



Université du Québec
à Rimouski

**EFFET DU PROGRAMME *LES ITSS DE A À Z !*
SUR LES CONNAISSANCES, LES ATTITUDES ET LES
COMPORTEMENTS DES JEUNES DE 16-24 ANS**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières

en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences

PAR

© **KARINE LELIÈVRE**

Mars 2019

Composition du jury :

Daniel Bolduc, M.Sc., président du jury, Université du Québec à Rimouski

Nicole Ouellet, Ph. D., directrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Sonia Dubé, Ph. D., codirectrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Carlotta Lunghi, Ph. D., examinatrice externe, Université du Québec à Rimouski

Dépôt initial le 15 décembre 2018

Dépôt final le 27 mars 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

À mon chéri d'amour, mon
soutien si précieux, à mes deux enfants,
ma plus grande fierté.

REMERCIEMENTS

La rédaction d'un mémoire, quelle folie... quel défi! Impossible de calculer le nombre d'heures passées devant mon ordinateur depuis les cinq dernières années. Malgré toutes les embûches, je vous annonce officiellement que j'ai fini! C'est avec grande fierté et émotion que j'écris les dernières lignes de ce mémoire. Ainsi, je profite de ce moment pour remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de ce projet de recherche.

Je présente mes plus sincères remerciements aux jeunes qui ont gentiment accepté de participer à cette étude. Sans vous, ce projet n'aurait pas été possible. Merci pour votre collaboration si importante pour moi.

J'exprime toute ma reconnaissance à ma directrice, Mme Nicole Ouellet, ainsi qu'à ma codirectrice, Mme Sonia Dubé, pour votre disponibilité, la qualité de vos conseils et votre esprit scientifique. Pour votre rigueur, votre compréhension, vos rétroactions constructives, votre dévouement, je vous remercie infiniment. Merci d'avoir guidé mes réflexions et surtout d'avoir répondu à mes innombrables questions. Merci de m'avoir soutenue et accompagnée tout au long de ce processus.

Je désire remercier M. Daniel Bolduc, Mme Nicole Ouellet, Mme Sonia Dubé et Mme Carlotta Lunghi qui ont composé le jury d'évaluation de ce projet. Toute ma reconnaissance envers chacun d'entre vous qui avez offert un temps considérable et de judicieux conseils afin de bonifier ce mémoire. Merci encore.

Je remercie également les organismes qui m'ont soutenue financièrement : le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur pour la bourse de fin d'études à la maîtrise en sciences infirmières - MEES Universités, la ville de Rimouski pour la bourse

d'excellence en recherche - Maîtrise, l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Bas-Saint-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine pour les deux bourses d'excellence pour des études de cycles supérieurs en sciences infirmières et le Groupe GP pour la bourse d'excellence Rolande-Pelletier pour des études avancées en sciences infirmières.

À Véronique et Josée, mes supérieures qui m'ont accordé des congés pour mes études, je tiens à vous offrir mes remerciements, mon respect et ma gratitude. Je désire remercier mes collègues de travail qui m'ont toujours supportée. Leurs encouragements ont été d'une grande aide dans la réussite de mon projet.

Je veux remercier mes deux grandes amies, Nath et Lolo, qui sont toujours là pour moi. Pour votre sincère amitié, votre confiance et votre soutien inestimable, merci beaucoup. Je vous adore et « une chance qu'on s'a! ». À mon amie Martine, merci pour ton énergie positive, ton oreille attentive et ta présence authentique. À mon ami Éric, je te dis merci pour ton écoute et tes « coucous » d'encouragement. À mes deux acolytes de maîtrise, Hélène et Simon, je tiens à vous dire un gros merci pour votre support moral, vos bons mots et vos « on lâche pas! ».

À toi, maman, merci pour tes bons petits plats réconfortants. À papa, merci pour tes encouragements. Je vous remercie, mes très chers parents de m'avoir transmis courage, ténacité et persévérance. Merci de me supporter dans mes projets et de croire en mes capacités. Je suis fière d'être votre fille.

À mon frère que j'aime, à qui je demande souvent de me donner l'énergie de poursuivre, quand j'ai le goût de tout abandonner, merci d'être là pour moi. Merci de veiller sur ma petite famille. Dans mon cœur, toujours tu resteras...

Avec tout mon amour, pour toi, mon chéri, mon complice, un énorme merci pour ton soutien inconditionnel, ton écoute, tes bons conseils, tes soupers improvisés et surtout ta patience. Quel bonheur d'être à tes côtés. Mille mercis pour ton aide si précieuse. Ensemble, nous formons un « team » d'enfer!

À mes amours, mes deux enfants, merci de croire en moi ainsi qu'à mes projets. Merci à toi mon beau Samuel de comprendre que je suis moins disponible pour aller voir tes matchs de hockey et pour les soirées en famille. Merci à toi Janie, ma puce, pour tes délicates attentions quand je travaille à l'ordinateur, tes petits mots et tes gros câlins. Je vous promets du temps de qualité suite à cette étape. Croyez en vos rêves!

