêche l'utilisation des méthodes contraceptives (OR= -.10, (écart-type) $r = .03$, $p < .05$) et l'utilisation du condom (OR= .07, (écart-type) $r = .02$, $p < .05$). Cette perception nuit à l'utilisation des méthodes contraceptives. Il affirme que les adolescents qui ont une faible estime de soi, pensent parfois qu'avoir un bébé peut les faire se sentir comme de «vrais hommes»; ils éprouveront du plaisir avec une grossesse non planifiée et la non-utilisation des méthodes contraceptives. Selon Libbus (1995), un manque d'accessibilité aux méthodes contraceptives provoquerait une diminution de leur utilisation chez les adolescents-es.

D'autres études indiquent que la consommation d'alcool et l'abus de drogues diminuent l'utilisation des méthodes contraceptives, c'est-à-dire qu'il y a

une proportion d'utilisation plus faible chez les adolescents-es qui ont consommé des drogues ou de l'alcool avant d'avoir des relations sexuelles (Hingson, Strunin, Berlin, Heeren, 1990; Miret et al., 1997).

Plan familial

Thériault (1994) fait une révision des théories explicatives du comportement sexuel à l'adolescence. Dans son étude, il affirme qu'un niveau socio-économique élevé est l'un des facteurs qui favorise le plus l'utilisation des méthodes contraceptives. Le taux d'utilisation est également plus élevé si les adolescents-es ont une stabilité familiale (Thériault, 1994) et s'ils discutent avec leurs parents de la contraception (Crosby, DiClemente, Wingood, Sionean, Cobb, Harrington, Davies, Hook, & Kim Oh, 2001; Lerner et al., 1991; Thériault, 1994). Selon les écrits consultés, il est noté aussi que l'utilisation des méthodes contraceptives dépend du niveau de scolarité des parents. Si ces derniers ont un niveau de formation élevé, les adolescents-es montrent un taux d'emploi des méthodes contraceptives plus élevé (Thériault, 1994).

Plan social

Selon l'étude de Libbus (1995), faite auprès de 58 femmes, un facteur qui augmenterait l'emploi des méthodes contraceptives est l'accessibilité adéquate aux services sanitaires et l'accessibilité aux méthodes contraceptives. Par ailleurs, l'étude déjà citée de Mauldon et Luker (1996) démontre que les adolescents-es qui ont reçu une éducation sexuelle formelle, c'est-à-dire des programmes d'éducation sur la sexualité pendant leur scolarité, avant d'être sexuellement actifs, ont un taux

d'utilisation des méthodes contraceptives plus élevée que les adolescents-es qui n'ont pas reçu cette formation (OR= 2.38 pour la pilule et OR= 1.75 pour le condom, $p < 0.05$). De la même façon, Manning et al. (2000) démontrent que les adolescentes qui ont reçu un programme d'éducation sexuelle avant leur première relation sexuelle ont un taux d'utilisation des méthodes contraceptives plus élevé (OR= 1.763 avec écart-type = 0.136, $p < 0.05$). Si l'on tient compte de ces résultats, il est donc recommandable de faire des efforts afin de mettre sur pieds des programmes d'éducation sexuelle, et cela avant que l'adolescent-e soit sexuellement actif, c'est-à-dire pendant l'adolescence précoce et le début de l'adolescence moyenne. La conférence canadienne de concertation sur la contraception (1998), souligne qu'un élément qui favorise l'utilisation des méthodes contraceptives chez les adolescents-es est le fait que leur environnement soit positif par rapport à leur utilisation. Il est très important que la norme sociale appuie la contraception, puisque à l'adolescence précoce, les adolescents-es ont comme figures plus influentes leurs amis proches (Wong et al., 1999). Ainsi donc, si la norme est favorable, les adolescents-es pourraient avoir une conception positive de l'utilisation des méthodes contraceptives (SOGC, 1998; Abraham et al., 1996).

Actuellement, les méthodes contraceptives les plus utilisées chez les adolescent-es sont le condom et la pilule, et la plus recommandée par le service de planification familiale est le *Double Dutch*, c'est-à-dire leur utilisation combinée. La Théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) peut nous aider à mieux comprendre le mécanisme qui amène l'adolescent-e à utiliser ou non la

contraception. Selon Ajzen (1991), l'adoption d'un comportement, quand l'individu ne contrôle pas entièrement sa volonté, s'explique à travers les éléments de la théorie du comportement planifié. Cette théorie stipule que l'adoption d'un comportement s'explique à partir de déterminants psychosociaux, c'est-à-dire l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle perçu. La théorie du comportement planifié a été choisie comme cadre de référence pour cette étude et est présentée dans la section suivante.

La théorie du comportement planifié

Le comportement humain a été étudié par plusieurs auteurs au cours des dernières années, et plusieurs théories ont été créées dans le but de pouvoir le décrire, l'expliquer ou le prédire. Parmi ces théories, Ajzen (1991) a élaboré la Théorie du comportement planifié, variante de la théorie de l'action raisonnée qu'il avait développée avec Fishbein (1975).

Selon Ajzen (1991), la théorie du comportement planifié n'a pas seulement pour but de prédire un comportement déterminé, mais aussi de pouvoir expliquer sa non-adoption. Cette théorie découle des travaux réalisés sur la théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975). Cette dernière a été créée pour être utilisée face à des comportements vis-à-vis desquels l'individu a un contrôle total. Par contre, la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) a été conçue pour prédire le comportement lorsque l'individu n'a pas un contrôle total sur son comportement, c'est-à-dire un comportement qui ne dépend pas seulement de sa volonté pour être adopté (Madden, Scholder & Ajzen, 1992).

En accord avec Ajzen (1991), la théorie du comportement planifié est composée de cinq éléments principaux : le comportement (C), l'intention (I), les attitudes (A), les normes subjectives (NS) et la perception du contrôle perçu (PCP). Pour avoir une compréhension plus approfondie et précise de cette théorie, il faut en définir les variables qui la composent. Le schéma présenté à la page suivante illustre les principaux éléments de la théorie (figure 1).

Comportement

Ajzen (2001) parle du comportement comme d'une manifestation, une réponse visible à une situation donnée par rapport à un objectif donné. Différentes observations individuelles pourraient s'ajouter à divers contextes et temps pour avoir une mesure beaucoup plus large et représentative du comportement. Dans la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991), le comportement est une fonction d'intentions compatibles et de perceptions du contrôle perçu. D'un côté plus conceptuel, la perception du contrôle perçu (PCP) modère l'effet de l'intention sur le comportement. D'un côté plus pratique, l'intention et la perception du contrôle perçu ont souvent un résultat sur le comportement, mais toutefois l'interaction entre ces deux éléments n'est pas statistiquement significative.

Selon Gagné et Godin (1998), le comportement doit être clairement défini en fonction de quatre éléments afin de pouvoir le mesurer: l'action (a), l'objet (o), le contexte (c) et le temps (p). Pour faciliter la compréhension de cet aspect, il semble essentiel de donner un exemple. De cette façon, on pourrait parler du comportement d'utilisation de la *Double Dutch* de la façon suivante: utiliser lors de

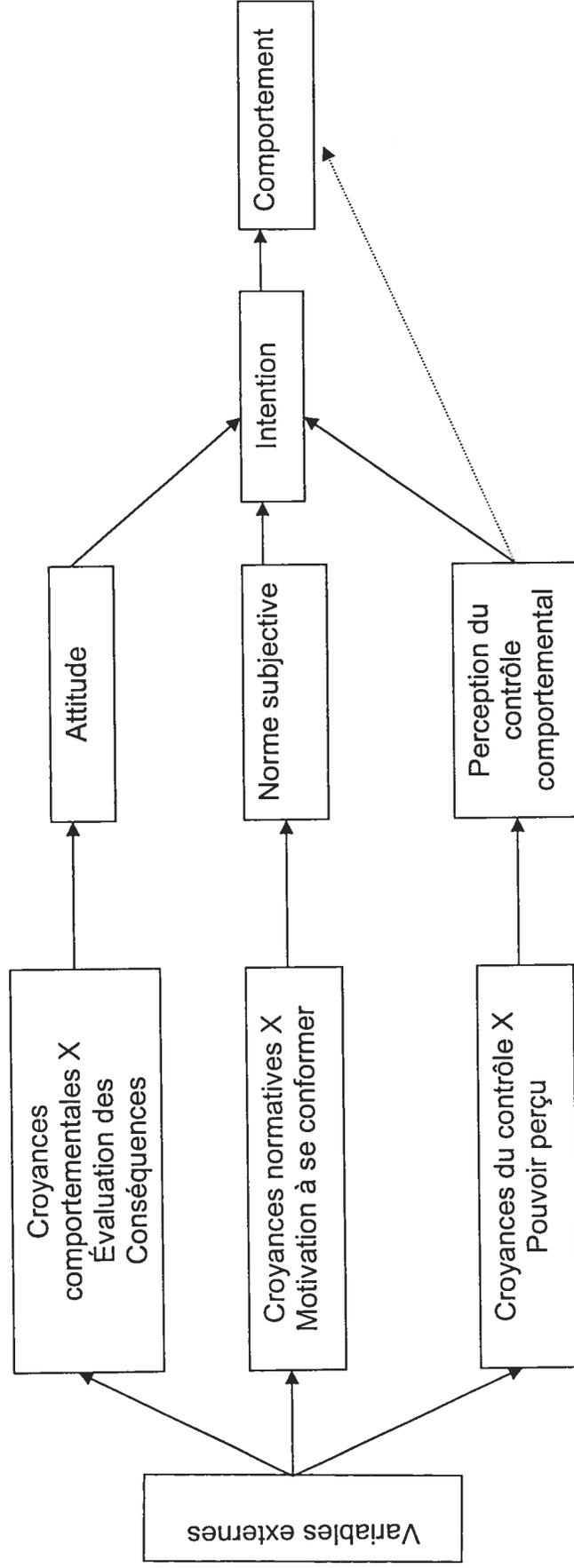


Figure 1. Schéma de la théorie du comportement planifié (inspiré de Ajzen, 1991 et Marcil, 2000).

chaque relation sexuelle (a) le *Double Dutch* (o) avec un nouveau partenaire (c) au cours des trois prochains mois (t) si on prédit, ou alors au cours des trois derniers mois si on explique.

Intention

L'intention est la variable antérieure au comportement. C'est la représentation cognitive de la volonté de l'individu pour réaliser un comportement donné (Ajzen, 2001). Finalement, l'intention est déterminée par trois éléments conceptuellement indépendants : l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle perçu. Chacune de ces variables a un poids relatif différent en fonction du comportement et de la population cible (Ajzen, 1991).

Attitude

Ajzen (1991) parle de l'attitude (A) comme l'estimation positive ou négative d'un individu vers l'adoption d'un comportement donné. Suivant sa pensée, l'attitude se développe à partir des croyances des personnes en rapport avec un «objet», c'est-à-dire nous établissons des croyances sur un comportement à partir de l'association entre celui-ci et certains de ses attributs. L'objet correspond au comportement et l'attribut à la conséquence ou le résultat de la réalisation de ce comportement. L'attitude envers le comportement est influencée par les croyances saillantes face à cet objet. L'ensemble de ces croyances constitue ce que les auteurs appellent les croyances comportementales.

Selon cette théorie, l'attitude (A) se détermine en faisant la sommation des croyances comportementales (b) pondérées par l'évaluation subjective (e) que l'individu fait positivement ou négativement des conséquences de la réalisation de ce comportement. Alors, plus l'attitude est positive vers la réalisation d'un comportement déterminé, plus grande sera l'intention de l'appliquer et vice-versa (Ajzen, 1991).

Norme subjective

La norme subjective (SN) est la deuxième composante pour déterminer l'intention d'adopter un comportement. Ajzen (1991) parle de la norme subjective comme de la pression sociale que perçoit l'individu pour adopter ou non un comportement. Il décrit de cette façon la norme subjective semblable à celle utilisée dans la théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975). Il estime que la norme subjective est aussi influencée par des croyances de différentes natures. Il s'agit de l'influence des personnes nommées comme «*référents*», c'est-à-dire les personnes significatives de l'entourage de l'individu. Selon Fishbein et Ajzen (1975) et Ajzen (1991), les croyances liées à la norme subjective s'appellent des croyances normatives. Précisons qu'elles sont attachées à la perception que l'individu a des personnes de référence par rapport à l'exécution ou non d'un comportement. La norme subjective (SN) se détermine en faisant la sommation des croyances normatives (n) pondérées par la motivation à se conformer ou non à l'opinion des autres (m). Donc, quand une personne pense que son entourage croit qu'elle doit adopter un comportement, si elle est motivée à se conformer à l'opinion des autres, son intention sera plus grande pour adopter ce comportement (Ajzen, 1991).

Perception du contrôle perçu

La perception du contrôle perçu (PCP) est le troisième déterminant de l'intention, c'est-à-dire la variable ajoutée par Ajzen (1991) à la théorie de l'action raisonnée. Il s'agit de la perception que l'individu a du comportement en termes de facilité ou difficulté à réaliser un comportement donné. Cette perception est aussi basée sur les expériences passées et sur les empêchements anticipés (Ajzen, 1991).

La PCP joue un rôle essentiel dans cette théorie. Elle a une influence indirecte par le biais de l'intention et une influence directe sur le comportement. Selon Ajzen (1991), la PCP influence directement le comportement pour deux raisons. D'un côté, si l'intention est constante, un comportement a plus de possibilités d'être réalisé si la personne a une perception de contrôle élevée sur ce comportement. D'un autre côté, la PCP peut être considérée comme une mesure du contrôle réel, c'est-à-dire quand il y a concordance entre la perception du contrôle du comportement et du contrôle réel exercé par la personne (Ajzen).

De la même façon que les autres variables qui influencent l'intention, la PCP est déterminée par les croyances, plus concrètement par les croyances de contrôle qui sont basées sur les expériences antérieures et l'information que l'individu reçoit des ressources externes. La PCP se détermine en faisant la sommation des croyances de contrôle (c) pondérées par la perception du pouvoir (p) exercé par des ressources qui facilitent ou inhibent l'adoption d'un comportement donné (Ajzen, 1991).

La théorie tient compte d'autres aspects qui peuvent influencer l'intention de réaliser un comportement, comme les variables externes, par exemple, les variables socio-démographiques, les traits de personnalité, etc. Ces variables sont filtrées à travers les croyances comportementales, normatives et de contrôle (Ajzen, 1991).

Pour faciliter la compréhension de cette théorie, un exemple de l'application centré sur les trois variables qui influencent l'intention serait très utile. L'attitude est déterminée par la croyance que l'utilisation combinée du condom et de la pilule (comportement) protègent adéquatement contre les maladies transmissibles sexuellement et la grossesse non planifiée (conséquence) et par l'importance que l'adolescent-e donne à la conséquence: se protéger contre les MTS et prévenir la grossesse. La norme subjective est obtenue par la croyance que l'adolescent-e obtient par rapport à l'opinion de son/sa ami-e (*réfèrent*) face à l'utilisation de la DD et par la prédisposition qu'il/elle a à se conformer à l'opinion de son/sa ami-e. Finalement, la perception du contrôle est obtenue par la croyance relative aux expériences antérieures et l'information reçue sur l'utilisation combinée du condom et de la pilule et la difficulté que l'adolescent-e perçoit pour adopter cette méthode contraceptive (perception perçue).

La Théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991), a été surtout utilisée pour observer et prédire différents comportements de santé (Blue, 1995; Godin & Kok, 1996; Godin, Valois & Lepage, 1993; Schifter & Ajzen, 1985). Elle a aussi été employée dans des études auprès d'adolescents-es (Godin & Kok, 1996; Lavoie & Godin, 1991; Otis, 1992; Rannie, & Craig, 1997; Reinecke, Schmidt & Ajzen,

1996). À la période de l'adolescence précoce, les adolescents-es sont très influençables, surtout dans leurs croyances. Bien que les croyances soient dynamiques et qu'elles peuvent changer tout au long de la vie, à l'adolescence précoce elles sont beaucoup plus sujettes au changement et influençables (Wong, et al., 1999). Selon la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991), les croyances influencent les attitudes, les normes subjectives et la PCP. En tenant compte de ce fait et de la théorie du comportement planifié (Ajzen), une recherche ayant pour but d'étudier l'adoption d'un comportement chez les adolescents-es doit tenir compte des croyances et de leur influence sur l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle perçu par rapport à ce comportement.

MÉTHODE

Cette section traite du devis de la recherche, du milieu et de la population, des participants à l'étude et de l'instrument de mesure. Ensuite, le déroulement de l'étude, les analyses statistiques et les considérations d'ordre éthique sont présentés.

Devis de l'étude

Le devis de cette recherche est de type descriptif et vise à décrire, à partir des croyances (comportementales, normatives et de contrôle), l'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle face à l'utilisation du *Double Dutch* chez les adolescents-es de quatrième année d'ESO de Sabadell, Espagne. L'étude vise aussi à vérifier les relations entre ces variables

Milieu et population

L'étude a été réalisée dans la ville de Sabadell, Barcelone, Espagne. Selon l'Institut National de statistique d'Espagne (2000) (INE), la population de cette ville est de 187,723 habitants. La ville est divisée en sept districts et ceux-ci sont divisés en 29 quartiers. Les écoles de chaque quartier sont répertoriées dans un répertoire des centres d'Enseignement Secondaire de cette ville. Le nombre total de centres est de 33, 12 publiques tous laïques, et 21 privés, 10 sont catholiques et 11 sont laïques. Le nombre total d'adolescents-es inscrits en quatrième année d'ESO est de 2,268, dont 1,170 sont inscrits aux centres publiques et 1,098 aux centres privés (Ajuntament de Sabadell, 2001).

À l'origine, une méthode d'échantillonnage stratifié par district et par type d'école (publique et privée) a été retenue pour assurer une meilleure représentation des différents niveaux socio-économiques de cette région (Fortin, 1996). Ainsi, une école publique et une privée dans chaque district puis, dans chaque école, une classe devait être choisie au hasard. Il y a deux districts sans aucun centre d'ESO, les adolescents-es de ces districts doivent étudier dans d'autres districts; alors, dans ces districts, deux écoles publiques et deux écoles privées devaient être choisies. Toutefois, nous n'avons pu appliquer ce type d'échantillonnage puisque nous avons obtenu la permission de seulement trois lycées privés. Les raisons du refus de participer, tant en centres publiques comme privés, sont: (1) leurs étudiants-es n'étaient pas formés-es pour répondre à ce type de questionnaire (2) qu'ils/elles étaient trop jeunes pour répondre à ces questions et (3) les directeurs ne considéraient pas que l'étude était adéquate pour leurs étudiants-es. Ainsi les écoles d'ESO qui ont participé à l'étude ont été sept écoles publiques et trois privées. Le manque de représentativité des écoles privées devient une limite importante de l'étude puisque l'échantillon se voulait représentatif de la population adolescente de la région.