RÉSUMÉ

Malgré le nombre et la diversité des activités déployées, la hausse des cas d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) depuis les dix dernières années demeure préoccupante en particulier chez les jeunes de 15 à 24 ans. Ces infections évitables peuvent engendrer de lourdes conséquences et affecter la qualité de vie des jeunes. Ainsi, il s'avère primordial pour les professionnels de la santé d'élaborer et d'exécuter des programmes efficaces de prévention en matière de santé sexuelle. Cette étude quasi-expérimentale avait pour but d'évaluer l'effet du programme de prévention des ITSS en ligne *Les ITSS de A à Z!* sur les connaissances, les attitudes et les comportements des jeunes de 16-24 ans fréquentant un centre d'éducation des adultes (CEA). Le cadre de référence retenu est le modèle information, motivation et habiletés comportementales (IMHC) de l'Agence de la santé publique du Canada (2008). Les participants du groupe expérimental ($n = 40$) ont bénéficié du programme de prévention et les participants du groupe contrôle ($n = 40$) ont reçu les interventions usuelles. Les mesures ont été recueillies en pré-intervention ainsi qu'un et trois mois post-intervention à l'aide de questionnaires autoadministrés en ligne. À la suite des interventions qui se sont échelonnées sur une période de quatre mois, les résultats démontrent que le groupe de jeunes ayant suivi le programme de prévention en ligne *Les ITSS de A à Z!* ont obtenu de meilleurs scores au test de connaissances des ITSS, ont présenté une attitude plus positive à propos du condom, ont rapporté utiliser davantage de stratégies de négociation du condom et ont rapporté utiliser davantage le condom. Les recommandations visent le déploiement de ce programme de prévention dans les milieux scolaires au niveau régional. Cette étude incitera les infirmières scolaires à bonifier leurs interventions en éducation à la santé en vue de permettre aux jeunes de promouvoir leur santé sexuelle.

Mots clés : programme prévention, éducation sexuelle, comportements sexuels, infections transmissibles sexuellement, utilisation condom, jeunes adultes, modèle IMHC

ABSTRACT

Despite the number and diversity of activities deployed, the increase in sexually transmitted diseases (STD) cases over the last ten years remains a concern, particularly among young people aged 15 to 24 years. These preventable infections can have serious consequences and affect the quality of life of young people. Thus, it is critical for health professionals to develop and implement effective sexual health prevention programs. This quasi-experimental study aimed to evaluate the effect of the online STBBI prevention program *STBBIs from A to Z!* regarding knowledge, attitudes and behaviours of people between the ages of 16 to 24, attending an Adult Education Center (AEC). The terms of reference used are the Public Health Agency of Canada's Information, Motivation, and Behavioral Competencies Model (IMHC) (2008). Participants in the experimental group ($n = 40$) benefited from the prevention program and participants in the control group ($n = 40$) received the usual interventions. The measures were collected pre-intervention and one and three months post-intervention using self-administered online questionnaires. As a result of interventions over a four-month period, the results show that the group of young people who have followed the online prevention program *STBBIs from A to Z!* scored better on the STBBI knowledge test, had a more positive attitude about condoms, reported using more condom negotiation strategies, and reported using condoms more often. The recommendations are aimed at deploying this prevention program in schools at the regional level. This study will encourage school nurses to enhance their health education interventions to help young people maintain their sexual health.

Keywords: prevention program, sexual education, sexual behavior, sexually transmitted diseases, condom use, young adults, IMB model

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-------|
| REMERCIEMENTS..... | ix |
| RÉSUMÉ | xiii |
| ABSTRACT | xv |
| TABLE DES MATIÈRES | xvii |
| LISTE DES TABLEAUX | xxi |
| LISTE DES FIGURES | xxiii |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS | xxv |
| INTRODUCTION GÉNÉRALE | 1 |
| CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE..... | 3 |
| 1.1 INCIDENCE DES ITSS | 3 |
| 1.2 FACTEURS ASSOCIÉS AUX COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE..... | 5 |
| 1.2.1 Connaissances des ITSS | 6 |
| 1.2.2 Attitudes à propos du condom | 6 |
| 1.2.3 Stratégies de négociation du condom | 7 |
| 1.2.4 Utilisation du condom..... | 7 |
| 1.3 STRATEGIES DE PREVENTION DES ITSS | 8 |
| 1.4 PROGRAMME EN LIGNE SUR LA PREVENTION DES ITSS..... | 10 |
| 1.5 MODÈLE INFORMATION, MOTIVATION ET HABILITÉS COMPORTEMENTALES (IMHC) | 11 |
| 1.6 PERTINENCE POUR LA PRATIQUE ET LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE | 12 |
| 1.7 BUT ET QUESTION DE RECHERCHE..... | 13 |
| CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS | 15 |
| 2.1 STRATEGIE DE REPERAGE DES ECRITS | 15 |