Selon les calculs statistiques effectués avec un intervalle de confiance de 95%, un $\alpha=0.05$ et un $\beta=0.20$, la taille de l'échantillon nécessaire est de 239. Puisqu'habituellement les études faites auprès des adolescents ont un taux élevé de questionnaires annulés, nous avons distribué 400 questionnaires. Le nombre final de questionnaires valides est de 281 correspondant alors au n total de l'étude.

Pour participer à l'étude, les adolescents et adolescentes devaient être âgés-es de 15 ou 16 ans. Cet âge correspond à celui où débutent les relations sexuelles complètes (Díaz-Gómez et al., 2000). L'ensemble des élèves de chaque classe était invité à participer à l'étude. La variable «*expérience sexuelle antérieure*» a été contrôlée lors des analyses statistiques.

Participants à l'étude

Les participants à l'étude ont été recrutés dans 10 centres d'ESO, sept publics (n=222) et trois privés (n=59) auprès d'élèves inscrits en quatrième année de l'Enseignement Secondaire Obligatoire puisque c'est à ce niveau que se retrouvent les jeunes de 15 et 16 ans. L'échantillon final de 281 participants a été divisé en fonction du genre; la distribution obtenue est de 152 filles (54,1%) et de 129 garçons (45,9%).

Par rapport au lieu de naissance, la presque totalité des participants-es sont nés-es en Catalogne (97,2%). Le niveau socio-économique a été calculé de façon indirecte à l'aide du niveau de scolarité et de l'occupation des parents. Les résultats de ces variables montrent que la majorité des adolescents-es proviennent de niveau socio-économique moyen (53,2%), puis dans une proportion moindre de niveau inférieur (32,9%); seulement 13,9% sont de milieu socio économique élevé selon nos calculs.

Par rapport au début des relations sexuelles complètes, 77,6% (n=218) des adolescents-es ont déclaré ne pas avoir eu de relations sexuelles, tandis que 22,4% (n=63) des participants affirment avoir déjà eu des relations sexuelles.

Instrument de mesure

Pour la collecte de données, un questionnaire a été élaboré selon les recommandations de Ajzen et Fishbein (1997). Selon ces auteurs, il y a deux façons de mesurer l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle. On peut les mesurer de manière directe ou indirecte. La mesure indirecte se fait à partir des croyances saillantes, de types comportementales, normatives et du contrôle, pondérées par l'évaluation subjective, la motivation à se conformer et la perception du pouvoir respectivement (Ajzen, 1991; Gagné & Godin, 1998). Pour cette recherche, la mesure indirecte de ces construits a été utilisée.

Ces auteurs proposent une démarche concrète pour bien construire le questionnaire. Son élaboration implique plusieurs étapes, (1) identification des croyances saillantes, (2) analyse et comparaison des croyances saillantes personnelles de l'ensemble des sujets, (3) identification des croyances modales, c'est-à-dire les croyances saillantes chez une population concrète, et (4) finalement, l'élaboration des items visant la mesure des construits de la théorie du comportement planifié. En plus de cette procédure, deux questionnaires déjà utilisés auprès des adolescents-es ont été consultés, le questionnaire de Craig et al. (2000) et celui de Godin (1998).

Selon Gagné et Godin (1998), l'identification des croyances saillantes doit se faire à partir de l'obtention de différentes sources d'information. Plus concrètement, à partir: (1) des avantages et des désavantages perçus liés à l'adoption du comportement, (2) des référents qui ont une opinion sur l'adoption

d'un comportement donné et (3) des obstacles perçus et des conditions facilitant l'adoption de ce comportement. En tenant compte de ces aspects, Gagné et Godin (1998), proposent de recueillir cette information à partir d'un échantillon représentatif de la population à l'étude, puisque l'information varie d'un individu à un autre. En conséquence, une classe parmi l'ensemble des écoles a été choisie pour identifier les croyances saillantes. Les auteurs recommandent au début de grouper toutes ces croyances en fonction du fait d'exprimer une même idée, puis de les grouper en fonction des trois types de croyances : comportementales, normatives et du contrôle. Ultérieurement, chaque construit est mesuré indirectement à partir de ces croyances. L'énoncé général qui s'applique à chaque item est fait à partir de la définition du comportement à étudier.

L'intention

L'intention est la volonté ou la motivation de l'individu à réaliser un comportement donné (Ajzen, 2001). Cette variable est mesurée de façon directe en fonction de la définition du comportement à l'étude. Une seule question, la première du questionnaire mesurait l'intention des adolescents-es en regard du comportement mesuré.

Attitude

Ajzen (2001) décrit l'attitude comme l'estimation positive ou négative d'un individu envers l'adoption d'un comportement donné. L'attitude a été rendue opérationnelle par une mesure indirecte à deux composantes, en faisant la somme des composantes cognitives (ou croyances comportementales «b») et des

composantes affectives (évaluation des conséquences «e») que l'individu fait positivement ou négativement des conséquences de l'adoption de ce comportement (Ajzen, 1991). Les croyances comportementales établissent le lien entre le comportement et les résultats attendus (Ajzen, 1991).

L'attitude a été mesurée à partir de 20 questions. Les croyances comportementales sont au nombre de 10 croyances, dont 5 sont favorables (#2, #4, #6, #8, #10) et 5 défavorables (#12, #14, #16, #18, #20) à l'utilisation de la méthode du *Double Dutch*. De la même façon que pour les croyances comportementales, l'évaluation des conséquences est mesurée à partir de 10 items, 5 favorables (#3, 5, 7, 9, 11) et 5 défavorables (#13, 15, 17, 19, 21) à l'utilisation du *Double Dutch*. Elles sont mesurées en termes d'importance. L'attitude est calculée à l'aide de la formule mathématique suivante élaborée par Ajzen (1991): $A = \alpha \sum b \cdot e$

Norme subjective

Ajzen (2001) définit la norme subjective comme la pression sociale que perçoit l'individu pour adopter ou non un comportement. La norme subjective a été rendue opérationnelle à partir d'une composante cognitive (croyance normative «n») et d'une composante affective (motivation à se conformer «m»). La norme subjective (NS) se détermine indirectement, donc en faisant la somme des croyances normatives pondérées par la motivation à se conformer ou non à l'opinion des autres. Les croyances normatives représentent les attentes du comportement perçues par chaque «réfèrent» (Ajzen, 2001).

Pour mesurer cet environnement nous avons créé trois sous-sections. Une première section afin d'identifier quels sont les référents-es les plus significatifs pour les adolescent-es (maximum de 5). Une deuxième afin de connaître l'opinion de ces référent-es par rapport à l'utilisation du *Double Dutch* (mesurée en termes d'en faveur, je ne sais pas et en défaveur). Finalement, une troisième section afin de connaître la tendance des adolescents-es à se conformer à l'opinion des référents identifiés (mesurée en termes de la plupart du temps, de temps en temps et rarement). Cette norme subjective est calculée à l'aide de l'équation mathématique suivante élaborée par Ajzen: $NS = \alpha \sum n \cdot m$

Perception du contrôle perçu

Ajzen (2001) définit la perception du contrôle perçu comme l'impression que l'individu a du comportement en termes de facilité ou difficulté à réaliser un comportement donné. La perception du contrôle perçu est mesurée de façon directe et indirecte. Pour la mesure directe, une seule question (#22) a été utilisée. La mesure indirecte de la perception du contrôle a été rendue opérationnelle par une mesure à deux composantes, soit une composante cognitive (croyance de contrôle «c») et une composante affective (pouvoir perçu «p»). La perception du contrôle perçu (PCP) se mesure indirectement en faisant la somme des croyances de contrôle pondérées par la perception du pouvoir exercé par des ressources qui facilitent ou inhibent l'adoption d'un comportement donné (Ajzen, 1991): les croyances de contrôle sont reliées à la perception de facteurs perçus, des facteurs qui peuvent faciliter ou empêcher la réalisation d'un comportement donné (Ajzen, 1991).

La perception du contrôle perçu a été mesurée à partir de 14 items. Les croyances de contrôle comptent 7 croyances, l'une favorable (#25) et 6 défavorables (#23, #27, #29, #31, #33, #35) à l'utilisation du *Double Dutch*. De la même façon, le pouvoir perçu a été mesuré à partir de 7 items, 6 barrières (#24, #28, #30, #32, #34, #36) et un item confirmant (#26) l'utilisation du *Double Dutch*. Ces barrières sont mesurées en termes de *je pourrais ou je ne pourrais pas avoir...* On utilise l'équation suivante (Ajzen): $PCP = \alpha \Sigma c \bullet p$

Variables externes

Selon Ajzen (1991), les variables externes peuvent influencer l'intention d'adopter ou non un comportement. Ces variables sont filtrées à travers des croyances comportementales, normatives et de contrôle. Dans cette section, nous avons analysé les différentes variables qui, selon les écrits consultés, influencent la contraception. Nous avons demandé aux adolescents-es dans quelle mesure ils-elles étaient conscients-es d'avoir atteint leur maturité sexuelle, s'ils avaient déjà utilisé ou non des méthodes contraceptives et si oui, quelle était la facilité d'emploi de chaque méthode et s'ils se sentaient à l'aise ou non lorsqu'ils utilisaient l'une ou l'autre de ces méthodes. Par la suite, nous leur avons demandé quelle méthode était, selon eux-elles, la plus efficace pour la prévention de la grossesse et des MTS, quelles étaient leurs sources d'information, dans quelle mesure les différentes méthodes contraceptives leur étaient accessibles et finalement, quelle était, selon eux-elles, l'influence de la consommation d'alcool et de drogues sur la fréquence des relations sexuelles. Ces questions se trouvent à la dernière partie du questionnaire dès #37 à #57.

Validité

L'instrument de mesure fut soumis à trois experts en contraception à l'adolescence qui ont aussi une expérience en recherche. Ils se sont prononcés sur la pertinence et la clarté des énoncés de chaque item. De la même façon, ils ont été invités à ajouter leurs commentaires et suggestions, tant sur le fond que sur la forme de l'instrument de mesure. De plus, pour garantir la clarté des énoncés, une étude pilote fut réalisée auprès de 10 sujets pré-sélectionnés dans cette population. À partir des commentaires des adolescents-es consultés à l'étude pilote, nous avons décidé d'ajouter un exemple aux questions #41 et #43 sur l'occupation des parents et de donner des explications sur comment répondre à ces questions.

Fiabilité

Selon Fortin (1996), pour vérifier l'homogénéité des énoncés d'un instrument de mesure, une analyse de cohérence interne (alpha de Cronbach) est calculée. Le calcul du coefficient alpha permet d'évaluer jusqu'à quel point chaque item du questionnaire mesure de façon similaire le même concept (Fortin, 1996). Il est recommandé pour un nouvel instrument de mesure un alpha de Cronbach autour de 0.70 (Burns & Grove, 2001). L'instrument de mesure utilisé a obtenu un alpha de Cronbach global de 0,60. Les coefficients calculés pour chaque partie, attitude, norme subjective et perception du contrôle perçu sont respectivement de 0,68, 0,53 et 0,48.

Déroulement de l'étude

Pour la réalisation de cette étude nous avons contacté la responsable du département de promotion de la santé de l'Hôtel de Ville. Elle a écrit une lettre de présentation de l'étude pour chacun des 33 centres. Par la suite, les différents directeurs et enseignants concernés ont été contactés pour les informer du but de l'étude et solliciter la permission de passer le questionnaire. La passation des questionnaires a été effectuée en une seule fois pour chaque centre au moment d'une heure académique afin de maximiser le nombre d'adolescents-es par classe. La présence de l'investigateur et de l'enseignant a permis d'assurer que les participants ne parlaient pas entre eux lors de la passation du questionnaire. Chaque participant devait retourner son questionnaire dans une boîte fermée afin de garantir la confidentialité. L'enseignant n'avait aucun accès aux questionnaires retournés dans la boîte.

Analyses statistiques

Compte tenu du caractère de l'étude, des statistiques de type descriptif sont utilisées, c'est-à-dire des statistiques de mesure centrale et de dispersion, pour décrire l'intention, l'attitude, la norme subjective, la perception du contrôle et les variables sociodémographiques. Aussi, pour analyser l'association entre les variables, un test de khi-2 de Pearson est utilisé pour la comparaison des variables qualitatives (proportions) et un test de t de Student est appliqué pour établir la différence entre les variables quantitatives (moyennes). Postérieurement, une analyse de corrélation de Spearman a été utilisée pour les différentes variables

significatives et l'intention. Finalement, une régression logistique multiple fut calculée en ajoutant toutes les variables significatives par rapport à l'intention, ceci afin d'expliquer la variable comportement et les éléments qui, par la suite, ont de l'influence.

Considérations d'ordre éthique

Cette étude fut présentée et acceptée par le Comité d'Éthique de l'Université de Montréal. Les élèves qui participaient à l'étude ont été informés du but de l'étude, de leur droit de ne pas répondre à certaines questions ou de refuser de participer. Ils ont été assurés de l'anonymat, de même que de la confidentialité de leurs réponses tout au long de l'étude et lors des publications ultérieures puisque aucun nom n'apparaît sur les questionnaires et qu'un code numérique a été utilisé.

RÉSULTATS

La présentation des résultats est divisée en quatre parties, en fonction des questions de recherche et de l'analyse des variables qui influencent l'utilisation des méthodes contraceptives en général. La première partie concerne la présentation des résultats descriptifs des variables: l'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle perçu. La deuxième partie présente les résultats concernant la variation de ces variables en fonction des variables externes (genre, type de lycée, précocité des relations sexuelles et niveau socio-économique). Dans la troisième partie, l'influence des variables externes, de l'attitude, de la norme subjective et de la perception de contrôle sur l'intention d'adopter ou non la méthode *Double Dutch* est analysée. Finalement, la dernière partie présente les résultats des variables pouvant influencer l'utilisation des méthodes contraceptives. Rappelons que le N total est de 281 (n minimal de 239), dont 152 adolescentes et 129 adolescents, à moins d'indication contraire. Les résultats sont arrondis à une décimale près, le total des distributions de fréquence peut donc atteindre $\pm 100\%$.

Première question de recherche

L'intention

L'intention est la seule variable de la théorie du comportement planifié qui peut influencer directement le futur comportement à adopter (Ajzen, 1991). De façon plus simple, un individu pourra adopter un comportement s'il a l'intention de le faire, bien qu'ultérieurement d'autres variables puissent influencer de façon positive ou négative l'intention et ainsi modifier son intention première.

L'intention a été mesurée à partir d'une seule question (#1 du questionnaire). Les statistiques descriptives indiquent une moyenne globale de 5,07 et un écart-type de $\pm 1,64$ (min=1; max=7); celle-ci se situe au dessus de la moyenne théorique de l'échelle qui est de 4 (Tableau 1). Si on regroupe les valeurs de l'échelle de Likert en trois catégories de façon à obtenir une opinion négative (1, 2, 3), neutre (4) et positive (5, 6, 7), on constate que 15,7% ont une intention négative, 18,1% neutre et 66,2% positive face à l'utilisation de la méthode *Double Dutch*. On peut donc affirmer que les 2/3 des adolescents-es de l'étude disent avoir l'intention d'utiliser cette forme de contraception.

Tableau 1 Distribution de l'intention des adolescents-es face à l'utilisation du *Double Dutch*

(n=281)	L'intention						
	1	2	3	4	5	6	7
N	14	14	16	51	35	102	49
%	5%	5%	5,7%	18,1%	12,5%	36,3%	17,4%

Les variables qui sont présentées dans la prochaine section ont une influence indirecte sur le comportement à adopter. Ce sont l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle perçu.

L'attitude

Dans cette section, les résultats sont présentés en fonction des croyances comportementales, de l'évaluation des conséquences et finalement, des résultats globaux des attitudes.

Croyances comportementales

Pour mesurer la composante cognitive des croyances comportementales, nous avons demandé aux adolescents-es leur opinion sur 10 croyances, 5 favorables et 5 défavorables à l'utilisation de la méthode du *Double Dutch*. Les statistiques descriptives de chaque énoncé sont présentées au Tableau 2.

La moyenne des moyennes calculées est égale à 4,84. Toutes les moyennes individuelles se situent au-dessus de la moyenne théorique, à l'exception de celle d'un seul item (#20). L'étendue est maximale pour chacun des 10 items. Pour faciliter la compréhension des résultats, les réponses aux items ont été regroupées selon les catégories mentionnées antérieurement. De cette façon, les personnes qui ont répondu avec un score de 1, 2, 3 ont des croyances normatives opposées à l'utilisation de cette méthode *DD*. Tandis que les scores 5, 6, 7 correspondent à des croyances comportementales favorables à son utilisation. Finalement, le score 4 correspond à une position neutre, c'est-à-dire ni favorable ni défavorable.

Par rapport aux cinq croyances comportementales favorables, 76,1% des adolescents-es ont, en général, des croyances favorables à l'utilisation du *DD*. La croyance ayant obtenu la moyenne la plus élevée ($\bar{x} = 6,2$, $SD_{\pm} 1,1$) est l'item # 4: *l'utilisation du Double Dutch est plus efficace pour la prévention de la grossesse*. Par contre, la croyance ayant obtenu la moyenne la plus basse ($\bar{x} = 4,4$, $SD_{\pm} 1,6$) est le #10: *l'utilisation du DD ne présente aucun désavantage*. Par rapport aux croyances défavorables, 55,5% des adolescents-es ont des croyances défavorables face à l'utilisation de *DD*. Toutes les moyennes se situent au-dessus

de 4, la moyenne théorique, soit entre $\bar{x}=4,2$ et 4,7, c'est-à-dire les valeurs correspondant à une position neutre. En somme, les participants-es ont une attitude favorable face à l'utilisation du *DD* puisque les moyennes des croyances comportementales favorables des adolescents-es se situent davantage à l'extrême de l'échelle «très en accord», tandis que celles des croyances défavorables se retrouvent toutes autour de la moyenne théorique de 4, soit à une valeur neutre.

Évaluation

Pour mesurer la composante affective, nous avons recueilli l'opinion des adolescents-es à partir de 10 items correspondant à l'évaluation des conséquences à l'utilisation de la méthode du *DD*, 5 favorables et 5 défavorables. Les statistiques descriptives sont présentées de la même manière que précédemment (Tableau 3). La moyenne des moyennes est de 5,42 et la variation est maximale pour l'ensemble des items.

En général, 84,7% des adolescents-es évaluent les conséquences favorables à l'utilisation du *DD* comme très importantes puisque toutes les moyennes sont plus élevées que 4,8 $SD \pm 1,6$. La prévention de la grossesse est la conséquence ayant obtenu la plus forte moyenne. Par contre, au niveau des conséquences défavorables, aucune des moyennes n'est supérieure à 5,7. Un item a obtenu une moyenne très faible de 2,7: *il est très important de penser que le DD ne présente aucun avantage* (#21).

Tableau 2

Statistiques descriptives des croyances comportementales des adolescents-es face à l'utilisation du *Double Dutch*

#	Croyances comportementales	n	\bar{X}	SD	Min	Max	1	2	3	4	5	6	7
2	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> me fait sentir plus en sécurité	281	6,0	1,3	1	7	1,4%	1,8%	1,4%	10,3%	6,4%	34,5%	44,1%
4	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> est plus efficace pour la prévention de la grossesse	281	6,2	1,1	1	7	0,7%	1,1%	1,8%	5,3%	5,3%	37,0%	48,8%
6	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> me protège mieux contre les MTS	281	5,6	1,5	1	7	3,6%	3,6%	3,6%	10,0%	11,0%	35,6%	32,7%
8	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> est plus efficace pour la prévention des MTS	281	5,4	1,6	1	7	5,0%	2,8%	3,6%	13,5%	11,0%	40,6%	23,5%
10	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> n'a aucun désavantage	281	4,4	1,6	1	7	6,8%	8,9%	8,9%	25,3%	18,5%	22,4%	9,3%
12	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> m'ennuie car il faut être attentif à deux méthodes contraceptives	281	4,4	1,7	1	7	7,5%	8,5%	8,9%	24,9%	17,4%	22,8%	10,0%
14	Prendre une pilule à chaque jour me dérange	281	4,6	1,8	1	7	7,8%	10,0%	4,6%	23,5%	13,5%	27,4%	13,2%
16	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> occasionne des effets secondaires (pilule) ou des désagréments (condom)	281	4,5	1,5	1	7	5,0%	7,1%	4,6%	34,2%	21,4%	21,4%	6,4%
18	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> n'est pas nécessaire, une des 2 méthodes (le condom) est suffisante pour prévenir la grossesse et les MTS	281	4,7	1,8	1	7	8,2%	8,5%	8,2%	13,9%	21,0%	23,5%	16,7%
20	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> n'a aucun avantage	281	2,6	1,5	1	7	32,7%	25,6%	9,3%	19,6%	8,9%	2,1%	1,8%

Tableau 3

Statistiques descriptives de l'évaluation de la conséquence des adolescents-es face à l'utilisation du *Double Dutch*

#	Évaluation Conséquence	n	\bar{X}	SD	Min	Max	1	2	3	4	5	6	7
3	Pour moi, il est très important de me sentir en sécurité	281	5,7	1,7	1	7	3,2%	4,6%	3,9%	10,7%	7,1%	21,0%	49,5%
5	Pour moi, il est très important de prévenir le plus efficacement possible une grossesse	281	6,7	0,7	1	7	0,4%	0%	0,4%	1,8%	2,5%	17,8%	77,2%
7	Pour moi, il est très important de me sentir protégé-e contre les MTS	281	6,6	0,8	1	7	0,7%	0%	4,4%	1,8%	4,3%	23,1%	69,8%
9	Pour moi, il est très important de prévenir le plus efficacement possible les MTS	281	6,5	1,0	1	7	1,4%	0,4%	0,4%	2,1%	3,9%	22,1%	69,8%
11	Pour moi, il est très important de penser que le <i>Double Dutch</i> n'a aucun désavantage	281	4,8	1,6	1	7	6,0%	5,7%	6,4%	25,6%	17,1%	24,9%	14,2%
13	Pour moi, il est important de n'être pas ennuyé-e par les méthodes contraceptives	281	5,7	1,4	1	7	2,1%	2,5%	1,4%	12,5%	13,2%	34,2%	34,2%
15	Pour moi, il est important de ne pas être dérangé-e par la méthode contraceptive que j'utilise (prendre la pilule chaque jour)	281	5,4	1,5	1	7	2,5%	4,3%	1,4%	18,1%	12,4%	34,2%	27,0%
17	Pour moi, il est important de ne pas ressentir les effets secondaires de la pilule ou les désagréments du condom	281	5,6	1,5	1	7	2,8%	1,4%	5,3%	14,2%	11,0%	28,8%	36,3%
19	Pour moi, il est très important de penser qu'une seule méthode (le condom) est suffisante pour prévenir la grossesse et les MTS	281	4,5	1,8	1	7	6,4%	10,3%	13,2%	17,8%	18,9%	17,4%	16,0%
21	Pour moi, il est très important de penser que le <i>Double Dutch</i> n'a aucun avantage	281	2,7	1,6	1	7	36,7%	17,4%	7,5%	26,0%	8,2%	2,5%	1,8%

Attitude

En tenant compte que l'attitude est la somme des croyances comportementales pondérées par l'évaluation des conséquences, un score variant d'une valeur minimale de 1 et maximale de 49 peut être obtenu. De manière arbitraire, nous avons pris la valeur centrale de l'échelle 24,5 comme point de démarcation entre une attitude favorable ou défavorable. Ainsi, tous les scores au dessus de 24,5 sont considérés comme correspondant à une attitude favorable à l'utilisation du *DD* et vice versa. Afin de faciliter une meilleure compréhension des résultats, nous avons regroupé l'attitude des adolescents face aux avantages et aux désavantages de l'utilisation du *DD*. Pour chaque énoncé, les moyennes, les écarts-types et le résultat minimal et maximal de chaque croyance comportementale et du produit des deux composantes de l'attitude (croyance comportementale x évaluation de la conséquence) sont présentés. Finalement, la moyenne globale des attitudes favorable et défavorable à l'utilisation du *DD* est présentée à la fin des Tableaux 4 et 5.

La moyenne globale de l'attitude face aux avantages est de $\bar{x} = 34,3$ SD ± 8 (Tableau 4). Par rapport aux moyennes individuelles des différents énoncés, on observe une grande variation, soit de $\bar{x} = 22,5$ SD $\pm 1,7$ à $\bar{x} = 41,6$ SD $\pm 8,8$. L'attitude ayant la moyenne la plus faible est: «*l'utilisation du Double Dutch ne présente aucun désavantage*» et celle obtenant la moyenne la plus élevée est: «*l'utilisation du Double Dutch est plus efficace pour la prévention de la grossesse*» (Tableau 4).

Tableau 4

Statistiques descriptives des attitudes des adolescentes-es face aux avantages de l'utilisation du *Double Dutch*

		Attitudes des adolescents-es face aux avantages du <i>Double Dutch</i>				Produit b x e			
	Énoncés	\bar{x}	s	min	max	\bar{x}	s	min	max
2	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> me fait sentir plus en sécurité	6,0	1,3	1	7	35,0	13,3	1	49
3	Pour moi, il est très important de me sentir en sécurité	5,7	1,7	1	7				
4	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> est plus efficace pour la prévention de la grossesse	6,2	1,1	1	7	41,6	8,8	1	49
5	Pour moi, il est très important de prévenir le plus efficacement possible une grossesse	6,7	0,7	1	7				
6	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> me protège mieux contre les maladies transmissibles sexuellement	5,6	1,5	1	7	37,1	11,7	1	49
7	Pour moi, il est très important de me sentir protégé-e contre les maladies transmissibles sexuellement	6,6	0,8	1	7				
8	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> est plus efficace pour la prévention des MTS	5,4	1,6	1	7	35,6	12,0	1	49
9	Pour moi, il est très important de prévenir le plus efficacement possible les MTS.	6,5	1,0	1	7				
10	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> n'a aucun désavantage	4,4	1,7	1	7	22,5	1,7	1	49
11	Pour moi, il est très important de penser que le <i>Double Dutch</i> n'a aucun désavantage	4,7	1,6	1	7				
		Attitude				Moyenne Globale	8,0	2,2	49

Tableau 5

Statistiques descriptives des attitudes des adolescentes-es face aux désavantages de l'utilisation du *Double Dutch*

		Attitude des adolescents-es face aux désavantages du Double Dutch					Produit b x e		
	Énoncés	\bar{x}	s	min	max	\bar{x}	s	min	max
12	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> m'ennuie car il faut être attentif à deux méthodes contraceptives	4,4	1,7	1	7	25,6	11,9	1	49
13	Pour moi, il est important de n'être pas ennuyé-e par les méthodes contraceptives	5,7	1,4	1	7				
14	Prendre une pilule à chaque jour me dérange	4,6	1,8	1	7	25,8	13,6	1	49
15	Pour moi, il est important de ne pas être dérangé-e par la méthode contraceptive que j'utilise (prendre la pilule chaque jour)	5,4	1,5	1	7				
16	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> occasionne des effets secondaires (pilule) ou des désagréments (condom)	4,5	1,5	1	7	25,8	11,7	1	49
17	Pour moi, il est important de ne pas ressentir les effets secondaires de la pilule ou les désagréments du condom	5,6	1,5	1	7				
18	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> n'est pas nécessaire, une des 2 méthodes (le condom) est suffisante pour prévenir la grossesse et les MTS.	4,7	1,8	1	7	23,1	14,6	1	49
19	Pour moi, il est très important de penser qu'une seule méthode (le condom) est suffisante pour prévenir la grossesse et les MTS	4,5	1,8	1	7				
20	L'utilisation du <i>Double Dutch</i> n'a aucun avantage	2,6	1,6	1	7	8,4	8,7	1	49
21	Pour moi, il est très important de penser que le <i>Double Dutch</i> n'a aucun avantage	2,7	1,6	1	7				
Attitudes						Moyenne Globale	7,8	1	49

Par rapport aux désavantages liés à l'utilisation du *DD*, la moyenne globale est de: $\bar{x} = 21,8$ SD $\pm 7,8$ (voir Tableau 5). Pour ces énoncés, les moyennes se situent autour de 25 sauf dans le cas d'une attitude qui obtient une moyenne très basse (#20) $\bar{x} = 8.4$ SD ± 8.7 : «*l'utilisation du Double Dutch ne présente aucun désavantage*».

La norme subjective

La norme subjective permet de connaître l'environnement des adolescents-es. Pour faciliter la compréhension, les résultats sont donc présentés en fonction des référents, des croyances normatives et de la motivation à se conformer. Puis, nous présentons les résultats globaux de la norme subjective.

Référents

Pour identifier les personnes de référence chez les adolescents-es, nous leur avons demandé d'identifier un maximum de cinq personnes significatives pour eux-elles. Les amis-es ont été nommés 399 fois, suivis des parents, soit le père 239 fois et la mère 237 (voir Tableau 6).

Bien que les adolescents-es aient été informés que l'ordre d'énumération de leurs référents n'avait pas d'importance, on note que les parents ont été les personnes sélectionnées le plus fréquemment dans les deux premiers choix de la liste.

Tableau 6

Distribution des référents

Référent	Fréquence (n)
Ami-e	399
Père	239
Mère	237
Frère-Soeur	151
Cousin-e	62
Copain-copine	61
Grand-père/Grand-mère	59
Autres	53
Professeur-e	30
Total :	1291

Croyances normatives

Pour mesurer la composante cognitive des croyances normatives, nous avons demandé aux participants quelle était l'opinion des personnes significatives énumérées face à l'utilisation du *Double Dutch*. Globalement, 57% des participants ont indiqué que leurs référents étaient en faveur de l'utilisation de cette méthode contraceptive, alors que 34,9% ignoraient l'opinion de ces référents et que 8,1% de ces personnes étaient contre. Par rapport à l'opinion des référents-es, les résultats indiquent une répartition assez semblable entre ces personnes et ce, pour toutes les catégories d'opinion (voir Tableau 7).

Tableau 7

Distribution des adolescents-es en fonction de leur opinion

RÉFÉRENTS	N	OPINION		
		en faveur	ne sait pas	en défaveur
Père	239	57,2%	36,1%	6,6%
Mère	237	57,1%	36%	7,0%
Frère/Soeur	151	56,4%	36,7%	6,9%
Copain/copine	61	56%	29,6%	14,4%
Ami-e	399	57,1%	33,1%	9,8%
Professeur-e	30	50%	44,4%	5,6%
G-père/G-mère	59	54,5%	36,5%	9,0%
Cousin-e	62	60,1%	29,9%	10,0%
Autres	53	66,3%	29,7%	4,0%

Motivation à se conformer

Pour mesurer la composante affective de la norme, soit la motivation à se conformer à l'opinion des autres, les participants-es devaient choisir entre trois réponses: la plupart du temps, de temps en temps, rarement. À la lumière des résultats, nous pouvons affirmer qu'en moyenne 45,4% des adolescents avaient une prédisposition à se conformer, la plupart du temps, à l'opinion des référents, 43,2% de temps en temps et, finalement, 11,4% rarement. Les adolescents-es consultés ont surtout tendance à se conformer à l'opinion de leur copain-copine et de leur mère (voir Tableau 8).

Tableau 8

Distribution des adolescents-es en fonction de leur tendance à se conformer

RÉFÉRENTS	N	TENDANCE À SE CONFORMER		
		La plupart du temps	De temps en temps	Rarement
Père	239	49,4%	39,7%	10,9%
Mère	237	55,3%	36,3%	8,4%
Frère/Soeur	151	40,4%	45%	14,6%
Copain/copine	61	64%	31,1%	4,9%
Ami-e	399	40,6%	48,9%	10,5%
Professeur-e	30	30%	56,7%	13,3%
G-père/G-mère	59	35,6%	45,8%	18,6%
Cousin-e	62	27,4%	48,4%	24,2%
Autres	53	52,8%	39,7%	7,5%

Norme subjective

Pour l'obtention du score de la norme subjective, le produit de la croyance normative par la motivation à se conformer a été calculé. Les scores varient de 1 à 9 avec une valeur centrale de l'échelle à 4,5, valeur considérée comme point de division entre une norme subjective favorable ou défavorable à l'utilisation du *DD*. Ainsi, toutes les moyennes au dessus de 4,5 indiquent une norme subjective défavorable, tandis que celles en dessous de 4,5 indiquent une norme favorable.

La moyenne globale calculée est de 2,63 avec un écart-type de $\pm 1,64$ (min=1; max=9). Cette valeur se situe au dessous de la moyenne théorique indiquant une norme subjective favorable à l'utilisation du *DD*.

La perception du contrôle perçu

La perception du contrôle perçu est mesurée de deux façons, directe et indirecte. Pour la mesure directe, une seule question (#22) a été utilisée. En général, les adolescents-es ont une PCP élevée par rapport à l'utilisation du *DD* (voir Tableau 9). Les statistiques descriptives indiquent une moyenne de 5,09 et un écart-type de $\pm 1,37$ (min=1; max=7). Si nous regroupons les valeurs de l'échelle en trois catégories, 64,8% ont une PCP élevée par rapport à ce comportement, 26% ont une perception neutre et 9,2% une perception faible. Nous constatons donc que les deux tiers des adolescents-es croient que le contrôle de l'utilisation du *DD* dépend, dans une large mesure, d'eux-mêmes.

Tableau 9

Distribution de la perception du contrôle perçu des adolescents-es face à l'utilisation du D.D.

(n=281)	Perception du contrôle perçu						
	1	2	3	4	5	6	7
n	6	8	12	73	45	103	34
%	2,1%	2,8%	4,3%	26%	16%	36,7%	12,1%

Les résultats de la mesure indirecte de la PCP sont présentés en fonction des croyances de contrôle, du pouvoir perçu (ressources facilitatrices/inhibitrices) et finalement, des résultats globaux.

Croyances de contrôle (c)

Pour mesurer la composante cognitive des croyances de contrôle, nous avons demandé l'opinion des adolescents-es sur 7 croyances de contrôle à l'utilisation de la méthode du *DD*, 6 favorables et 1 défavorable. Les statistiques descriptives de chaque énoncé sont présentées au Tableau 10. Pour faciliter la compréhension des résultats, nous avons regroupé les items de l'échelle de

Likert selon le format antérieur. En général, 68,8% sont en accord avec la croyance favorable à l'utilisation du DD #25: *l'utilisation du D.D. me permet d'avoir plus de plaisir lors d'un rapport sexuel car je n'ai pas à me tracasser si le condom s'abîme.*

Par rapport aux croyances défavorables, en général la plupart des moyennes se retrouvent autour de la valeur neutre, soit 4 à l'exception de deux moyennes. (1) La croyance #27: *si mon/ma partenaire n'est pas en état d'utiliser le D.D., je refuserais d'avoir des rapports sexuels avec il/elle*, et (2) #31: *avoir un rapport sexuel sous les effets de l'alcool ou de drogues est un obstacle à l'utilisation du D.D.* obtiennent toutes deux une moyenne de 5,5 SD=1,5. La moyenne la plus basse ($\bar{x}=2,8$ SD $\pm 1,8$) est celle de la croyance #33: *avoir une entière confiance dans mon/ma partenaire est un obstacle à l'utilisation du D.D.* (Tableau 10).

Pouvoir Perçu (p)

Pour mesurer la composante affective, nous avons demandé aux adolescents-es leur opinion sur 7 items, 6 favorables et 1 défavorable à l'utilisation de la méthode du DD. Dans cette partie les résultats sont regroupés de la même façon (voir Tableau 11).

Par rapport à l'élément épaulant l'utilisation du DD #26: *je pourrais avoir plus de plaisir avec le D.D. lors d'un rapport sexuel si je n'ai pas à me tracasser si le condom s'abîme* 70,7% des adolescents-es ont déclaré être en accord avec cet énoncé. Par contre, les quatre moyennes des éléments identifiés comme barrières sont au dessous de la moyenne théorique signifiant que les barrières identifiées à priori, n'aient finalement pas été identifiées comme telles (voir Tableau 11).