| | | |
|---------------------------|---|----|
| 2.2 | CONCEPT DE COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE | 16 |
| 2.3 | VARIABLES DEPENDANTES | 17 |
| 2.3.1 | Connaissances des ITSS..... | 17 |
| 2.3.2 | Attitudes à propos du condom..... | 23 |
| 2.3.3 | Stratégies de négociation du condom..... | 28 |
| 2.3.4 | Utilisation du condom | 31 |
| 2.4 | LES TIC ET LA PROMOTION DE LA SANTE SEXUELLE..... | 37 |
| 2.5 | STRATEGIES DE PREVENTION DES ITSS | 38 |
| 2.6 | JUSTIFICATION THEORIQUE..... | 39 |
| 2.7 | RESUME DE LA REVUE DE LITTERATURE | 42 |
| CHAPITRE 3 MÉTHODE..... | | 45 |
| 3.1 | DEVIS DE RECHERCHE | 45 |
| 3.2 | POPULATION VISEE..... | 46 |
| 3.3 | MODE DE RECRUTEMENT | 47 |
| 3.3.1 | Critères d'inclusion | 48 |
| 3.4 | TAILLE DE L'ECHANTILLON | 48 |
| 3.5 | DEROULEMENT DES ACTIVITES..... | 49 |
| 3.6 | PROCEDURE POUR LA COLLECTE DE DONNEES | 50 |
| 3.7 | DESCRIPTION DE LA VARIABLE INDEPENDANTE | 51 |
| 3.8 | MESURE DES VARIABLES DEPENDANTES..... | 53 |
| 3.8.1 | Connaissances des ITSS..... | 53 |
| 3.8.2 | Attitudes à propos du condom..... | 54 |
| 3.8.3 | Stratégies de négociation du condom..... | 55 |
| 3.8.4 | Utilisation du condom | 56 |
| 3.9 | PLAN D'ANALYSES STATISTIQUES..... | 57 |
| 3.10 | CONSIDERATIONS ETHIQUES..... | 57 |
| 3.11 | CRITERES DE RIGUEUR..... | 58 |
| CHAPITRE 4 RÉSULTATS..... | | 61 |
| 4.1 | CARACTERISTIQUES DES GROUPES AU PRETEST | 61 |
| 4.1.1 | Caractéristiques des participants | 61 |

| | | |
|--|--|-----|
| 4.1.2 | Comportements associés à la sexualité des jeunes | 64 |
| 4.2 | EFFETS DU PROGRAMME EN LIGNE <i>LES ITSS DE A A Z !</i> SUR LES CONNAISSANCES, LES ATTITUDES ET LES COMPORTEMENTS | 68 |
| 4.2.1 | Effet du programme sur les connaissances des ITSS..... | 68 |
| 4.2.2 | Effet du programme sur les attitudes à propos du condom..... | 72 |
| 4.2.3 | Effet du programme sur les stratégies de négociation du condom | 75 |
| 4.2.4 | Effet du programme sur l'utilisation du condom..... | 77 |
| 4.3 | SOMMAIRE DES RESULTATS..... | 80 |
| CHAPITRE 5 DISCUSSION | | 81 |
| 5.1 | RESULTATS DE LA QUESTION DE RECHERCHE..... | 81 |
| 5.1.1 | Effet du programme sur les connaissances | 81 |
| 5.1.2 | Effet du programme sur les attitudes à propos du condom..... | 82 |
| 5.1.3 | Effet du programme sur les stratégies de négociation du condom | 84 |
| 5.1.4 | Effet du programme sur l'utilisation du condom..... | 85 |
| 5.2 | LIMITES DE L'ETUDE | 86 |
| 5.3 | FORCES DE L'ETUDE..... | 87 |
| 5.4 | IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE EN SCIENCES INFIRMIERES | 89 |
| 5.5 | RECOMMANDATIONS POUR DE FUTURES RECHERCHES | 90 |
| CONCLUSION..... | | 93 |
| ANNEXE I AFFICHE PROMOTIONNELLE | | 95 |
| ANNEXE II FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CEA RIMOUSKI-NEIGETTE | | 99 |
| ANNEXE III FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CEA DE LA MITIS..... | | 105 |
| ANNEXE IV DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES..... | | 111 |
| ANNEXE V COMPORTEMENTS SEXUELS PRÉTEST | | 115 |
| ANNEXE VI CONNAISSANCES DES ITSS..... | | 119 |
| ANNEXE VII ATTITUDES À PROPOS DU CONDOM..... | | 125 |
| ANNEXE VIII ÉCHELLE DE NÉGOCIATION DU CONDOM PRÉTEST | | 133 |

| | |
|--|-----|
| ANNEXE IX COMPORTEMENTS SEXUELS POSTTEST | 137 |
| ANNEXE X ÉCHELLE DE NÉGOCIATION DU CONDOM POSTTEST | 141 |
| ANNEXE XI PROGRAMME EN LIGNE <i>LES ITSS DE A À Z !</i> | 145 |
| ANNEXE XII Atelier animé par l’infirmière scolaire | 155 |
| ANNEXE XIII Version originale questionnaire attitude à propos du condom..... | 159 |
| ANNEXE XIV Traduction questionnaire attitude à propos du condom..... | 163 |
| ANNEXE XV Version originale de l’échelle de négociation du condom..... | 171 |
| ANNEXE XVI Traduction de l’échelle de négociation du condom..... | 177 |
| ANNEXE XVII Traduction de l’échelle de négociation du condom..... | 181 |
| RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 185 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Interventions recensées mesurant l'effet sur les connaissances ($n = 4$)..... | 18 |
| Tableau 2 : Interventions recensées mesurant l'effet sur les attitudes à propos du condom ($n = 3$)..... | 25 |
| Tableau 3 : Intervention recensée mesurant l'effet sur les comportements associés à la sexualité ($n = 1$) | 30 |
| Tableau 4 : Interventions recensées mesurant l'effet sur l'utilisation du condom ($n = 4$)..... | 33 |
| Tableau 5 : Résumé du programme <i>Les ITSS de A à Z !</i> | 52 |
| Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques des participants entre les deux groupes au prétest | 63 |
| Tableau 7 : Comparaison des comportements associés à la sexualité entre les deux groupes au prétest | 65 |
| Tableau 8 : Comparaison du score au test de connaissances des ITSS aux temps 1 et 2 en fonction du groupe | 68 |
| Tableau 9 : Comparaison du score au test de connaissances des ITSS entre les deux groupes aux temps 1 et 2..... | 69 |
| Tableau 10 : Comparaison du score au test de connaissances des ITSS entre les trois temps de mesure en fonction du groupe | 70 |
| Tableau 11 : Comparaison des différences de moyennes du score au test des connaissances des ITSS entre les temps de mesure en fonction du groupe..... | 71 |
| Tableau 12 : Comparaison des attitudes à propos du condom aux temps 1 et 3 en fonction du groupe | 73 |