Tableau 10

Statistiques descriptives des croyances de contrôle des adolescents-es face à l'utilisation du Double Dutch

Croyances de contrôle		n	\bar{X}	SD	Min	Max	1	2	3	4	5	6	7
23	Je pense que mon/ma partenaire n'est pas en état d'utiliser le D.D	281	3,3	1,7	1	7	21%	18,1%	7,8%	32,4%	1,7%	7,1%	2,8%
25	L'utilisation du D.D. me permet d'avoir plus de plaisir lors d'un rapport sexuel car je n'ai pas à me tracasser si le condom brise	281	3,6	1,8	1	7	9,6%	5%	6%	20,6%	11,4%	29,9%	17,4%
27	Utiliser le D.D. coûte plus cher	281	5,5	1,5	1	7	3,2%	1,1%	1,8%	21,7%	11,4%	27%	33,8%
29	Avoir un rapport sexuel non planifié est un obstacle à l'utilisation du D.D.	281	4,8	1,7	1	7	6,8%	5%	6%	22,8%	16,7%	25,6%	17,1%
31	Avoir un rapport sexuel sous les effets de l'alcool ou de drogues est un obstacle à l'utilisation du D.D.	281	5,5	1,5	1	7	3,2%	1,4%	1,8%	21%	10,7%	34,9%	27%
33	Avoir un rapport sexuel sous les effets de l'alcool ou de drogues est un obstacle à l'utilisation du D.D.	281	2,8	2	1	7	33,1%	24,2%	5,7%	16,7%	10%	6,8%	3,6%
35	Penser que le condom diminue le plaisir sexuel est un obstacle à l'utilisation du D.D.	281	4	1,8	1	7	12,1%	11,4%	10,3%	22,8%	19,9%	16%	7,5%

Tableau 11

Statistiques descriptives du pouvoir perçu des adolescents-es face à l'utilisation du *Double Dutch*

#	Pouvoir Perçu	n	\bar{X}	SD	Min	Max	1	2	3	4	5	6	7
24	Si mon/ma partenaire n'est pas en état d'utiliser le D.D., je refuserais d'avoir des rapports sexuels avec il/elle	281	3,6	2	1	7	23,8%	13,5%	10,3%	15,7%	12,5%	14,6%	9,6%
26	Je pourrais avoir plus de plaisir avec le D.D. lors d'un rapport sexuel si je n'ai pas à me tracasser si le condom brise	281	5,1	1,7	1	7	5,7%	4,3%	6,4%	18,9%	8,9%	32%	23,8%
28	Je ne pourrais pas utiliser le D.D. lors de mes rapports sexuels car cela coûte trop cher	281	3,6	1,8	1	7	19,6%	13,2%	10,3%	26,7%	14,6%	10%	5,7%
30	Je pourrais avoir un rapport sexuel non planifié sans utiliser le D.D	281	4,7	1,8	1	7	8,2%	7,8%	5,7%	20,6%	16,4%	22,1%	19,2%
32	Je pourrais avoir un rapport sexuel sans utiliser le D.D sous les effets de l'alcool ou de drogues	281	3,6	2	1	7	22,8%	15,3%	6%	22,4%	13,2%	10%	10,3%
34	Je pourrais avoir un rapport sexuel sans utiliser le D.D., si j'avais une entière confiance dans mon/ma partenaire	281	4,3	2	1	7	10,7%	13,2%	8,5%	16,4%	18,1%	15,7%	17,4%
36	Je crois que je pourrais avoir une relation sexuelle sans utiliser le D.D. si je pense que le condom diminue le plaisir sexuel	281	3,5	1,8	1	7	18,9%	16,4%	12,1%	24,6%	11%	11%	6%

Deuxième question de recherche

La deuxième question de recherche avait pour but de mesurer les variations de l'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle perçu en fonction des variables externes: le genre, le type de lycée, la précocité des relations sexuelles et le niveau socioéconomique. Deux types d'analyse ont été effectués, soient le «t» de Student et le test d'analyse de variance (ANOVA). Pour la comparaison entre chacune des variables relatives au comportement (I,A,NS,PCP) et le genre, le type de lycée et la précocité des relations sexuelles le «t» de student fut utilisé. Pour établir les différences significatives entre les variables relatives au comportement et les différents niveaux socio-économiques, un test d'ANOVA a été effectué. Ces différences significatives ont été déterminées à partir d'un seuil de $p < 0,05$. Pour en faciliter la compréhension, ces résultats sont établis en fonction des variables qui peuvent influencer le comportement selon la Théorie du comportement planifié à savoir: l'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle perçu.

L'intention

Cette section traite de la variation de l'intention en fonction de variables externes ayant été identifiées à l'aide des écrits qui traitent de ce sujet. De cette façon, nous avons tenu compte du genre, de la précocité des relations sexuelles et du niveau socio-économique. Puisque nous avons deux milieux de formation différents, le lycée privé et public, cette variable a été ajoutée.

L'analyse de la variation de l'intention indique que l'intention n'a pas été influencée par ces variables externes (voir Tableau 12). Aucune différence significative n'a été détectée entre le type de lycée, le sexe des répondants, la précocité des relations sexuelles, le niveau socio-économique, et l'intention d'utiliser le *DD* (au niveau significatif $p < 0,05$).

Tableau 12

Statistiques descriptives de l'intention des adolescents-es d'utiliser la méthode
Double Dutch en fonction des variables externes

L'intention				
	\bar{X}	SD	Min	Max
Type de lycée				
Public (n=222)	5,1	1,9	1	7
Privé (n=59)	4,8	1,6	1	7
Genre				
Filles (n=152)	5,0	1,8	1	7
Garçons (n=129)	5,1	1,5	1	7
Relations sexuelles				
Oui (n=63)	4,2	2,0	1	7
Non (n=218)	5,2	1,5	1	7
Niveau socio-économique				
Haut (n=39)	4,7	1,6	1	7
Moyen (n=149)	5,2	1,6	1	7
Bas (n=92)	5,0	1,6	1	7

L'attitude

Les analyses indiquent une variation significative de l'attitude en fonction du type de lycée. Les adolescents-es qui étudient dans un lycée privé démontrent une attitude plus favorable à l'utilisation du *DD* comparativement à ceux et celles qui étudient dans un lycée publique ($p < 0,05$). Aucune autre différence significative n'a pu être détectée entre les autres variables externes et l'attitude.

Tableau 13

Statistiques descriptives des attitudes des adolescents-es d'utiliser la méthode *Double Dutch* en fonction des variables externes

	L'attitude			
	\bar{X}	SD	Min	Max
Type de lycée				
Public (n=222)	27,6*	5,5	12,4	48,4
Privé (n=59)	29,4*	5,8	12,4	44,3
Genre				
Filles (n=152)	28,5	5,8	13,5	48,3
Garçons (n=129)	27,5	5,7	12,4	44,3
Relations sexuelles				
Oui (n=63)	27,6	5,9	12,4	39
Non (n=218)	28,1	5,8	12,4	48,3
Niveau socio-économique				
Haut. (n=29)	27,7	6,1	12,4	39,9
Moyen (n=111)	28,1	5,1	12,4	39
Bas (n=71)	27,8	5,7	13,94	45,5

*p= 0,040

La norme subjective

Quant à la norme subjective, elle varie en fonction de la présence ou de l'absence de relations sexuelles antérieurement à la présente étude. Les adolescents-es qui ont déclaré n'avoir jamais eu de relations sexuelles vivent dans un environnement plus favorable à l'utilisation du *DD* ($p < 0,05$). La norme ne semble pas varier en fonction des autres variables externes.

Tableau 14

Statistiques descriptives de la norme subjective des adolescents-es d'utiliser la méthode *Double Dutch* en fonction des variables externes

	La norme subjective			
	\bar{X}	SD	Min	Max
Type de lycée				
Public (n=222)	2,7	1,3	1	9
Privé (n=59)	2,6	1,2	1	6,4
Genre				
Filles (n=152)	2,7	1,3	1	9
Garçons (n=129)	2,6	1,1	1	5,8
Relations sexuelles				
Oui (n=63)	3*	1,5	1	9
Non (n=218)	2,6*	1,1	1	6,4
Niveau socio-économique				
Aut. (n=29)	2,5	1,1	1	5
Moyen (n=111)	2,6	1,2	1	9
Bas (n=71)	2,8	1,2	1	6,4

* $p = 0,043$

La perception du contrôle perçu

La perception du contrôle perçu varie en fonction du genre. Ainsi, les filles exercent davantage de contrôle que les garçons face à l'utilisation du *DD*, car les éléments identifiés comme barrières sont moins importants pour elles ($p < 0,05$). Les autres variables externes ne modifient pas la perception.

Tableau 15

Statistiques descriptives de la perception du contrôle perçu des adolescents-es d'utiliser la méthode *Double Dutch* en fonction des variables externes

Perception du Contrôle				
	\bar{X}	SD	Min	Máx
Type de lycée				
Publique (n=222)	18,63	5,89	5,71	41,14
Privé (n=59)	18,31	5,26	8,71	31,86
Genre				
Filles (n=152)	17,9*	5,93	6,71	45,14
Garçons (n=129)	19,34*	5,47	5,71	35,86
Relations sexuelles				
Oui (n=63)	19,22	5,71	8,71	41,14
Non (n=218)	18,37	5,45	5,71	35,86
Niveau socio-économique				
Haut (n=29)	19,5	5,36	10	34,43
Moyen (n=111)	18,69	6,03	6,71	41,14
Bas (n=71)	17,96	5,49	5,71	31,86

P= 0.035

Troisième question de recherche

Les analyses statistiques effectuées dans le but de déterminer la relation entre des variables externes, l'attitude, la norme subjective, la perception de contrôle et l'intention d'adopter ou non la méthode *DD* font l'objet de cette partie.

Des analyses de corrélation ont été calculées entre ces variables. Les résultats montrent que, parmi toutes les variables pouvant être associées à l'intention d'adopter le *DD*, seules l'attitude et la norme subjective présentent une relation statistiquement significative.

Tableau 16

Statistiques descriptives de l'intention des adolescents-es d'utiliser la méthode *Double Dutch* en fonction des variables

		Corrélation						
		Attitude	NS	P.C.P.	Genre	Relations sexuelles	Niveau Socioéc.	Type de lycée
Intention	Rho de Spearman	0,260*	-,303*	-0,070	-0,027	0,067	0,028	0,064
	p.	0,0001	0,0001	0,242	0,647	0,260	0,641	0,286
	N	281	281	281	281	281	281	281

À la lecture du Tableau 16, nous constatons que l'attitude et la norme subjective se comportent de façon similaire car elles sont directement proportionnelles l'une à l'autre; plus les participants font preuve d'une attitude favorable face à l'utilisation du *DD*, plus grande est leur intention d'utiliser cette méthode contraceptive et vice versa. De la même manière, plus la norme subjective est favorable, plus forte est l'intention d'utiliser le *DD*.

Finalement, nous avons réalisé une analyse de régression logistique afin de déterminer la contribution particulière de chaque variable à la variabilité de l'intention. Les deux variables contribuent indépendamment à une variance de $r^2=6,8\%$ pour l'attitude et de $r^2= 9,1\%$, pour la norme subjective. Une fois ces

résultats exprimés, il est nécessaire de décrire quelles sont, en général, chez les adolescents-es, les variables qui peuvent influencer l'utilisation des méthodes contraceptives.

Les résultats sont différents si on les examine en fonction du genre. Ainsi, les filles ont une attitude et une norme subjective associées significativement à l'intention. L'attitude contribue à la variance de l'intention avec un $r^2=7,5\%$ et à la norme subjective avec un $r^2=11,8\%$. Par contre, pour les garçons, trois variables ont une contribution significative avec un $r^2=6\%$ pour l'attitude, $r^2=6,5\%$ pour la norme subjective et $r^2=3,2\%$ pour la PCP.

Variables qui influencent les relations sexuelles et la contraception

La sexualité des individus est fortement influencée par la société et la culture dans laquelle ils évoluent. En tenant compte de ces facteurs, il est nécessaire d'approfondir davantage les aspects pouvant influencer l'utilisation générale des méthodes contraceptives chez les adolescents-es.

Par rapport à la prise de conscience de leur maturité sexuelle, 9,6% (n=27) des adolescents-es considèrent avoir atteint complètement leur maturité sexuelle, 42% (n=118) moyennement, 36,7% (n=103) un peu et finalement 11,7% (n=33) pas encore. Ces résultats ne varient pas en fonction du genre.

Des 281 participants-es, 21,7% (n=63) étaient sexuellement actifs au moment de l'étude. Parmi ceux-ci, 96,8% (n=60) ont déclaré avoir déjà utilisé certaines méthodes contraceptives. Une analyse plus en profondeur indique que la

méthode la plus utilisée est le condom. Par contre, le taux de participants n'ayant pas utilisé de méthodes contraceptives efficaces lors des relations sexuelles est de 11,3% dont 7 qui ont utilisé le coït interrompu sans faire appel à aucune autre méthode (voir Tableau 17).

Tableau 17

Distribution des méthodes contraceptives		
Utilisation des méthodes contraceptives		
Méthode	N	%
Pilule	0	0%
Condom	43	69,4%
Spermicide	0	0%
Diaphragme	0	0%
Coït Interrompu	5	8,1%
DIU	0	0%
Condom + Pilule	7	11,2%
Condom + Coït Interrompu	5	8,1%
Aucune	2	3,2%
Total	62	100%

La facilité d'utilisation des méthodes a également été analysée. Selon l'opinion des adolescents-es, le condom et la pilule sont les méthodes les plus faciles à utiliser. Par contre, les adolescents-es considèrent que le coït interrompu est la méthode contraceptive la plus difficile à utiliser. Il est nécessaire de souligner que 14,5% des adolescents-es ne connaissent pas le spermicide (voir Tableau 18).

Tableau 18

Distribution des méthodes contraceptives faciles à utiliser

Méthodes contraceptives faciles à utiliser						
Méthodes contraceptives	N	Je ne sais pas	Pas du tout	Peu	Assez	Très
Pilule	281	1,6%	4,8%	21%	46,8%	25,8%
Condom	281	0%	9,7%	4,8%	12,9%	72,6%
Spermicide	281	14,5%	14,5%	46,8%	17,7%	6,5%
Diaphragme	281	4,8%	24,2%	53,2%	11,3%	6,5%
Coït Interrompu	281	3,2%	43,5%	24,2%	12,9%	16,1%
Diu	281	4,8%	27,4%	37,1%	29%	1,6%

Par rapport à la facilité d'utilisation des différentes méthodes contraceptives, les résultats montrent que le condom et la pilule sont clairement les méthodes contraceptives avec lesquelles les adolescents se sentent le plus à l'aise. De nouveau, les deux-tiers (63%) des adolescent-es ne se sentent pas très à l'aise avec le coït interrompu (voir Tableau 19).

Tableau 19

Statistiques descriptives de se sentir bien à l'aise avec des méthodes contraceptives

Se sentir bien à l'aise avec des méthodes contraceptives						
Méthodes contraceptives	N	Je ne sais pas	Pas du tout	Peu	Assez	Très
Pilule	281	1,4%	4,3%	19,9%	47%	27,4%
Condom	281	0%	1,4%	12,8%	52,3%	33,5%
Spermicide	281	11%	17,8%	51,2%	16,4%	3,6%
Diaphragme	281	4,6%	14,9%	42,7%	29,9%	7,8%
Coït Interrompu	281	3,2%	63%	24,9%	6,8%	2,1%
Diu	281	6,4%	11%	35,2%	33,5%	13,9%

Par rapport à l'efficacité des méthodes contraceptives, le condom et la pilule sont les méthodes privilégiées. La pilule est considérée comme très efficace par 35,6% des adolescents-es et assez efficace par 54,8% d'entre eux-elles. On note au Tableau 20 que les adolescents-es considèrent que le spermicide et le diaphragme sont des méthodes assez efficaces pour prévenir la grossesse. Près des deux-tiers (62,6%) des adolescents-es considèrent que le coït interrompu n'est pas efficace pour prévenir la grossesse (voir Tableau 20).

Tableau 20

Statistiques descriptives de l'efficacité des méthodes contraceptives pour prévenir la grossesse

Méthodes contraceptives	N	Efficacité pour prévenir la grossesse				
		Je ne sais pas	Pas du tout	Peu	Assez	Très
Pilule	281	0%	1,4%	8,2%	54,8%	35,6%
Condom	281	0%	0,4%	11,7%	57,7%	30,2%
Spermicide	281	3,9%	2,5%	30,2%	50,9%	12,5%
Diaphragme	281	3,9%	2,5%	30,2%	50,9%	12,5%
Coït Interrompu	281	1,8%	62,6%	27%	7,1%	1,4%
Diu	281	4,6%	3,2%	27,8%	43,4%	21%

C'est le condom qui a été jugé la méthode contraceptive la plus efficace pour la prévention des MTS par 53 % des adolescents-es (voir Tableau 21), alors que 69% d'entre eux soutiennent que le coït interrompu n'est pas efficace pour prévenir les MTS. Le spermicide est la méthode contraceptive la moins connue. Si nous regroupons la valeur assez et très, 15,3% des adolescents-es consultés considèrent que la pilule est efficace pour la prévention des MTS.

Tableau 21

Statistiques descriptives de l'efficacité des méthodes contraceptives pour prévenir des MTS

Méthodes contraceptives	Efficacité pour prévenir des MTS					
	N	Je ne sais pas	Pas du tout	Peu	Assez	Très
Pilule	281	1,8%	58,7%	24,2%	10,7%	4,6%
Condom	281	0%	0,4%	5,0%	41,6%	53%
Spermicide	281	13,2%	29,9%	38,1%	17,1%	1,8%
Diaphragme	281	6,4%	24,2%	34,9%	28,1%	6,4%
Coït Interrompu	281	3,9%	69%	20,6%	5,3%	1,1%
Diu	281	7,1%	29,9%	35,9%	22,1%	5%

Le Tableau 22 présente les différentes sources d'information utilisées par les adolescents-es en ce qui a trait à la sexualité. Les sources les plus consultées sont, par ordre décroissant, les amis-es $\bar{x} = 7,5$ SD $\pm 2,0$ (min=1; max=10), suivies des professionnelles de la santé $\bar{x} = 6,7$ SD $\pm 2,9$ (min=1; max=10) et la famille $\bar{x} = 6,5$ SD $\pm 2,6$ (min=1; max=10). Les revues pornographiques et les films pornographiques sont les sources les moins consultées, $\bar{x} = 3,67$ SD ± 3 (min=1; max=10) et $\bar{x} = 4$ SD $\pm 3,1$ (min=1; max=10) respectivement. Une analyse plus poussée indique des différences importantes selon le genre des participants. Les filles consultent significativement moins que les garçons les revues et les films pornographiques (Filles : $\bar{x} = 2,3$ SD ± 2 (min=1; max=10) et $\bar{x} = 2,6$ SD $\pm 2,2$ (min=1; max=10) ; garçons ($\bar{x} = 5$ SD $\pm 2,4$ (min=1; max=10) et $\bar{x} = 6$ SD $\pm 2,5$ (min=1; max=10)).

Tableau 22

Distribution des sources d'information des adolescents-es

SOURCES D'INFORMATION											
	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Famille	281	6%	3,9%	5,7%	6,4%	14,6%	6,8%	13,9%	16%	12,1%	14,6%
2. Amis-es	281	0,7%	1,4%	1,8%	5%	6,8%	10%	19,2%	22,1%	15,3%	17,8%
3. Professeurs/eures	281	6,4%	3,2%	3,2%	8,5%	17,8%	11,4%	16,7%	17,4%	9,3%	6%
4. Revues de vulgarisation	281	11,4%	6%	7,1%	10,3%	18,9%	17,4%	7,5%	10,3%	6,4%	4,6%
5. Films pornographiques	281	33,8%	11,7%	9,3%	6%	10%	4,6%	3,6%	7,1%	5%	8,9%
6. Revues pornographiques	281	38,8%	10%	8,5%	8,9%	9,3%	5%	3,2%	6%	2,8%	7,5%
7. Personnel sanitaire	281	10%	3,2%	2,8%	3,6%	13,9%	8,9%	8,9%	13,2%	14,9%	20,6%
8. Livres	281	8,2%	3,9%	3,9%	7,1%	16%	10,7%	13,5%	16,4%	12,1%	8,5%

Par rapport à l'accessibilité des méthodes contraceptives les plus utilisées, c'est-à-dire le condom et la pilule, la plupart (n=186, 66,2%) des adolescents-es considèrent que le condom est très accessible, tandis que 34,2% (n=96) considèrent que la pilule est peu accessible (voir Tableau 23).

Tableau 23

Distribution de l'accessibilité

ACCESSIBILITÉ						
Méthode	N	Je ne sais pas	Pas du tout	Peu	Assez	Très
Pilule	281	0%	5,3%	34,2%	43,4%	17,1%
Condom	281	0,4%	1,8%	2,8%	28,8%	66,2%

En regard de l'influence possible de l'alcool ou des drogues sur la fréquence des relations sexuelles, 69,8% (n=196) des adolescents-es affirment que l'alcool ne les inciterait pas à avoir davantage de relations sexuelles, alors que seulement 30,2% d'entre eux-elles (n=85) soulignent que l'alcool est un élément pouvant les inciter à avoir des rapports sexuels. Quant à l'habitude de prendre de l'alcool ou des drogues avant un rapport sexuel, 82,6% (n=232) des participants-es à l'étude considèrent qu'ils n'ont pas ou n'auraient pas cette habitude. Par contre 40,6% (n=114) croient qu'ils pourraient oublier d'utiliser une méthode contraceptive tandis que 59,4% (n=167) considèrent qu'ils n'oublieraient pas de l'utiliser.

DISCUSSION

Cette dernière partie traite de l'interprétation des résultats. L'organisation et la présentation de cette section sont très semblables à celles utilisées dans le chapitre précédent. Dans un premier temps, nous interprétons les résultats concernant l'échantillon et les résultats descriptifs de l'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle perçu des adolescents-en face à l'utilisation de la méthode *Double Dutch*. Puis, nous présentons les résultats relatifs à la variation de ces variables en fonction des variables externes (genre, type de lycée, relations sexuelles et niveau socio-économique). Par la suite, nous commentons l'influence de certaines variables sur l'adoption de cette méthode. Finalement, nous interprétons les résultats relatifs aux variables qui peuvent influencer l'utilisation des méthodes contraceptives.

Tous les résultats sont interprétés à la lumière des écrits scientifiques lesquels sont parfois difficilement comparables car il ne s'agit pas toujours du même groupe d'âge et que l'âge du début des relations sexuelles est fort différent en Espagne qu'en Amérique du Nord. À la fin de cette section, nous indiquons quelles sont les limites et les forces de l'étude, puis nous faisons quelques recommandations pour la pratique et la recherche et tirons les conclusions qui en découlent.

Échantillon

L'échantillon de cette étude est constitué d'adolescents-es de 15-16 ans, puisque, selon Díaz-Gómez et al. (2000), cet âge correspond à celui du début des relations sexuelles complètes chez les adolescents-es espagnols-es. Nous avons

choisi cet âge, croyant qu'il correspondait au moment où les relations sexuelles se généralisent et en tenant compte du fait que notre objectif était d'explorer la relation entre l'intention et l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle par rapport à l'utilisation du *DD* comme méthode de prévention de la grossesse et des MTS.

Un faible pourcentage de l'échantillon (22,4%) a déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles complètes. Ces résultats sont similaires à ceux d'autres études réalisées en Espagne. Miret et al. (1997) affirment qu'environ 20% des adolescents sont sexuellement actifs à cet âge. Parmi les jeunes sexuellement actifs, une forte proportion a déjà utilisé des méthodes contraceptives efficaces lors de leurs rapports sexuels. Ces résultats sont nettement supérieurs aux résultats présentés dans les écrits scientifiques publiés en Espagne. Selon Fernández et al. (1998), 64% des adolescents-es n'utilisent aucune méthode sûre lors de leur première relation sexuelle. Cette différence peut être liée au fait que dans le questionnaire une seule question portait sur ce sujet; où on y demandait: *«Quelles sont les méthodes contraceptives que tu as utilisées ou que tu utilises?»*. C'est dire qu'un adolescent-e ayant utilisé irrégulièrement des méthodes contraceptives a pu indiquer la méthode contraceptive qu'il a le plus souvent utilisée en omettant les fois où il n'en a utilisé aucune. La question aurait dû être plus précise et accompagnée d'une autre question afin de savoir s'il-elle avait utilisé des méthodes contraceptives lors de chaque relation sexuelle.

Première question de recherche

Cette partie est organisée en fonction des variables qui, selon Azjen (1991), influencent l'adoption d'un comportement.

Les adolescents espagnols-es ont en général une intention assez favorable à l'utilisation du *DD*. Certains auteurs suggèrent que l'intention est la variable la plus importante pour prédire l'adoption d'un comportement (Albarracin et al., 2000; Godin & Kok, 1996). La majorité des études publiées utilisent la Théorie du comportement planifié d'Azjen (1991) pour étudier l'utilisation du condom, sauf l'étude de Craig et al. (2000) où les auteurs appliquent cette théorie à l'utilisation du *DD*; leur façon de mesurer ces variables est différente de celle utilisée dans notre recherche. Il importe de souligner que les résultats obtenus sont positifs pour les deux études. Dans les autres recherches où il est fait usage de cette théorie pour l'étude de l'utilisation du condom, les résultats liés à l'intention sont également favorables (Reinecke et al., 1996 ; Blue, 1995 ; Lavoie et Godin, 1991).

Les résultats de l'étude dévoilent qu'en général les adolescents-es ont des attitudes favorables face à l'utilisation du *DD*. Plus concrètement, la majorité des participants-es sont en faveur des avantages de l'utilisation de la méthode *DD* et non en faveur de ses éventuels désavantages. Ces attitudes ont été extraites de croyances et de l'évaluation de leurs conséquences. La majorité des adolescents-es croient que l'utilisation de cette méthode contraceptive est positive pour elles. La croyance dominante c'est que *l'utilisation du DD est plus efficace pour la prévention de la grossesse* et que *l'utilisation de DD donne un sentiment de plus*

grande sécurité. Mais si nous tenons compte de l'évaluation des conséquences, la prévention de la grossesse est l'élément le plus important suivi de la protection contre les MTS. Le principal avantage d'une double méthode contraceptive est d'augmenter la protection et de prévenir ainsi la grossesse et les MTS (Vermelho, 1994; Woodsong & Koo, 1999). De plus, Weismean et al. (1991) remarquent que les adolescents-es sont davantage préoccupés de prévenir la grossesse que les MTS. Le désir d'éviter la grossesse est le facteur qui influence le plus l'utilisation des doubles méthodes contraceptives (Crosby et al., 2001). Nous pouvons donc conclure que la grossesse est l'élément qui préoccupe le plus les adolescents-es.

La norme subjective des adolescents-es est favorable à l'utilisation de la méthode *DD*. Deux éléments ressortent de cette mesure, soit que les parents et les amis-es sont les référents les plus significatifs pour les participants-es et que ces derniers-ères ont en général tendance à se conformer à l'opinion de leurs référents. Nous pouvons examiner ces résultats plus en détail et constatons que ce sont les parents qui sont les personnes de référence les plus importantes pour les participants-es. Ces résultats sont très différents des écrits consultés qui indiquent qu'à la période de l'adolescence un changement profond se produit au sein des réseaux des adolescents-es, ceux-ci recherchant la conformité au groupe; ce sont leurs amis proches qui sont les personnes de référence et non plus les parents (Carretero, Palacios, Marchesí, 1997; Wong & al., 1999). Les adolescents-es ayant participé à l'étude ont déclaré qu'ils avaient tendance à se conformer à l'opinion de leurs référents. Cet aspect est très singulier puisque les écrits scientifiques considèrent qu'à cette période, le réseau le plus important est celui

des amis-es et ils/elles accordent donc beaucoup d'importance à leur opinion. Lorsqu'il faudra planifier un programme d'éducation sexuelle centré sur les adolescents-es, il sera nécessaire de tenir compte des parents et de l'influence qu'ils peuvent exercer sur leurs enfants.

En général, les adolescents-es croient avoir assez de contrôle face à l'adoption de la méthode *DD*. La perception du contrôle perçu a été mesurée à l'aide des croyances saillantes et du pouvoir perçu. Ces croyances identifient surtout les barrières face à l'utilisation *du DD*. Les barrières les plus importantes sont les suivantes: *utiliser le DD coûte plus cher, et avoir un rapport sexuel sous les effets de l'alcool et de drogues est un obstacle à l'utilisation du DD*. Mais, si nous tenons compte du pouvoir perçu, l'élément le plus important est le fait *d'avoir un rapport sexuel non planifié* ce qui constitue alors la barrière la plus importante face à l'utilisation de cette méthode, ensuite viennent les deux éléments cités antérieurement. Ces résultats sont en accord avec ceux rapportés par Vermelho (1994) qui souligne que l'un des inconvénients majeurs face au fait de dépendre de deux méthodes contraceptives, c'est l'augmentation des coûts. Par ailleurs, l'institut de la Statistique du Québec (1998) remarque que les adolescents-es vivant plus de promiscuité que les adultes, il leur était alors plus difficile de planifier un rapport sexuel; c'est donc pour cette raison que cet aspect constitue une barrière face à l'utilisation des doubles méthodes.

Deuxième question de recherche

Dans cette partie, nous analysons et interprétons les résultats concernant la variation de l'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle perçu en fonction de variables externes, soit le genre, le type de lycée, la précocité des relations sexuelles et le niveau socio-économique.

L'analyse de la variation de l'intention en fonction des variables externes indique que l'intention ne semble pas influencée par celles-ci. La majorité des écrits consultés considèrent l'âge comme variable externe, alors que, dans la présente étude, cette variable a été contrôlée car tous les adolescents-es ont 15-16 ans. Les autres variables externes surtout considérées dans les écrits sont le genre et l'ethnie. La variable ethnique n'a pas été retenue dans la présente étude en raison du fait qu'il y a peu de variations ethniques.

Une modification significative de l'attitude a été décelée en fonction du type de lycée fréquenté. Les adolescents-es qui étudient dans un lycée privé font preuve d'une attitude davantage favorable envers l'utilisation du *DD* que ceux qui étudient dans un lycée publique; les autres variables externes ne semblent pas jouer un rôle significatif pour cette variable. Ces résultats concorderaient avec ceux des écrits consultés si les adolescents-es des lycées privés provenaient d'un niveau socio-économique plus élevé que les adolescents-es fréquentant les lycées publiques. Mais une analyse plus approfondie indique que le niveau socio-économique des participants-es à l'étude est semblable dans les deux types de lycées. En tenant compte de cet aspect, nous pouvons difficilement expliquer ces

résultats ni à l'aide des écrits scientifiques, ni à l'aide de la logique. Une hypothèse plausible serait une influence du milieu en termes de responsabilisation des jeunes face à leur sexualité ou des cours relatifs à la sexualité

La norme subjective varie en fonction de la présence ou de l'absence de relations sexuelles antérieures à la présente étude, les autres variables externes n'étant pas associées à la norme subjective. Les adolescents-es qui ont déclaré n'avoir jamais eu de relations sexuelles perçoivent leur environnement comme plus favorable à l'utilisation du *DD*. Ce qui laisse croire que, dans un environnement davantage favorable à l'utilisation du *DD*, il sera plus facile d'employer cette méthode. La mesure de la norme subjective s'est effectuée en fonction de l'opinion de personnes significatives et de la motivation des adolescents-es à se conformer à leur opinion. Les adolescents-es n'ayant pas encore eu de relations sexuelles complètes ont donc répondu à partir du comportement idéal, c'est-à-dire de façon théorique, car il est plus facile de se conformer à l'opinion des référents. Par contre, les adolescents-es ayant eu des relations sexuelles ont répondu à partir de leur propre expérience et peut-être, possédaient-ils plus d'éléments pour comparer et penser à d'autres alternatives, car il pouvaient connaître les difficultés liées à l'usage des méthodes contraceptives ou croire que l'usage du condom était suffisant. Cet aspect pourrait expliquer les résultats obtenus.

La PCP varie en fonction du genre; les autres variables externes ne modifient pas la perception. Ainsi, les filles perçoivent qu'elles ont un plus grand contrôle que les garçons face à l'utilisation du *DD*. Ce constat semble concorder avec les écrits consultés, car on y dit qu'au même âge les filles étant plus matures,

elles peuvent avoir plus de contrôle (Wong et al., 1999). Par contre, les écrits soulignent que les filles ont plus de difficulté à utiliser le condom car ce sont les garçons qui ont le contrôle sur l'adoption de cette méthode, en ce sens que l'usage du condom dépend davantage de la volonté des garçons (Woodson et Kok, 1999).

Bien que ceci semble sexiste et que nous n'ayons pu trouver des écrits appuyant cette interprétation, nous pensons que les garçons seraient toujours prêts à avoir des relations sexuelles comparativement aux filles qui elles ont davantage besoin d'un état émotionnel particulier pour décider si elles auront ou non des rapports sexuels. Nous devons tenir compte que les relations sont socialement construites et cela affecte la façon dont les filles vivent leur sexualité. Ainsi, les filles sont socialisées à contrôler la contraception dans nos sociétés et doivent assumer davantage les conséquences d'une grossesse non planifiée que les garçons. Si elles se responsabilisent, elles doivent donc exercer plus de contrôle.

Troisième question de recherche

L'intention d'utiliser le *Double Dutch* est reliée à l'attitude et à la norme subjective, et ceci de la même façon pour les filles et pour les garçons. Ces résultats sont semblables à ceux obtenus par l'équipe de Craig (2000). Ces chercheurs avaient constaté que l'intention d'utiliser le *DD* était influencée, chez les filles et chez les garçons, par l'attitude la norme subjective et la PCP.

En outre, si nous examinons la contribution particulière de chaque variable à la variabilité de l'intention, les résultats sont alors inférieurs. Dans la présente étude ces variables expliquent 19,3% de la variance pour les filles. Par contre, dans l'étude de Craig et al. (2000), ces variables contribuent dans une proportion de 31,1% à la variance. Par ailleurs, chez les garçons, la variance expliquée par ces deux variables est de 15,7%, comparativement à celle obtenue par Craig et al. qui est de 22,6%. C'est donc dire que, dans l'étude de Craig et al. ces variables contribuent davantage à la variation de l'intention que les variables de la présente étude.

Dans sa méta-analyse sur l'utilisation du condom, l'équipe d'Albarracín (2001) a constaté que les variables jouant un rôle significatif face à l'adoption de ce comportement sont également l'attitude et la norme subjective. La pCP n'est associée qu'aux comportements passés. Les composantes du modèle théorique expliquent autour de 45% de la variance, beaucoup plus que les résultats obtenus dans la présente étude (15,9%). Selon Godin et Kok (1996), en général, la Théorie du comportement planifié explique 34% de la variance des comportements de santé. Les résultats de cette recherche montrent que la Théorie du comportement planifié donne de meilleurs résultats pour expliquer les comportements additifs que pour expliquer le comportement contraceptif (utilisation du condom). Le peu de variance obtenue pourrait être dû au fait que, pour ce comportement, il existe des variables externes autres que celles mesurées qui exerceraient une influence sur l'adoption de ce comportement. Lors de prochaines études, nous suggérons de

considérer une variable telle que les traits de personnalités, puisque selon Azjen (1991), cette variable pourrait influencer le comportement à adopter.

Variables qui influencent les relations sexuelles et la contraception

Dans cette dernière partie, les résultats relatifs aux différentes variables qui, selon les écrits consultés, influencent les relations sexuelles et la contraception sont discutés. La faible taille du sous-échantillon d'adolescents-es n'ayant pas utilisé de méthodes contraceptives ne permet pas d'analyses comparatives. En tenant compte de cet aspect, nous avons analysé les résultats en fonction du genre.

Plusieurs auteurs soutiennent qu'un niveau socio-économique élevé est un facteur qui retarde le début des relations sexuelles (Lammers et al., 2000) et contribue à accroître l'usage des méthodes contraceptives (Thériault, 1994). Dans la présente étude, le niveau socio-économique n'est pas associé au début des relations sexuelles. De plus, en tenant compte du nombre peu élevé d'adolescents-es ayant déclaré qu'ils n'utilisaient pas de méthodes contraceptives, nous ne pouvons pas faire de tests statistiques permettant de savoir si cette variable est associée au fait d'utiliser la contraception tel que le mentionnent les écrits scientifiques. De la même façon, l'âge du début des relations sexuelles n'était pas associé au niveau de scolarité des parents ni à leur occupation.

Les résultats obtenus en regard de la maturité sexuelle s'écartent de ceux publiés dans les écrits consultés. Les garçons se considèrent plus matures que les filles et cet aspect ne semble pas relié au début des relations sexuelles (Murphy et

Bogges, 1998). Nous pouvons faire un lien entre cet aspect et le fait que les adolescents de cet âge ont tendance à avoir un comportement narcissique et à s'idéaliser (Wong et al., 1999).