| | |
|---|----|
| Tableau 13 : Comparaison des attitudes à propos du condom entre les deux groupes aux temps 1 et 3..... | 74 |
| Tableau 14 : Comparaison des stratégies de négociation du condom aux temps 1 et 3 en fonction du groupe..... | 75 |
| Tableau 15 : Comparaison des stratégies de négociation du condom entre les deux groupes aux temps 1 et 3 | 76 |
| Tableau 16 : Comparaison de l'utilisation du condom au cours de relations sexuelles aux temps 1 et 3 en fonction du groupe..... | 78 |
| Tableau 17 : Comparaison de l'utilisation du condom au cours de relations sexuelles entre les deux groupes aux temps 1 et 3..... | 79 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Schématisation des questions de recherche..... | 37 |
| Figure 2 : Information-Motivation-Behavioral skills (IMB) (J. D. Fisher & Fisher, 1992) | 39 |
| Figure 3 : Modèle Information, Motivation et Habilitéés Comportementales (IMHC) (Agence de la santé publique du Canada, 2008). | 41 |
| Figure 4 : Diagramme du déroulement de la collecte des données | 51 |
| Figure 5 : Diagramme de l'échantillon aux différentes étapes de l'étude | 62 |
| Figure 6 : Graphique de la moyenne des résultats des connaissances des ITSS pour les trois temps de mesure en fonction du groupe..... | 71 |
| Figure 7 : Graphique de la moyenne des résultats des attitudes à propos du condom pour les deux temps de mesure en fonction du groupe | 74 |
| Figure 8 : Graphique de la moyenne des résultats des stratégies de négociation du condom pour les deux temps de mesure en fonction du groupe | 77 |
| Figure 9 : Graphique du taux d'utilisation du condom pour les deux temps de mesure pour les deux groupes..... | 79 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CEA : Centre d'éducation des adultes

GC : Groupe contrôle

GE : Groupe expérimental

IMB : Information-Motivation-Behavioral skills

IMHC : Information, motivation et habiletés comportementales

ITSS : Infection transmissible sexuellement et par le sang

MADO : Maladie à déclaration obligatoire

MCAS : Multidimensional Condom Attitudes Scale

MTS : Maladie transmise sexuellement

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

TIC : Technologies de l'information et de la communication

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VPH : Virus du papillome humain

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Après avoir observé des diminutions importantes du nombre d'ITSS au début des années 1990 (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008), la résurgence des ITSS retient particulièrement l'attention au Québec depuis l'an 2000. À elles seules, les ITSS constituent près des trois quarts des cas de maladies à déclaration obligatoire enregistrées sur le territoire québécois (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015b). Certaines infections bactériennes affichent une recrudescence. En 2017, 15 396 cas de chlamydia et 1689 cas de gonorrhée ont été déclarés chez les jeunes Québécois âgés de 15 à 24 (Direction de la santé publique, 2018b). Parmi cette tranche d'âge, ces chiffres représentent une hausse de 35 % des cas déclarés de chlamydia et de 90 % des cas déclarés de gonorrhée entre 2012 et 2017. Parce qu'ils ont des comportements sexuels plus à risque, les jeunes âgés de 15 à 24 ans constituent un des groupes les plus vulnérables à contracter l'une de ces infections (Renaud & Sauvé, 2010).

Le manque de connaissances des ITSS, les attitudes négatives à propos du condom, le manque d'utilisation des stratégies de négociation du condom et le non-port du condom sont des facteurs associés aux comportements sexuels risqués chez les jeunes. Les stratégies de promotion de la santé peuvent notamment se déployer par l'éducation à la santé. Pour répondre au mandat de santé publique, l'infirmière en milieu scolaire doit assumer un rôle d'éducation en matière de santé sexuelle auprès des jeunes et se doter d'outils novateurs pour y parvenir. Puisque les comportements sexuels risqués peuvent avoir des répercussions considérables, il est essentiel d'offrir des interventions efficaces en prévention des ITSS. Étant donné l'absence de programmes de prévention adaptés aux jeunes adultes, les programmes incomplets ou l'inefficacité de ceux déjà mis en place, il devient intéressant d'élaborer un programme de prévention des ITSS.

Ce mémoire présente une étude qui vise l'évaluation de l'effet du programme *Les ITSS de A à Z!* en ligne sur les connaissances, les attitudes et les comportements des jeunes de 16-24 ans fréquentant un centre d'éducation des adultes (CEA) à l'aide d'un devis quasi expérimental pré et post-intervention avec groupe contrôle. Cinq chapitres y sont présentés. Le premier expose la problématique, la justification de l'étude ainsi que la question de recherche soulevée. Le second chapitre présente la recension des écrits, la description des concepts, l'effet des programmes sur les variables dépendantes ainsi que le cadre de référence retenu, soit le modèle intitulé : information, motivation et habiletés comportementales (IMHC) de l'Agence de la santé publique du Canada (2008). Le troisième chapitre divulgue la méthode utilisée pour réaliser le projet, le déroulement des activités ainsi que la description de l'intervention et des instruments de mesure. Le quatrième chapitre présente la description de l'échantillon et les résultats de l'étude permettant de répondre à la question de recherche initiale. Finalement, le cinquième chapitre présente une discussion portant sur les différents résultats obtenus en lien avec la littérature existante et expose les limites, les forces de l'étude et l'émission de recommandations pour de futures recherches.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre présente la problématique liée à l'adoption de comportements sexuels à risque chez les jeunes, ce qui les rend plus susceptibles de contracter une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS). Le manque de connaissances des ITSS, les attitudes négatives à propos du condom, le manque d'utilisation des stratégies de négociation du condom et le non-port du condom sont des facteurs associés au problème. Tout d'abord, nous allons situer la problématique dans son contexte. Ensuite, nous discutons de l'importance d'élaborer un programme de prévention des ITSS en ligne et d'évaluer ses effets auprès des jeunes de 16-24 ans fréquentant un centre d'éducation des adultes. Les raisons justifiant cette étude sont aussi énoncées distinctement. Pour conclure, nous présentons la pertinence pour la pratique et la discipline infirmière, le but poursuivi ainsi que la question de recherche.

1.1 INCIDENCE DES ITSS

L'expression *infection transmissible sexuellement et par le sang* (ITSS) a aujourd'hui supplanté dans l'usage de celle de *maladie transmise sexuellement* (MTS), car elle est plus inclusive (elle comprend les infections asymptomatiques et certaines infections qui se transmettent par le sang) (Renaud & Sauvé, 2010). Par infection transmissible sexuellement et par le sang, nous entendons notamment la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, le VPH (virus du papillome humain), l'hépatite B, l'hépatite C et l'infection par le VIH (virus de l'immunodéficiência humaine). Au Québec, près de 37 000 cas d'ITSS ont été déclarés en 2017 comparativement à plus de 25 000 cas en 2012 dans le fichier provincial des maladies

à déclaration obligatoire (MADO) (Direction de la santé publique, 2018b). Les données recensées indiquent une augmentation de 43 %, soit plus de 11 000 cas déclarés. Actuellement, la prévention des ITSS demeure une priorité de santé publique et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015a, 2015b). Les ITSS sont causées essentiellement par des bactéries et des virus qui se transmettent au cours de relations sexuelles non protégées, par voie sanguine ou de la mère à l'enfant (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010). Malgré le nombre et la diversité des activités déployées, les cas d'ITSS sont en recrudescence, en particulier chez les 15-24 ans (Marois, Poliquin, & Prost, 2010). Selon les données relevées pour la région du Bas-St-Laurent, 147 cas d'infection à Chlamydia ont été déclarés en 2007 et 293 en 2017. Cette augmentation de 146 entre 2007 et 2017 représente une hausse de 100 % de cette infection parmi ce groupe d'âge (Direction de la santé publique, 2017, 2018a). Les jeunes sont vulnérables aux ITSS et de lourdes conséquences qu'engendrent ces infections peuvent affecter grandement leur qualité de vie (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010).

Depuis la réforme de l'éducation en 2003 au Québec, les cours d'éducation sexuelle ont été retirés du programme scolaire (Otis, Gaurdeau, Duquet, Michaud, & Nonn, 2012). Le personnel enseignant a depuis hérité du mandat d'éduquer les jeunes en matière de sexualité dans les écoles (Otis et al., 2012), ce qui laisse libre cours à des interventions moins ciblées sur les besoins réels des jeunes et à la persistance de certains mythes concernant les ITSS. D'ailleurs, plusieurs médecins spécialistes s'entendent pour dénoncer l'abolition de ces cours obligatoires, qu'ils disent en partie responsable de la recrudescence des cas d'ITSS (Mercier, 2013; Nicoud, 2010).

Les relations amoureuses et sexuelles font partie du développement psychosexuel des jeunes. Toutefois, les comportements sexuels à risque peuvent affecter leur santé, leur bien-être et leur réussite éducative (Pica et al., 2012). Les ITSS ainsi que les grossesses non planifiées sont les principales conséquences de ces comportements (Pica et al., 2012). Plusieurs années de pratique comme infirmière clinicienne en santé scolaire dans un centre

d'éducation des adultes (CEA) ont permis à l'étudiante chercheuse de côtoyer les jeunes âgés de 16 à 24 ans. Lors des consultations cliniques, les jeunes avouent régulièrement ne pas utiliser le condom, ils ont peu de connaissances des ITSS et les informations qu'ils possèdent sont souvent erronées. D'ailleurs, ces observations sont corroborées par une recherche exploratoire réalisée auprès de jeunes Québécois (Carde & Baillergeau, 2013). Certaines caractéristiques que présentent ces élèves ont été recensées dans plusieurs études : une faible estime de soi, des difficultés scolaires, des troubles de comportements et des difficultés dans les relations avec les autres (Dumont, Leclerc, & McKinnon, 2009; Perron, 2009; Potvin, Fortin, Marcotte, Royer, & Deslandes, 2004). Toutefois, à ces jeunes, on reconnaît le développement de stratégies d'adaptation visant à pallier aux difficultés (Swanson, Harris, & Graham, 2013). Les jeunes de cette tranche d'âge sont à risque de contracter une ITSS en lien avec certains facteurs de vulnérabilité tels que : période d'expérimentation, consommation d'alcool et de drogue, nouvelles relations avec les pairs, premières expériences de vie amoureuse et questionnements liés à la sexualité (Dumas et al., 2010). À la lumière de ces écrits, le problème retenu pour cette étude vise les jeunes qui adoptent des comportements sexuels risqués compromettant leur santé sexuelle.