Un facteur qui pourrait influencer le début des relations sexuelles est la consommation d'alcool et de drogues. Dans cette recherche, nous n'avons pas mesuré cette variable en termes de quantité. Nous leur avons demandé s'ils croyaient que la consommation d'alcool et des drogues avant d'avoir des relations sexuelles pouvait faire en sorte qu'ils oublient de faire usage de méthodes contraceptives; une proportion assez élevée de jeunes croit que oui. Ces résultats ne varient pas en fonction du genre. Sur ce point de vue, les résultats de notre recherche et ceux des écrits consultés sont en concordance (Lammers et al, 2000; Paul et al., 2000).

Un autre des aspects à considérer, ce sont les sources d'information utilisées par les adolescents-es en ce qui se rapporte à la sexualité. En général, les amis représentent la source d'information la plus importante, mais une analyse plus en détail indique que cette source est cotée de façon plus élevée par les adolescents-es qui ont déjà eu des relations sexuelles. Selon les écrits, les adolescents-es attribuent la première relation sexuelle à une forte pression sociale, et leur amis-es proches jouent un rôle déterminant sur leur décision de devenir actifs sexuellement (Shaffer, 1999). Nous pouvons nous rendre compte que l'entourage des adolescents-es qui ont déjà des relations sexuelles complètes semble favorable à la sexualité active, bien qu'il semble moins favorable à l'utilisation du *DD*.

Par rapport à l'accessibilité aux méthodes contraceptives, ce sont le condom et la pilule qui sont davantage utilisés chez les adolescents-es, bien qu'un grand nombre d'entre eux considèrent que la pilule semble peu accessible. Il ne faut pas sous-estimer cet aspect car l'accessibilité des méthodes contraceptives est un facteur qui influence l'emploi des méthodes contraceptives (Libbus, 1995). Si nous voulons encourager les adolescent-es à utiliser la méthode *DD*, cet élément semble crucial et il faut rendre la pilule plus accessible.

Forces et limites de l'étude

Aucune recherche n'a, jusqu'à maintenant, utilisé la Théorie du comportement planifié pour décrire l'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle chez les adolescents-es espagnols-es et cela, en regard de l'utilisation de la méthode *DD*. Dans la seule étude que nous ayons trouvée, des chercheurs américains (Craig et al, 2000) utilisent une double mesure de cette méthode: ils ont demandé aux garçons s'ils utilisaient le condom et si leur comportement changerait s'ils savaient que les filles prennent la pilule et vice versa pour les filles. Dans notre étude, les recommandations d'Ajzen (1991) ont été suivies et nous avons considéré le *DD* comme une méthode unique, donc comme un comportement indivisible.

Un questionnaire a été élaboré spécifiquement pour cette recherche, à partir des croyances saillantes des adolescents et en ajoutant un complément pour obtenir de l'information sur les principales variables qui influencent les relations sexuelles et la contraception en général. L'étendue de l'information obtenue par le

biais de cette recherche est d'une grande utilité pour élaborer un programme d'éducation sexuelle pour les adolescents-es de cet âge.

Lors de l'administration des questionnaires on a pu vérifier l'état de fatigue des participants-es et constater qu'à plusieurs reprises, les réponses apportées étaient incohérentes; de fait, 196 questionnaires ont été déclarés invalides parce qu'inadéquatement complétés. Quelques adolescents-es ont déclaré avoir eu de la difficulté à comprendre la dynamique du questionnaire, et particulièrement la section de la norme subjective. L'analyse d'Alpha de Cronbach est de 0,60, au dessous de 0,70 valeur minimale que devrait avoir un questionnaire de nouvelle création (Fortin, 1996).

Il est important de souligner que l'échantillon de cette étude constitue une autre limite. Nous n'avons pas obtenu la permission de passer le questionnaire dans plusieurs lycées privés et surtout dans les lycées catholiques. Cette difficulté au niveau de l'accès dans les lycées privés a pour résultat que l'information colligée n'est pas suffisante pour assurer la représentativité de cette population. Cet aspect est très important, car les écrits démontrent que le niveau socio-économique et les convictions catholiques jouent un rôle important quant au début des relations sexuelles et de l'utilisation de la contraception. Nous n'avons pas pu estimer quel est l'impact de ces variables car l'échantillon provenant de lycées privés était trop petit. On ne pourra pas généraliser les résultats à la population générale des adolescents-es sans en vérifier l'équivalence.

Recommandations pour la pratique

L'être humain évolue dans un environnement déterminé et son état de santé dépendra de ses capacités à découvrir les ressources en lui-même et dans son environnement. Le rôle de l'infirmière sera, entre autres, de développer une tâche facilitatrice en aidant l'individu à identifier à chaque période de la vie ses besoins et, découvrir et apprendre à utiliser les ressources disponibles (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette et Major, 1994). Une façon de développer des comportements sains chez les adolescents-es serait de les informer sur la contraception et les ressources disponibles de façon à ce qu'ils se responsabilisent face à leur sexualité et ce, dès qu'ils/elles deviennent actifs-ves sexuellement. En tenant compte de cet aspect, un des rôles clés des infirmières est la promotion de la santé.

En général, les adolescents-es ont une intention, une attitude et une norme subjective favorables à l'utilisation du *DD*. Par contre la *PCP* ne joue pas un rôle significatif. Les adolescents-es sont davantage préoccupés par la grossesse que par les *MTS*. Il est donc nécessaire de poursuivre nos interventions en encourageant la double fonction de la contraception d'aujourd'hui qui englobe à la fois la prévention de la grossesse et la protection contre les *MTS*.

Un autre aspect particulier à tenir compte dans nos interventions concerne l'entourage des adolescents-es. Le fait que l'environnement de ces adolescents-es soit influencé par les parents et par les amis-es proches exige une réflexion de la part des professionnels qui oeuvrent auprès de cette clientèle et une révision de

leurs croyances. En tenant compte de cet aspect, un programme d'éducation sexuelle devra tenir compte de ces référents et surtout demandera une évaluation a priori des personnes significatives dans la vie des jeunes. Nous avons constaté l'influence qu'ont les amis-es proches par rapport au début des relations sexuelles. C'est pourquoi ces référents seront des éléments clés dans le développement et la réussite d'un programme d'éducation.

Nous ne pouvons pas parler des référents sans parler des sources d'information sexuelle. Une fois de plus, les amis-es sont des éléments clés au niveau de l'information. Il faut se souvenir que les adolescents-es de cet âge, surtout les garçons, considèrent les films et les revues pornographiques comme une source d'information sexuelle. Ces films sont une source importante d'information sexuelle mais ils éduquent très peu et renvoient à une conception biaisée de la sexualité. D'un côté, il est rare que dans les scènes de ces films, les protagonistes utilisent un moyen de contraception avant d'avoir un rapport sexuel et, d'un autre côté, il arrive souvent qu'une pression soit exercée pour que les filles aient un rapport sexuel sans vraiment obtenir leur consentement.

Recommandations pour la recherche

Nous avons déjà fait remarquer que l'une des limites de cette recherche était l'absence d'adolescents-es provenant des lycées privés. Nous recommandons donc, lorsque se feront d'autres études sur le sujet, que des stratégies soient envisagées afin d'être capable de recruter des adolescents-es dans ce milieu et ainsi obtenir une meilleure représentativité de cette population. Il

serait aussi opportun de reproduire cette étude auprès d'échantillons d'adolescents-es de différents âges afin d'évaluer si les résultats seraient similaires. En plus, nous suggérons de faire des recherches qualitatives pour avoir une vision plus en profondeur de cette problématique et aussi de tenir compte des aspects culturels.

En tenant compte du fait que l'attitude et la norme subjective expliquent autour de 15% de la variance, nous recommandons une recherche qui tienne compte des traits de personnalité, par exemple, l'introversion, la névrose, l'autoritarisme, etc. comme variables externes, afin de voir quelle est l'influence de ces variables sur le comportement adopté au niveau de la contraception.

Nous recommandons finalement d'établir un programme d'éducation sexuelle basé sur toute l'information obtenue à la suite de la présente étude et d'en évaluer les effets.

CONCLUSION

En général, les adolescents-es de la ville de Sabadell possèdent un intention, une attitude et une norme subjective favorables à l'utilisation du *Double Dutch*. Par contre, la perception du contrôle perçu ne joue pas un rôle significatif sur l'adoption de cette méthode contraceptive. Les adolescents-es se préoccupent de la prévention d'une grossesse mais portent moins attention à la protection contre les MTS.

À la différence des écrits américains, les référents les plus importants pour les adolescents-es espagnoles sont d'abord les parents et par la suite, les amis-es. À cet âge, ils ont la tendance à porter attention à l'opinion des personnes significatives de leur entourage. L'attitude et la norme subjective expliquent un faible pourcentage de l'intention d'utiliser le *DD*. Une réflexion plus approfondie est essentielle afin d'identifier d'autres variables d'influence face à ce comportement contraceptif.

RÉFÉRENCES

- Abma, J., Driscoll, A., & Moore, K. (1998). Young women's degree of control over first intercourse: an exploratory analysis. *Family Planning Perspectives* 30(1), 12-18.
- Abraham, C.S., Sheeran, P., Abrams, S. & Spears, R. (1996). Health beliefs and teenage condom use: A prospective study. *Psychology & Health*, 11, 641-655.
- Ajuntament de Sabadell (2001). *Sabadell en 4 xifres*. (Disponible: <http://www.ajsabadell.es/ca/xifres/4xifres.htm>).
- Ajzen, I. (2001). *Theory of Planned Behavior*. (Disponible: <http://www-unix.oit.umass.edu/~ajzen/>
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organisational behavior and human decision processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1997). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice hall.
- Albarracín, D., Fishbein, M., Jonson, B.T., & Muellerleile, P.A. (2001). Theories of Reasoned Action and Planned Behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161.
- Alcalá, M.J. (1995). *Engagement concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction pour tous: plan d'action*. D'après les accords et les conventions internationaux pertinents, y compris les conférences de Beijing, de Copenhague, du Caire et du Vienne. New York: Family Care International.

- Allgeier, A. R., & Allgeier, E. R. (1992). *Sexualité Humaine*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Alvin, P., & Marcelli, D. (2000). *Médecine de l'adolescent. Pour le praticien*. Paris: Masson.
- Barnett, B. (1997). La educación retrasa el inicio de la vida sexual. *Network en Español*, 17(3), 14-20.
- Black, J. M., & Matassarini-Jacobs, E. (1997). *Medical-surgical nursing. Clinical management for continuity of care*. Toronto: W.B. Saunders Company.
- Blaque-Bélaïr, A., & Blaque-Bélaïr, M. (1966). *La contraception. Problème médical et humain*. Paris: Librairie Maloine.
- Bloch, H., & Casalis, D. (1997). *Dictionnaire fondamental de la psychologie*. Paris: Larousse.
- Blue, C. (1995). The predictive capacity of the Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior in exercise research: An integrated literature review. *Research in Nursing & Health*, 18, 105-121.
- Bobak, I. M., & Jensen, M. D. (1987). *Essentials of maternity nursing. The nurse and the childbearing family*. Toronto: Mosby.
- Brookman, R. R. (1992). Contraceptive technology and practice. Dans, S. B. Friedman, M. Fisher, & S. K. Schonberg. (Éds.) *Comprehensive adolescent health care* (pp. 1016-1025). USA: Quality Medical Publishing, Inc.

- Brouillette, J., & Perreault, M., (1997). Le contexte social des stratégies de protection contre les MTS et le VIH: des pistes pour améliorer l'éducation sexuelle. *Revue Sexologique*, 5(2), 175-190.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Calvez, M., Levison, S., Maillochon, A., Mougoutov, M., & Warszawki, J. (1997). *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris: Éditions la découverte.
- Carretero, M., Palacios, J., & Marchesí, A. (1997). *Psicología evolutiva III. Adolescencia, Madurez y Senectud*. Madrid: Alianza Psicología.
- Cates, W. (1996). La doble finalidad de la salud de la reproducción. *Network en Español*, 16(3), 4-5, 24-25.
- Cates, W., & Stone, K. M. (1992). Family planning, sexually transmitted diseases and contraceptives choice: A literature update- Part I. *Family Planning Perspectives*, 24, 75-84.
- Cates, W., & Stone, K. M. (1992). Family planning, sexually transmitted diseases and contraceptives choice: A literature update- Part II. *Family Planning Perspectives*, 24, 122-128.
- Charbonneau, L., Forgert, G., Frappier, J. Y., Gaudreault, A., Guilbert, É., & Marquis, N. (1989). *Adolescence et fertilité: une responsabilité personnelle et sociale*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence* (2^e .éd.) Montréal: Gaëtan Morin.

- Corcoran, J., (1998). Consequences of adolescent pregnancy/parenting: a review of the literature. *Social Work in Health Care*, 27(2), 49-67.
- Courtecuisse, V. (1992). *L'adolescence. Les années métamorphose*. France: Stock-Laurence Pernoud.
- Craig, D. M., Wade, K. E., Allison, K. R., Irving, H. M., Williams, J. I., & Hlibka, C.M. (2000). Factors predictive of adolescents' intentions to use birth control pills, condoms, and birth control pills in combination with condoms. *Canadian Journal of Public Health*, 91(5), 361-365.
- Creatsas, G. (1993). Sexual activity and contraception during adolescence. *Current Opinion in Obstetrics and Gynaecology*, 5, 774-783.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S. L., Hook, E. W., & Kim Oh, M. (2001). Correlates of using dual methods for sexually transmitted diseases and pregnancy prevention among high-risk african-american female teens. *Journal of Adolescents Health*, 28, 410-414.
- Curry, M., Doyle, B., & Gilhooley, J. (1998). Abuse among pregnant adolescents: Differences by development age. *MCN*, 23(3): 144-150.
- Darroch, J. E., Landry, D. J., & Oslak, S. (1999). Age differences between sexual partners in the Unites States. *Family Planning Perspectives*, 31, 160-167.
- Davenport, W. H. (1987). An anthropological approach. Dans H. J. Geer, & W. O'Donohue. *Theories of human sexuality*. New York: Plenum Press.

- De la Cuesta, C. (2000). Significado del embarazo en la adolescencia: la dimensión sentimental. *Enfermería Clínica*, 10(5), 26-32.
- Delagrave, F. (1998). *Plan d'action régional pour assurer la planification des naissances et la prévention des grossesses et des MTS à l'adolescence*. Québec: Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Lanaudière.
- Deschamps, J. P., Frappier, J. I., Marcelli, D., & Tursz, A. (1997). *La santé des adolescents. Approche, soins, prévention*. France: Payot Lausanne.
- Díaz-Gómez, M., Barroso, A., Hernández, C., Romero, A., Daroqui, P., & Novo, M. (2000). *Sexualidad en la adolescencia*. Conférence au Congrès National de Pédiatrie (Disponible : [http:// www.comtf.es/pediatria/](http://www.comtf.es/pediatria/)).
- Dicenso, A., & Griffith, L. (1998). Adolescent sexual behavior: Results from an Ontario sample. Part II: Adolescent use protection. *Canadian Journal of Public Health*, 89(2), 94-97.
- DiCenso, A., & Van Dover, L. J. (2000). Prevention of adolescent pregnancy. Dans M. J. Stewart. *Community nursing. Promoting Canadians' health*, (2^e éd., pp.262-282). Toronto: Saunders.
- Dilorio, C., Dudley, W. N., Kelly, M., Soet, I. E., Mbwarra, J., & Sharpe, J. (2001). Social cognitive correlates of sexual experiences and condom use among 13- through 15-year-old adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29, 208-216.
- Dusek, J. B. (1991). *Adolescent development and behavior*. Toronto: Prentice Hall.

- Espinaco, M. J., Rujz, J. M., & Román, J. (1999). Educación sexual. *Revista rol de Enfermería*, 22(11), 795-801.
- Fernández, R., Lupión, D., Bilbao, C., Porras, A., Sáez, A., & Rodríguez, C. (1999). Promoción de la salud sexual de la población joven ¿Cómo intervenir desde enfermería? *Enfermería Clínica*, 9(4), 30-36.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitudes, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Forget, G., Bilodeau, A., & Tétreault, J. (1992). Facteurs reliées à la sexualité et à la contraception chez les jeunes et décrochage scolaire. *Apprentissage et Socialisation*, 15(1), 29-37.
- Fortin, M. F. (1996). *Le processus de la recherche, de la conception à la réalisation*. Québec: Décarie Éditeur.
- Gagné, C., & Godin, G. (1998). *Les théories sociales cognitives: Guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire*. Québec: Université Laval.
- Galland, O. (1997). *Sociologie de la jeunesse*. Paris: Armand Colin.
- Gates, G. J., & Sonenstein, F. L. (2000). Heterosexual genital sexual activity among adolescent males: 1988-1995. *Family Planning Perspectives*, 32, 295-297 et 304.
- Gelvelver, M. A. & Biro, F. M. (1999) Adolescents and sexually transmitted disease. *Pediatric Clinics of North America*, 46(4), 747-766.

- Godin, G., Alary, M., Otis, J., Fortin, C., & Mâsse, B. (1998). *Évaluation d'un programme d'intervention sur la sexualité et la prévention de MTS et du sida pour les jeunes en centre de réadaptation (CRJDA)*. Québec: Bibliothèque Nationale du Québec.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion, 11*(2), 97-98.
- Godin, G., Valois, P., & Lepage., L. (1993). The pattern of influence of perceived behavioral control upon exercising behavior: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Behavioral Medicine, 16*, 81-82.
- Hern, M., Miller, M., Sommers, M., & Dyehouse, J. (1998). *Sensitive topics and adolescents making research about risk behaviors happen. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 21*, 173-186.
- Hingson, R. W., Strunin, L., Berlin, B. M., & Heeren, T. (1990). Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health, 80*, 295-299.
- Institut de la Statistique du Québec (1998). *Enquête Sociale et de Santé*. (Disponible: <http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/demograp/>) .
- Instituto Nacional de Estadística (2000). (Disponible: <http://www.ine.es>).
- Kelly G. F. (1988). *Sexuality today, The human perspective*. USA: The Dushkin Publishing Group, Inc.