1.2 FACTEURS ASSOCIÉS AUX COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE

La quête de nouvelles identités, le sentiment d'invincibilité, le désir de marquer son indépendance et d'affirmer sa liberté sont entre autres les facteurs personnels qui poussent certains jeunes à prendre des risques qui peuvent compromettre leur santé sexuelle (Camara, 2017). De plus, certains éléments externes comme les images diffusées dans les médias et les relations interpersonnelles peuvent également avoir une incidence considérable sur les tendances comportementales des jeunes (Guiella, 2012). Pour cette étude, certains facteurs documentés dans les écrits comme les connaissances des ITSS, les attitudes à propos du condom et les compétences comportementales associées ciblent les éléments du programme sur lesquels il importe d'agir.

1.2.1 Connaissances des ITSS

L'information est un élément essentiel qui aide les personnes à devenir mieux informées et à mieux comprendre les renseignements qui concernent leurs besoins en matière de promotion de la santé sexuelle (Agence de la santé publique du Canada, 2008). L'acquisition de connaissances des ITSS s'avère déterminante dans l'adoption de comportements sexuels sécuritaires. Une recherche exploratoire sur les besoins des jeunes de Montréal en santé sexuelle (Carde & Baillergeau, 2013) soulève que les jeunes n'ont pas accès aux connaissances : 69 % des adolescents ne réussissent pas à trouver l'information qu'ils recherchent (Frappier et al., 2008). De plus, les résultats de cette recherche démontrent la présence de connaissances inexacts de la part des jeunes, certaines provenant des mythes concernant les ITSS : les jeunes sont incapables de distinguer les diverses ITSS et minimisent leurs conséquences en considérant que tout se soigne, même le VIH, pensent que l'absence de symptômes garantit l'absence d'infection et croient que toutes les ITSS se traitent facilement (Carde & Baillergeau, 2013).

1.2.2 Attitudes à propos du condom

La motivation personnelle, c'est-à-dire les attitudes du jeune à l'égard d'un comportement lié à sa santé sexuelle, détermine dans une large mesure s'il adoptera ou non ce comportement (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Bien que le condom demeure le moyen le plus simple et généralement le plus efficace pour se protéger des ITSS, seulement 60 % des Québécois de 15 à 24 ans en ont utilisé un lors de leur dernière relation sexuelle, comparativement à 68 % de l'ensemble des Canadiens du même groupe d'âge (Rotermann, 2012). Les jeunes démontrent des attitudes plutôt négatives à propos du condom : ils estiment que les condoms diminuent le plaisir sexuel, qu'ils sont gênants et qu'ils créent des suspicions entre partenaires connus (Ntirampeba & De Sutter, 2017).

L'environnement social dans lequel gravitent les jeunes contribue aussi à l'adoption de comportements sexuels à risque (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

L'influence des pairs est impliquée. Par conséquent, plus les amis sont perçus comme étant actifs sexuellement et peu enclins à se protéger, plus les jeunes se conformeront à ces conduites, pour faire partie du groupe et « se sentir comme les autres » (Bantuelle & Demeulemeester, 2008).

1.2.3 Stratégies de négociation du condom

Les jeunes éprouvent des difficultés à transposer les connaissances théoriques dans le quotidien des relations amoureuses (Carde & Baillergeau, 2013). De plus, les jeunes trouvent difficile de discuter du port du condom et de la sexualité en général avec le partenaire (Lester & Allan, 2006). Malgré les attitudes souvent frondeuses qu'ils affichent, les jeunes peuvent manquer de confiance en soi lorsqu'il s'agit de négocier l'utilisation du condom. La peur d'être mal perçu, d'être jugé ou d'être l'objet de moqueries peut prendre le dessus. Certains des éléments peuvent intervenir dans l'incapacité à négocier l'usage du condom : absence d'arguments à proposer pour contrer le refus, craintes que leur demande d'utiliser le condom soit perçue comme un signe de leur infidélité ou de celle de leur partenaire, sentiment de vulnérabilité émotionnelle et de dépendance au partenaire (Charton & Messier-Bellemare, 2013). L'apprentissage d'habiletés comportementales destinées à prévenir les ITSS doit inclure les aptitudes à négocier des pratiques sexuelles plus sécuritaires, comme l'emploi du condom (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

1.2.4 Utilisation du condom

Les jeunes se pensent à l'abri des ITSS. En effet, la « pensée magique » qui veut qu'un tel risque puisse arriver aux autres, mais pas à soi-même, est un facteur influant dans le fait que les jeunes ne se protègent pas (Carde & Baillergeau, 2013). Ce comportement entraîne souvent une minimisation de l'importance des conséquences possibles (Lehoux, 2016). Le non-port du condom peut être lié à des émotions négatives, certains jeunes éprouvant de la honte à en acheter ou à en avoir en leur possession. La faible utilisation du

condom peut s'expliquer aussi par le fait que les jeunes ont une mauvaise évaluation du risque d'être infecté par les ITSS (Segbedji et al., 2016). Les résultats d'une étude réalisée auprès de jeunes Canadiens ont indiqué que certaines influences du partenaire et attentes sociales étaient significativement associées au non-usage du condom (Boyce, Fergus, & Gallupe, 2009). Les jeunes ont tendance à repousser l'autorité et à rechercher l'autonomie dans leurs prises de décision. D'ailleurs, les décisions prises sur le vif et le goût du risque peuvent mener les jeunes à consommer de l'alcool et des drogues. Ces substances altèrent le jugement, amplifient le désir, réduisent les inhibitions sexuelles et prédisposent aux relations imprévues et à la non-utilisation du condom (Delaquis, Gueye & de Moissac, 2015; Wilson, Asbridge, Kisely & Langille, 2010). L'acquisition d'habiletés comportementales appropriées permet aux jeunes d'agir de manière efficace afin d'améliorer leur santé sexuelle (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

1.3 STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES ITSS

La promotion de la santé est considérée comme une des fonctions essentielles de santé publique (O'Neill & Stirling, 2006). Elle se définit comme le changement planifié des conditions de vie et des modes de vie relatifs à la santé via une gamme de stratégies individuelles et environnementales (O'Neill & Stirling, 2006). Parmi celles-ci, on retrouve l'éducation pour la santé (Hagan, 2014). Cette stratégie est un moyen d'aider les jeunes à faire des choix éclairés et avoir davantage le contrôle sur leur vie par l'apprentissage de comportements favorables à la santé (Hagan, 2014). Ainsi, la pratique de relations sexuelles protégées est considérée comme un de ces comportements compris dans une perspective de promotion de santé publique et permet de prévenir efficacement la plupart des ITSS (Hagan, 2006). Un des rôles de l'infirmière scolaire consiste à élaborer et à mettre en œuvre des outils visant l'adoption de comportements sexuels sécuritaires et la prévention des ITSS (Roy, 2006). La recherche distingue de mieux en mieux les éléments essentiels nécessaires à la création de programmes pertinents qui peuvent répondre aux besoins des jeunes et contribuer adéquatement à diminuer les conséquences négatives sur le plan de la santé

sexuelle (Petrova & Garcia-Retamero, 2015). Ces éléments étant les connaissances, les attitudes et les habiletés requises par l'adoption de comportements favorables à la santé (Hagan, 2014). Ces éléments sont aussi proposés par les lignes directrices canadiennes et peuvent être intégrés à un modèle information, motivation et habiletés comportementales (IMHC) (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

L'éducation en matière de santé sexuelle en milieu scolaire combinée à des services de santé accessibles aux jeunes peut avoir des effets positifs sur les comportements sexuels des jeunes (McCall & McKay, 2004). La familiarité des jeunes avec la technologie positionne l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) comme une avenue fortement intéressante dans le domaine de la prévention des ITSS (Djossa Adoun & Medetongnon, 2016; Noar, Pierce & Black, 2010; Parenteau, 2013). En effet, les jeunes sont des utilisateurs actifs d'Internet (Bailey et al., 2010; Bull, Pratte, Whitesell, Rietmeijer & McFarlane, 2009). Les approches technologiques offrent de nombreux avantages, y compris la facilité et le faible coût de l'administration, la possibilité d'atteindre un grand nombre de personnes de manière rentable, la capacité à adapter individuellement le contenu d'intervention et les possibilités d'interactivité, de personnalisation et d'engagement de l'utilisateur par rapport aux approches d'intervention traditionnelles (Lightfoot, 2012; Rapoff, 2013). Les résultats d'une méta-analyse sur l'efficacité de 15 interventions en ligne au sujet de la promotion de la santé sexuelle montrent un effet positif majeur sur les connaissances et un léger effet sur les attitudes des participants, comparativement à une intervention en face à face (Bailey et al., 2010).

Quant aux programmes d'abstinence, ils ne démontrent aucune efficacité sur la diminution des taux d'ITSS (Carde & Baillergeau, 2013; Feder, 2007; Petrova & Garcia-Retamero, 2015; Trenholm et al., 2008). Les résultats de revues systématiques réalisées aux États-Unis, en Allemagne et au Royaume-Uni sur l'efficacité des programmes d'éducation dirigée par les pairs indiquent que cette intervention n'apporte aucun changement sur les comportements sexuels des jeunes (Kim & Free, 2008; Mahat & Scoloveno, 2018; Tolli, 2012). Cependant, les résultats d'une étude récente réalisée aux États-Unis révèlent que

lorsqu'une formation complète est donnée aux pairs éducateurs, il s'avère possible d'améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements sexuels des jeunes qui reçoivent l'enseignement (Jennings, Howard & Perotte, 2014). L'analyse de plusieurs études indique que les programmes de prévention d'une durée supérieure à deux heures ont pour effet de diminuer les risques de contracter une ITSS de 62 % chez les jeunes (O'Connor et al., 2014).