- Kelly, P. J., & Morgan-Kidd, J. (2001). Social influences on the sexual behaviors of adolescent girls in at-risk circumstances. *JOGNN*, 30(5), 481-489.
- K  rouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Laval:   ditions   tudes Vivantes.
- King, B. M. (1996). *Human sexuality today*. Toronto: Prentice Hall Canada, Inc.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Kowaleski-Jones, L., & Mott, F. (1998). Sex, contraception and childbearing among high-risk youth: Do different factors influence males and females? *Family Planning Perspectives*, 30, 163–169.
- Lammers, C., Ireland, M., Resnick, M., & Blum, R. (2000). Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *Journal of Adolescent Health*, 26(1), 42-48.
- Lavoie, M., & Godin, G. (1991). Correlates of intention to use condoms among auto mechanic students. *Health Education Research*, 6(3), 313-316.
- Lerner, R. M., Petersen, A. C., & Brooks-Gunn, D. (1991). *Encyclopaedia of adolescence*. New York: Garland Publishing Inc.
- Lévi, J. J. (1992). *Sexualité contraception et sida chez les jeunes adultes. Variations ethno-culturelles*. Canada:   ditions du M  ridien.
- Libbus, K. (1995). Women's beliefs concerning condom acquisition and use. *Public Health Nursing*, 12(5), 341-347.

- Lowdermilk D. L., Shannon, E. P., & Bobak, I. M. (2000) *Maternity women's health care*. Toronto: Mosby.
- Madden, T. J., Scholder, P., & Ajzen, I. (1992). A comparison of the Theory of Planned Behavior and the Theory of Reasoned Action. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(1): 3-9.
- Manning, W. D., Longmore, M. A., & Giordano, P. C. (2000). The relationship context of contraceptive use at first intercourse. *Family Planning Perspectives*, 32, 104-110.
- Marcelino, S. S., Sánchez , A., & Marcelino, D. A. (1997). Embarazo adolescente en España. Una propuesta de intervención. *Revista ROL de Enfermería*, 229, 10-15.
- Marcil, I. (2000). *Déterminants motivationnels de jeunes automobilistes envers les excès de vitesse et l'alcool au volant*. Thèse de Doctorat inédite, Université de Montréal.
- Marcus, I. M., & Francis J. J. (1975). *Masturbation, from infancy to senescence*. New York: International Universities Press, Inc.
- Marsiglio, W. (1993). Adolescent males' orientation towards paternity and contraception. *Family Planning Perspectives* 25, 22-36.
- Martin, k., & Wu, Z. (2000). Contraceptive use in Canada: 1984-1995. *Family Planning Perspectives*, 32, 65-73.
- Mauldon, J., & Luker, K. (1996). The effects of contraceptive education on method use at first intercourse. *Family Planning Perspectives*, 28, 19-24.

- Miller, D. (1983). *The age between: Adolescence and therapy*. New York: Janson Aronson.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1993). *La question de l'accessibilité au condom pour les jeunes*. Montréal: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2001). Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de Casos de SIDA, Balance de la Epidemia a 30 de Junio de 2001. (Disponible: [http:// www.msc.es/sida/](http://www.msc.es/sida/)).
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2001). Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Miret, M., Rodéas, A., Valverde, G., Geli, M., & Casabona, J. (1997). Conductas de riesgo relacionadas con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en los adolescentes de Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 11(2), 66-73.
- Moore, M. (2000). Adolescent pregnancy rates in three European countries: Lessons to be learned? *JOGNN* 29(4), 355-362.
- Mott, F., Fondell, M., Hu, P., Kowaleski-Jones, L., & Menaghan, E. (1996). The determinants of first sex by age 14 in a high-risk adolescent population. *Family Planning Perspectives*, 28, 13-18.
- Murphy, J. J., & Boggess, S. (1998). Increased condom use among teenage males, 1988-1995: The role of attitudes. *Family Planning Perspectives*, 30, 276-280, 303.

- Muuss, R. E. (1975). *Adolescent behavior and society: A book of readings*. New York: Rolf E. Muuss.
- Otis, J. (1992). *La Théorie du comportement planifié appliquée à l'utilisation du condom chez les adolescents-es et adolescentes de cinquième secondaire*. Thèse non publiée, Montréal: Université de Montréal.
- Perreault, M., Bilodeau, A., Marchand, A., Savard, N., Forget, G., & Tétreault, J. (1993). Contraception et prophylaxie chez des jeunes de trois écoles de milieu défavorisé de l'est de Montréal. *Revue Sexologique*, 1(1), 15-34.
- Rannie, K., & Craig, D. M. (1997). Adolescent females' attitudes, subjective norms, perceived behavioral control, and intentions to use latex condoms. *Public Health Nursing*, 14(1), 51-57.
- Reinecke, J., Schmidt, P., & Ajzen, I. (1996). Application of the theory of planned behavior to adolescents' condom use: a panel study. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(9), 749-772.
- Reinecke, J., Schmidt, P., & Ajzen, I. (1996). Birth control versus AIDS prevention: A hierarchical model of condom use among young people. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(9), 743-759.
- Rodríguez, S., & Carbelo, B., (1999). Autocuidado en el adolescente. *Revista Rol de Enfermería*, 22(7-8), 497-505.
- Ruiz, M. A., Carnicer, I., Castro, C., García, M., & Moreno, L. J. (1997). Adolescencia y contracepción. *Revista Rol de Enfermería*. 226, 61-64.

- Samson, J. M., Lévy, J. J., López, F., Picod-Bernard, C., & Maticka-Tyndale, E. (1993). Attitudes et scénarios sexuels d'étudiants de France, du Québec et d'Espagne. *Contraception, Fertilité et Sexualité*, 21(4), 325-332.
- Santelli, J. S., Duberstein, L., Abma, Sucoff, C., & Resnick, M. (2000). Adolescent sexual behavior: Estimates and trends from nationally representative surveys. *Family Planning Perspectives*, 32, 156-165, 194.
- Schifter, D. E., & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the theory of the planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3) 843-851.
- Serfaty, D. (1998). *Contraception*. (p. 188) Paris: Masson.
- Shaffer, D. R. (1999). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Toronto: Pacific Grove.
- Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (1998). La conférence canadienne de concertation sur la contraception 96-97. Toronto: Ribosome Communication Inc.
- Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (2000). *Au-delà du plaisir. Guide Canadien sur la contraception*. Canada: (SOGC).
- Stanley Hall, G. (1904). *Adolescence its psychology and its relations to physiology anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. New York: Sidney Applenton.

- Stevens-Simons, L., & McAnarney, E. (1992). Adolescents Pregnancy. Dans E. McAnarney, R. E. Kreipe, D. P. Orr, & G. D. Comerchi (Éds). *Textbook of Adolescent Medicine* (pp. 689-695). Toronto: W.B. Saunders Company.
- Thériault, J. (1994). Comportements sexuels précoces chez l'adolescent de sexe masculin. *Contraception, Fertilité et Sexualité*, 22(4), 251-261.
- Tremblay, R., Beslot, J., Dal Moro, M., Lagacherie, O., & Trombert, H. (1998). *Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels*. Toulouse: Éditions Érès.
- Turner, J. S., & Rubinson, L. (1993). *Contemporary human sexuality*. Toronto: Prentice Hall.
- Tuzin, D. (1991). Sex, culture and the anthropologist. *Social Sciences and Medicine*, 33(8), 867- 874.
- Upchurch, D. M., Levy-Storms, L., Sucoff, C. A., & Aneshensel, C. A. (1998). Gender and ethnic differences in the timing of first sexual intercourse. *Family Planning Perspectives*, 30, 121-127.
- Vermelho, A. (1994). Método combinado previene embarazo y ETS. *Network en Español*, 9(3), 19-22.
- Weisman, C. S., Plichta, S., Nathanson, C. A., & Robinson, J. C. (1991). Consistency of condom use for disease prevention among adolescent users of oral contraceptives. *Family Planning Perspectives*, 23, 71-74.
- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Winkelstein, M. L., Wilson, D., & Ahmann, E. (1999). *Nursing care of infants and children*. Toronto: Mosby.

Woodsong, C., & Koo, H. P. (1999). Two good reasons: women's and men's perspectives on dual contraceptive use. *Social Science & Medicine*, 49, 567-580.

APPENDICE A :
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de Consentement

Titre de l'étude : L'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle par rapport à l'utilisation du *Double Dutch* chez les adolescents-es.

Chercheur responsable : Céline Goulet, Ph.D. Professeure titulaire de l'Université de Montréal

Je, (nom du père / de la mère en lettres moulées).....

déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec ÓSCAR HERNÁNDEZ et comprendre le but, la nature, les avantages de l'étude. Après réflexion et un délai raisonnable, je consens à ce que mon fils/ma fille participe au projet et j'atteste qu'il/elle a donné son assentiment et ne s'oppose pas à prendre part à cette étude. Je sais qu'il/elle peut se retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Signature du parentDate.....

Je, (nom du fils/de la fille en lettres moulées).....

déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec ÓSCAR HERNÁNDEZ et comprend le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude. Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Signature du participant.....Date.....

Je, (nom en lettres moulées de l'investigateur).....

déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées du sujet).....

Signature de l'investigateurDate.....

Témoin autre qu'un individu associé au projet.

(nom en lettres moulées)

Signature du témoin Date

APPENDICE B :
QUESTIONNAIRE (VERSION FRANÇAISE)

L'UTILISATION DU *DOUBLE DUTCH* CHEZ LES ADOLESCENTS-ES ESPAGNOLS®

Bonjour,

Je suis infirmier, étudiant à la maîtrise en sciences infirmières et je fais une étude auprès des adolescents. Je suis intéressé à connaître tes impressions sur l'utilisation de la méthode contraceptive *Double Dutch (DD)*, c.-à-d. l'utilisation combinée du condom et de la pilule lors de **rapports sexuels**. En remplissant ce questionnaire, tu m'aideras à comprendre ce que les adolescents et les adolescentes pensent de cette méthode contraceptive.

N'écris pas ton nom sur ce questionnaire, un code numérique en haut de la page assure l'anonymat et la confidentialité de tes réponses. Il correspond au nombre de personnes recrutées.

Lis attentivement chaque énoncé. Les consignes au début de chaque section t'expliquent comment répondre. À chacun des énoncés, il y a un choix de réponses. Il est important d'écrire exactement ce que tu penses face à chaque énoncé, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il est important d'avoir **ton opinion**. L'honnêteté et le sérieux avec lesquels tu répondras détermineront la valeur de cette recherche et la qualité des résultats qui en découleront.

Manière de répondre

1. Il est très important de répondre à toutes les questions
2. Tu réponds aux questions en traçant un X à l'endroit qui correspond le mieux à ton opinion
3. N'écrire qu'un seul X pour chacune des questions posées.
4. **Réponds spontanément aux questions, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.**

Exemple

- Faire un voyage à la fin de la session d'été te permettrait de connaître plus de gens

Très en désaccord	Moyennement en désaccord	Un peu en désaccord	Ni en accord ni désaccord	Peu en accord	Moyennement en accord	Très en accord
1	2	3	4	5	(6)	7

Dans ce questionnaire on utilisera fréquemment les expressions **Rapport sexuel** et **Nouveau Partenaire**. On définit ces deux expressions de la façon suivante :

Rapport sexuel: relation avec un partenaire qui comprend un acte sexuel tel que la pénétration du pénis dans le vagin (pénétration vaginale) ou dans l'anus (pénétration anale).

Nouveau Partenaire: une personne avec qui tu aurais un ou des rapports sexuels pour la première fois ou une personne avec qui tu as présentement des rapports sexuels depuis moins de trois mois, ou un ancien partenaire avec qui tu aurais à nouveau une ou des relations.

Section A

Dans cette section, j'aimerais savoir ton degré d'accord avec l'énoncé

Quand tu penses à l'utilisation du *DD* (condom et pilule en même temps) lors de chaque rapport sexuel que tu pourrais avoir avec un nouveau partenaire au cours de trois prochains mois (malgré que tu n'aies pas planifié de faire), dans quelle mesure es-tu en accord :

	Très en désaccord	Moyennement en désaccord	Un peu en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Peu en accord	Moyennement en accord	Très en accord
1. J'ai l'intention d'utiliser le <i>Double Dutch</i> pour chaque rapport sexuel que je pourrais avoir avec un nouveau partenaire au cours de trois prochains mois	1	2	3	4	5	6	7
2. L'utilisation du <i>Double Dutch</i> me fait sentir plus en sécurité	1	2	3	4	5	6	7
3. Pour moi, il est très important de me sentir en sécurité	1	2	3	4	5	6	7
4. L'utilisation du <i>Double Dutch</i> est plus efficace pour la prévention de la grossesse	1	2	3	4	5	6	7
5. Pour moi, il est très important de prévenir le plus efficacement possible une grossesse	1	2	3	4	5	6	7
6. L'utilisation du <i>Double Dutch</i> me protège mieux contre les maladies transmissibles sexuellement	1	2	3	4	5	6	7
7. Pour moi, il/elle est très important de me sentir protégé-e contre les maladies transmissibles sexuellement	1	2	3	4	5	6	7
8. L'utilisation du <i>Double Dutch</i> est plus efficace pour la prévention des MTS	1	2	3	4	5	6	7
9. Pour moi, il est très important de prévenir le plus efficacement possible les MTS.	1	2	3	4	5	6	7
10. L'utilisation du <i>Double Dutch</i> n'a aucun désavantage	1	2	3	4	5	6	7
11. Pour moi, il/elle est très important de penser que le <i>Double Dutch</i> n'a aucun désavantage	1	2	3	4	5	6	7
12. L'utilisation du <i>Double Dutch</i> m'ennuie car il faut être attentif à deux méthodes contraceptives	1	2	3	4	5	6	7
13. Pour moi, il/elle est important de n'être pas ennuyé-e par les méthodes contraceptives	1	2	3	4	5	6	7
14. Prendre une pilule à chaque jour me dérange	1	2	3	4	5	6	7
15. Pour moi, il-elle est important de ne pas être dérangé-e par la méthode contraceptive que j'utilise (prendre la pilule chaque jour)	1	2	3	4	5	6	7
16. L'utilisation du <i>Double Dutch</i> occasionne des effets secondaires (pilule) ou des désagréments (condom)	1	2	3	4	5	6	7

17. Pour moi, il/elle est important de ne pas ressentir les effets secondaires de la pilule ou les désagréments du condom	1	2	3	4	5	6	7
18. L'utilisation du <i>Double Dutch</i> n'est pas nécessaire, une des 2 méthodes (le condom) est suffisante pour prévenir la grossesse et les MTS	1	2	3	4	5	6	7
19. Pour moi, il/elle est très important de penser qu'une seule méthode (le condom) est suffisante pour prévenir la grossesse et les MTS	1	2	3	4	5	6	7
20. L'utilisation du <i>Double Dutch</i> n'a aucun avantage	1	2	3	4	5	6	7
21. Pour moi, il est très important penser que le <i>Double Dutch</i> n'a aucun avantage	1	2	3	4	5	6	7

Section B

Pour la prochaine section, il faut identifier les 5 personnes les plus importantes pour toi en ce moment.

Pour chacune d'elle, tu dois indiquer si d'après toi cette personne est en faveur de l'utilisation du *DD* ou non, et si pour toi, il est important de te conformer à l'opinion de cette personne (si en général tu as tendance à respecter son opinion).

PERSONNES (ex :père, professeur)	<u>Opinion</u>			<u>Conformer</u>		
	en faveur	ne sais pas	en défaveur	la plupart du temps	de temps en temps	rarement
1) _____	<input type="checkbox"/>					
2) _____	<input type="checkbox"/>					
3) _____	<input type="checkbox"/>					
4) _____	<input type="checkbox"/>					
5) _____	<input type="checkbox"/>					

Section C

Dans cette section, j'aimerais savoir ton degré d'accord avec l'énoncé :

22. Jusqu'à quel point tu crois exercer un contrôle sur le fait d'utiliser le *Double Dutch* (D.D.) lors de chaque rapport sexuel

Très en désaccord	Moyennement en désaccord	Un peu en désaccord	Ni en accord ni désaccord	Peu en accord	Moyennement en accord	Très en accord
1	2	3	4	5	6	7

Maintenant, quand tu penses à l'utilisation du *Double Dutch* (condom et pilule en même temps) lors de chaque rapport sexuel que tu pourrais avoir avec un nouveau partenaire au cours de trois prochains mois (malgré que tu n'aies pas planifié de le faire), dans quelle mesure es-tu en accord :

	Très en désaccord	Moyennement en désaccord	Un peu en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Peu en accord	Moyennement en accord	Très en accord
23. Je pense que mon/ma partenaire n'est pas en état d'utiliser le D.D	1	2	3	4	5	6	7
24. Si mon/ma partenaire n'est pas en état d'utiliser le D.D., je refuserais d'avoir des rapports sexuels avec il/elle	1	2	3	4	5	6	7
25. L'utilisation du D.D. me permet d'avoir plus de plaisir lors d'un rapport sexuel car je n'ai pas à me tracasser si le condom brise	1	2	3	4	5	6	7
26. Je pourrais avoir plus de plaisir avec le D.D. lors d'un rapport sexuel si je n'ai pas à me tracasser si le condom brise	1	2	3	4	5	6	7
27. Utiliser le D.D. coûte plus cher	1	2	3	4	5	6	7
28. Je ne pourrais pas utiliser le D.D. lors de mes rapports sexuels car cela coûte trop cher	1	2	3	4	5	6	7
29. Avoir un rapport sexuel non planifié est un obstacle à l'utilisation du D.D.	1	2	3	4	5	6	7
30. Je pourrais avoir un rapport sexuel non planifié sans utiliser le D.D.	1	2	3	4	5	6	7
31. Avoir un rapport sexuel sous les effets de l'alcool ou de drogues est un obstacle à l'utilisation du D.D.	1	2	3	4	5	6	7
32. Je pourrais avoir un rapport sexuel sans utiliser le D.D sous les effets de l'alcool ou de drogues	1	2	3	4	5	6	7
33. Avoir une entière confiance dans mon/ma partenaire est un obstacle à l'utilisation du D.D.	1	2	3	4	5	6	7
34. Je pourrais avoir un rapport sexuel sans utiliser le D.D. si j'avais une entière confiance dans mon/ma partenaire	1	2	3	4	5	6	7
35. Penser que le condom diminue le plaisir sexuel est un obstacle à l'utilisation du D.D.	1	2	3	4	5	6	7
36. Je crois que je pourrais avoir une relation sexuelle sans utiliser le D.D. si je pense que le condom diminue le plaisir sexuel	1	2	3	4	5	6	7

Section D. Données Générales

Dans cette section encercle la réponse

37. Quel est ton sexe ?

1. Masculin
2. Féminin

38. Quel est ton âge ?

- 15 ans
- 16 ans

Autre (Spécifier) _____

39. Où es-tu né ?

1. Catalogne
2. Hors Catalogne Spécifier région ou pays _____

40. Quel est le niveau de scolarité de ton père ?

1. Il n'a pas fait des études
2. Il a des études primaires, environ de 14 ans (exemple école)
3. Il a des études secondaires, environ 17 ans (exemple lycée)
4. Il a des études supérieures à l'université (exemple professeur, ingénieur, avocate, médecin, etc.)

41. Quelle était ou quelle est l'occupation de ton père ?

1. Il travaille pour lui-même sans d'autres travailleurs (exemple : chauffeur de taxi, etc.)
2. Il travaille pour lui-même avec moins de 10 travailleurs (exemple : propriétaire d'un atelier mécanique, commerçant)
3. Il travaille pour lui-même avec plus de 10 travailleurs
4. Il est le directeur d'une entreprise de moins de 10 travailleurs
5. Il est le directeur d'une entreprise de plus de 10 travailleurs
6. Il est chargé responsable d'une section de l'entreprise
7. Autre (Spécifier) _____
8. Je ne sais pas

42. Quel est le niveau de scolarité de ta mère ?

1. Elle n'a pas fait des études
2. Elle a des études primaires, environ de 14 ans (exemple école)
3. Elle a des études secondaires, environ 17 ans (exemple lycée)
4. Elle a des études supérieures à l'université (exemple professeur, avocate, médecin, etc.)

43. Quelle était ou quelle est l'occupation de ta mère?

1. Elle travaille pour elle-même sans d'autres travailleurs (exemple : chauffeur de taxi, etc.)
2. Elle travaille pour elle-même avec moins de 10 travailleurs (exemple : propriétaire d'un atelier mécanique, commerçante)
3. Elle travaille pour elle-même avec plus de 10 travailleurs
4. Elle est la directrice d'une entreprise de moins de 10 travailleurs
5. Elle est la directrice d'une entreprise de plus de 10 travailleurs
6. Elle est chargée responsable d'une section de l'entreprise
7. Autres(Spécifier) _____
8. Je ne sais pas

44. Considères-tu que tu as atteint une maturité sexuelle ?

Pas encore	Un Peu	Moyennement	Pleinement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. As-tu déjà eu des rapports sexuels avec pénétration ?

1. Oui
2. Non (Passe à la question 50)

46. À quel âge as-tu eu ton premier rapport sexuel : _____ ans?

47. As-tu utilisé une ou des méthodes contraceptives lors de ton premier rapport sexuel?

1. Oui
2. Non

48. Quel sont les méthodes contraceptives que tu as utilisée-s ou que tu utilises?

Méthode	Pas du tout	Peu	Assez	Très
1. Pilule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Condom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Spermicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diaphragme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Coït Interrompu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Autres (Spécifier _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Considères-tu que ces méthodes contraceptives sont faciles à utiliser ?

<i>Méthode</i>	Pas du tout	Peu	Assez	Très
8. Pilule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Condom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Spermicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Diaphragme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Coït Interrompu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Autres (Spécifier _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Est-ce que tu te sens bien à l'aise avec les méthodes contraceptives suivantes?

<i>Méthode</i>	Pas du tout	Peu	Assez	Très
15. Pilule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Condom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Spermicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Diaphragme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Coït Interrompu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Autres (Spécifier _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Considères-tu que ces méthodes contraceptives sont efficaces pour prévenir la grossesse ?

<i>Méthode</i>	Pas du tout	Peu	Assez	Très
22. Pilule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Condom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Spermicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Diaphragme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Coït Interrompu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Autres (Spécifier _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Considères-tu que ces méthodes contraceptives sont efficaces pour prévenir des MTS ?

Méthode	Pas du tout	Peu	Assez	Très
29. Pilule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Condom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Spermicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Diaphragme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Coït Interrompu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Autres (Spécifier _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Quelle importance accordes-tu aux sources d'information suivantes en ce qui concerne la sexualité ? (1 : peu important et 10 : très important)

1. Famille	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Amis-es	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Professeurs/eures	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Périodiques de divulgation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Films pornographiques	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Périodiques pornographiques	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Personnel sanitaire	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Livres	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Considères-tu qu'il soit facile de te procurer des condoms et la pilule

Méthode	OUI	NON
1. Pilule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Condom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Penses-tu que prendre de l'alcool ou des drogues peut t'inciter à avoir des relations sexuelles?

Méthode	OUI	NON
1. Pilule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Condom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. As-tu l'habitude de prendre de l'alcool ou des drogues juste avant un rapport sexuel ?

1. Oui
2. Non

57. Lorsque tu prends de l'alcool ou des drogues juste avant un rapport sexuel, à ce moment-là oublies-tu généralement d'utiliser une méthode contraceptive ?

1. Oui
2. Non

Je te remercie de ta collaboration.

APPENDICE C :
QUESTIONNAIRE (VERSION ESPAGNOLE)

--	--	--	--

QÜESTIONARI SOBRE EL COMPORTAMENT SEXUAL DELS ADOLESCENTS
EN RELACIÓ A LA UTILITZACIÓ DEL *DOUBLE DUTCH*

Projecte de memòria de mestratge de la Universitat de Montreal

Autors: Óscar Hernández i Céline Goulet, Ph. D. ©

Bon dia,

Sóc infermer i antropòleg, estudiant de Mestratge de la Universitat de Montreal. Per fer aquests estudis he obtingut una beca del Fons d'Investigacions Sanitàries (FIS). Estic fent una investigació sobre els adolescents i el meu interès es centra en conèixer les teves impressions sobre la utilització del mètode contraceptiu *Double Dutch* (DD), és a dir, la utilització combinada del preservatiu i la píndola en cada relació sexual. Complimentant aquest qüestionari m'ajudarà a comprendre allò que els adolescents penseu sobre aquest mètode contraceptiu.

No has d'escriure el teu nom en aquest qüestionari, un codi numèric al començament assegura l'anonimat i la confidencialitat de les teves respostes. Es correspon al nombre de persones enquestades. Llegeix atentament cada enunciat. Les directrius al començament de cada secció t'expliquen la manera adequada de respondre. Després de cada enunciat has de triar una possible resposta. És molt important que triïs allò que realment penses respecte a cada enunciat, no hi ha respostes bones ni dolentes. El més important és conèixer **la teva opinió**. L'honestedat i la sinceritat de les teves respostes determinaran el valor i la qualitat dels resultats que d'aquest estudi es derivin.

Manera de respondre

1. És molt important respondre a totes les qüestions.
2. Has de respondre a les qüestions marcant amb una X a l'opció que més s'ajusti a la teva opinió.
3. A cada pregunta només hi pots escriure una X.
4. **Respon espontàniament a les preguntes, no hi ha una resposta bona o dolenta.**

Exemple

- Fer un viatge de fi curs et permetria conèixer gent.

Molt en desacord	Bastant en desacord	Poc en desacord	Ni d'acord ni en desacord	Poc d'acord	Bastant d'acord	Molt d'acord
1	2	3	4	5	(6)	7

En aquest qüestionari s'utilitzarà freqüentment les expressions **Relació Sexual** i **Nova Parella**. Definim aquestes expressions de la manera següent:

Relació Sexual : Relació amb la parella que comprèn un acte sexual amb penetració.

Nova Parella : Persona amb la qual mantens una relació sexual des de fa tres mesos o més, una antiga persona amb la que havies mantingut una relació sexual i has tornat a tenir-ne (una o més relacions sexuals), o persona fictícia amb la que podries mantenir una o més relacions sexuals.

Secció A

En aquesta secció m'agradaria conèixer en quina mesura estàs d'acord amb l'enunciat "la utilització del *Double Dutch* (preservatiu i píndola a la vegada) en cada relació sexual que podries tenir amb una nova parella durant el pròxims tres mesos (malgrat que tu no tinguis previst de fer-ho) en quina mesura estàs d'acord amb" :

	Molt en desacord	Bastant en desacord	Poc en desacord	Ni en desacord ni en acord	Poc d'acord	Bastant d'acord	Molt d'acord
1. Tinc la intenció d'utilitzar el <i>Double Dutch</i> en cada relació sexual que podria tenir amb una nova parella durant els pròxims tres mesos	1	2	3	4	5	6	7
2. La utilització del <i>Double Dutch</i> em fa sentir més segur/a	1	2	3	4	5	6	7
3. És molt important per mi sentir-me més segur/a	1	2	3	4	5	6	7
4. La utilització del <i>Double Dutch</i> és més eficaç per la prevenció de l'embaràs	1	2	3	4	5	6	7
5. És molt important per mi prevenir eficaçment un possible embaràs	1	2	3	4	5	6	7
6. La utilització del <i>Double Dutch</i> em protegeix millor contra les Malalties de Transmissió Sexual (MTS)	1	2	3	4	5	6	7
7. És molt important per mi sentir-me més protegit/ida contra les MTS	1	2	3	4	5	6	7
8. La utilització del <i>Double Dutch</i> és més eficaç per la prevenció de les MTS	1	2	3	4	5	6	7
9. És molt important per mi prevenir de la forma més eficaç possible les MTS	1	2	3	4	5	6	7
10. La utilització del <i>Double Dutch</i> no té cap desavantatge	1	2	3	4	5	6	7
11. És molt important per mi pensar que el <i>Double Dutch</i> no té cap desavantatge	1	2	3	4	5	6	7
12. Fer servir <i>Double Dutch</i> em molesta perquè he de tenir en compte dos mètodes anticonceptius	1	2	3	4	5	6	7
13. És molt important no sentir-me molestat pels mètodes anticonceptius que utilitzi	1	2	3	4	5	6	7
14. Em fa sentir incòmode per que haig/ha de prendre la píndola cada dia	1	2	3	4	5	6	7
15. És important per mi no sentir-me incòmode (o la meva parella) per haver de prendre la píndola cada dia	1	2	3	4	5	6	7
16. La utilització del <i>Double Dutch</i> ocasiona efectes secundaris (píndola) o molèsties (preservatiu)	1	2	3	4	5	6	7

17. És important per mi no haver de patir els efectes secundaris de la píndola o les molèsties del preservatiu	1	2	3	4	5	6	7
18. La utilització del <i>Double Dutch</i> no és necessària, amb un dels dos mètodes (el preservatiu) ja n'hi ha prou per prevenir-me de l'embaràs i de les MTS	1	2	3	4	5	6	7
19. És important per mi pensar que amb el preservatiu ja n'hi ha prou per prevenir-me de l'embaràs i de les MTS.	1	2	3	4	5	6	7
20. La utilització del <i>Double Dutch</i> no té cap avantatge	1	2	3	4	5	6	7
21. És important per mi pensar que el <i>Double Dutch</i> no té cap avantatge	1	2	3	4	5	6	7

Secció B

En aquesta secció, has d'identificar les 5 persones més importants per tu actualment. Per cada una d'elles, has d'indicar si creus que està a favor de la utilització del *Double Dutch* i si per tu és important conformar-te amb l'opinió d'aquesta persona (si en general tens tendència a respectar la seva opinió).

PERSONES (ex :pare, professor)	<u>Opinió</u>			<u>Conformar-te</u>		
	A favor	No ho sé	En desacord	Gairebé sempre	A vegades	Rarament
1) _____	<input type="checkbox"/>					
2) _____	<input type="checkbox"/>					
3) _____	<input type="checkbox"/>					
4) _____	<input type="checkbox"/>					
5) _____	<input type="checkbox"/>					

Secció C

En aquesta secció m'agradaria saber en quina mesura estàs d'acord amb

Crec tenir un control sobre el fet d'utilitzar el *Double Dutch* (D.D.) durant cada relació sexual.

Molt en desacord	Bastant en desacord	Poc en desacord	Ni d'acord ni en desacord	Poc d'acord	Bastant d'acord	Molt d'acord
1	2	3	4	5	6	7

Ara, quan penses en la utilització del *Double Dutch* (preservatiu i pindola a la vegada) en cada relació sexual que podries tenir amb una nova parella durant el pròxims tres mesos (malgrat que tu no tinguis previst de fer-ho) en quina mesura estàs d'acord amb:

	Molt en desacord	Bastant en desacord	Poc en desacord	Ni en desacord ni en acord	Poc d'acord	Bastant d'acord	Molt d'acord
23. Penso que la meva parella no està predisposada a utilitzar el D.D.	1	2	3	4	5	6	7
24. Si la meva parella no està predisposada a utilitzar el D.D. rebutjaria tenir relacions sexuals amb ell/ella.	1	2	3	4	5	6	7
25. La utilització del D.D. em permet de tenir més plaer durant la relació sexual ja que no haig d'estar preocupat de si el preservatiu es trenca	1	2	3	4	5	6	7
26. Podria tenir més plaer amb el D.D. durant la relació sexual si no haig d'estar preocupat de si el preservatiu es trenca	1	2	3	4	5	6	7
27. Utilitzar el D.D. costa més cèntims.	1	2	3	4	5	6	7
28. No podria utilitzar el D.D. en les meves relacions sexuals ja que és massa car	1	2	3	4	5	6	7
29. Tenir una relació sexual no planificada és un obstacle en la utilització del D.D.:	1	2	3	4	5	6	7
30. Podria tenir una relació sexual no planificada sense utilitzar el D.D.	1	2	3	4	5	6	7
31. Tenir una relació sexual sota els efectes de l'alcohol o les drogues és un obstacle en la utilització del D.D.	1	2	3	4	5	6	7
32. Podria tenir una relació sexual sense utilitzar el D.D. sota els efectes de l'alcohol o les drogues	1	2	3	4	5	6	7
33. Tenir plena confiança en la meva parella és un obstacle en la utilització del D.D.	1	2	3	4	5	6	7
34. Podria tenir una relació sexual sense utilitzar el D.D. en el cas de tenir plena confiança en la meva parella.	1	2	3	4	5	6	7
35. Pensar que el preservatiu disminueix el plaer sexual és un obstacle en la utilització del D.D.	1	2	3	4	5	6	7
36. Podria tenir una relació sexual sense utilitzar el D.D. si penso que el preservatiu disminueix el plaer sexual	1	2	3	4	5	6	7

Secció D. Dades Generals

37. Ets noi o noia?

1. Noi

2. Noia

38. Quina edat tens ?

15 anys

16 anys

Altres (Especificar) _____

39. Lloc de naixement ?

1. Catalunya

2. Fora Catalunya Especificar autonomia o País _____

40. Nivell d'escolaritat del teu pare ?

1. No té estudis

2. Estudis Primaris, fins aprox. als 14 anys (exemple escola, EGB).

3. Estudis Secundaris, fins aprox. 17 anys (exemple institut, BUP).

4. Estudis Superiors a la Universitat (exemple professor, medicina, etc.)

41. Quina és o era l'ocupació del teu pare

1. Treballa per ell mateix sense d'altres empleats (exemple : taxista)

2. Treballa per ell mateix amb menys de 10 empleats (exemple : propietari d'un taller de reparació de cotxes, comerciant ,etc)

3. Treballa per ell mateix amb més de 10 empleats

4. És propietari d'una empresa de menys de 10 treballadors

5. És propietari d'una empresa de més de 10 treballadors

6. És encarregat d'una secció de l'empresa

7. Altres (Especificar) _____

8. No ho sé

42. Nivell d'estudis de la teva mare ?

1. No té estudis

2. Estudis Primaris, fins aprox. als 14 anys (exemple escola, EGB).

3. Estudis Secundaris, fins aprox. 17 anys (exemple institut, BUP).

4. Estudis Superiors a la Universitat (exemple professor, medicina, etc.)

43. Quina és o era l'ocupació de la teva mare ?

1. Treballa per ella mateixa sense d'altres empleats (exemple : taxista)

2. Treballa per ella mateixa amb menys de 10 empleats (exemple : propietària d'una botiga, comerciant ,etc.)

3. Treballa per ella mateixa amb més de 10 empleats

4. És propietària d'una empresa de menys de 10 treballadors

5. És propietària d'una empresa de més de 10 treballadors
6. És encarregada d'una secció de l'empresa
7. Altres (Especificar) _____
8. No ho sé

44. Consideres que has assolit la maduresa sexual ?

Gens encara	Una mica	Bastant	Completamen

45. Ja has tingut relacions sexuals amb penetració?

1. Sí
2. No (Passa a la qüestió 50)

46. A quina edat has tingut la primera relació sexual ? _____ anys

47. Has utilitzat algun tipus de mètode contraceptiu?

1. Sí
2. No

48. Quin tipus de mètode contraceptiu has utilitzat o pres ?

1. Píndola
2. Preservatiu
3. Coit Interromput (marxa enrera)
4. DIU
5. Diafragma
6. Espermicida
7. Altres (Especificar) _____

49. Consideres que els següents mètodes contraceptius són fàcils d'utilitzar o prendre ?

Mètode	Gens	Poc	Bastant	Molt
8. Píndola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preservatiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Espermicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Diafragma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Coit Interromput (marxa enrera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Altres (Especificar _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

50. En quina mesura et sentiries a gust utilitzant els següents mètodes contraceptius?

Mètode	Gens	Poc	Bastant	Molt
15. Píndola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Preservatiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Espermicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Diafragma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Coit Interromput (marxa en rera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Altres (Especificar _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Consideres que els següents mètodes contraceptius són eficaços per prevenir l'embaràs ?

Mètode	Gens	Poc	Bastant	Molt
22. Píndola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Preservatiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Espermicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Diafragma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Coit Interromput (marxa en rera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Altres (Especificar _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Consideres que els següents mètodes contraceptius són eficaços per prevenir les Malalties de Transmissió Sexual (MTS) ?

Mètode	Gens	Poc	Bastant	Molt
29. Píndola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Preservatiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Espermicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Diafragma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Coit Interromput (marxa enrera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Altres (Especificar _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Puntua les fonts d'informació sexual següents (1 : poc valorat ; 10 : molt valorat)

1. Família	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Amics/amigues	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Professors/ores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Revistes de divulgació	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Pel·lícules pornogràfiques	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Revistes pornogràfiques	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Personal Sanitari	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Llibres	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Consideres que és fàcil d'aconseguir la píndola i el preservatiu?

Mètode	Gens	Poc	Bastant	Molt
1. Píndola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Preservatiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Penses que l'alcohol o drogues poden ajudar-te a tenir relacions sexuals?

1. Sí
2. No

56. Tens l'hàbit de prendre alcohol o drogues abans de tenir una relació sexual (si encara no has tingut relacions sexuals, penses que en podries tenir després d'haver pres alcohol o drogues) ?

1. Sí
2. No

57. En aquesta situació has oblidat d'utilitzar algun tipus de mètode contraceptiu (o penses que te'n podries oblidar) ?

1. Sí
2. No

Gràcies per la teva col·laboració.