En matière de prévention des ITSS, une approche intégrée, plutôt qu'une approche par ITSS, permet à la fois de cibler un ensemble de facteurs souvent communs à plusieurs de ces infections et d'aborder la santé sexuelle et la consommation de substances psychoactives. Cette approche repose sur un ensemble d'interventions au regard des ITSS, soit : le dépistage, le suivi et le traitement, la vaccination, l'accès à du matériel de prévention, la mise en œuvre de services d'injection supervisée et les interventions de promotion et de prévention (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2017). L'analyse des recherches dans le domaine de la santé sexuelle au Canada suggère qu'il y a encore place à l'amélioration et que les limites des différentes initiatives mises en œuvre montrent l'importance de trouver des modalités innovatrices d'intervention pour la prévention des ITSS chez les jeunes (Djossa Adoun & Medetongnon, 2016).

1.4 PROGRAMME EN LIGNE SUR LA PRÉVENTION DES ITSS

Les interventions de prévention visent à influencer positivement et en amont les déterminants de la santé sexuelle, notamment par la consolidation d'environnements favorables. De plus, elles favorisent la réduction des facteurs de risque associés aux ITSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2017). Comme les programmes d'éducation en matière de santé sexuelle visent à réduire les comportements sexuels à risque chez les jeunes, il devient primordial d'axer notre intervention en cohérence avec cette pratique. Auprès de la population jeune, les programmes les plus efficaces interviennent souvent en milieu scolaire (Kersaudy-Rahib, Clément, Lamboy & Lydié, 2013). Interrogés sur leur préférence en matière de prévention des ITSS, les jeunes ont privilégié les

interventions utilisant les TIC (Miranda, 2009). Les programmes de prévention basés sur les technologies sont fidèles, peu coûteux, évolutifs et efficaces (Marsch et al., 2015). À notre connaissance, il existe seulement un programme de prévention des ITSS de langue française et il cible les jeunes âgés de 13 et 14 ans. Donc, l'absence de programmes de prévention adaptés aux jeunes de 16-24 ans, les programmes incomplets ou l'inefficacité de ceux déjà mis en place nous amènent à développer un nouveau programme s'appuyant sur les TIC. Par conséquent, la solution proposée est d'élaborer un programme de prévention des ITSS en ligne *Les ITSS de A à Z!* et d'évaluer son efficacité auprès des jeunes de 16-24 ans fréquentant le centre d'éducation des adultes de Rimouski-Neigette. Ce programme fait appel à une combinaison d'expériences d'apprentissage qui permet aux jeunes : d'acquérir une meilleure compréhension des préoccupations et des besoins qui touchent leur propre santé sexuelle, d'acquérir la confiance, la motivation et le discernement nécessaires pour mettre ces connaissances en application et d'acquérir les aptitudes requises pour améliorer pour éviter les conséquences négatives (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Ce programme sera expliqué davantage au chapitre consacré à la méthode.

1.5 MODÈLE INFORMATION, MOTIVATION ET HABILITÉS COMPORTEMENTALES (IMHC)

Dans le processus d'élaboration et d'évaluation de programmes d'éducation en matière de santé sexuelle, il est important de s'appuyer sur des modèles théoriques éprouvés et corroborés par des données scientifiques (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Plusieurs modèles théoriques répondent à ces normes et peuvent servir à l'élaboration de programmes efficaces sur le plan comportemental tels que la théorie sociocognitive de Bandura (1985), le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1983), la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975), la théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991), de même que le modèle information, motivation et habiletés comportementales (IMHC) de l'Agence de la santé publique du Canada (2008). Le modèle IMHC de l'Agence de la santé publique (2008) a été retenu pour ce projet, car son efficacité est confirmée par des preuves empiriques importantes. Ce modèle est bien corroboré par la recherche,

plusieurs études démontrent qu'il est un fondement efficace d'interventions de promotion de la santé sexuelle fructueuses sur le plan comportemental (Aliabadi et al., 2015; Camilleri, Kohut & Fisher, 2015; Fullerton, Meaney, Rye & Loomis, 2013; Liu et al., 2014). Ce modèle, conforme aux Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle (2008), contribue à réduire les comportements sexuels à risque chez les jeunes, à prévenir les résultats négatifs et conduire à l'amélioration de leur santé sexuelle. Les éléments d'information, de motivation et d'habiletés comportementales contenus dans ce modèle ont permis de développer un programme efficace, complet et inclusif sur la santé sexuelle. Ce modèle sert aussi de guide pour évaluer l'efficacité du programme par rapport aux objectifs énoncés et de déterminer les domaines, s'il y a lieu, qui doivent être modifiés. Le cadre retenu est présenté plus en détail dans le chapitre dédié à la recension des écrits.

1.6 PERTINENCE POUR LA PRATIQUE ET LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE

L'infirmière en milieu scolaire joue un rôle déterminant en matière d'éducation à la santé (Richard, Fortin & Bérubé, 2004). Elle exerce ses fonctions selon les standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire (2015) de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Un de ses rôles est de faciliter l'intégration de l'éducation à la santé à l'intérieur du curriculum scolaire en réalisant diverses activités d'éducation à la santé auprès des jeunes, en concertation avec les intervenants du milieu scolaire. La pratique infirmière en santé scolaire exige des compétences professionnelles et cliniques spécifiques, une très grande autonomie et le leadership nécessaire pour intervenir, tant dans une approche individuelle que dans une approche collective (Fleming, 2011). L'infirmière doit cibler des interventions pertinentes pour prévenir les ITSS chez les jeunes afin de répondre au mandat prioritaire de santé publique. La mise en place d'un programme de prévention des ITSS efficace est un élément qui favorise l'avancement de sa pratique, et ce, en créant des opportunités de réaliser des activités plus élaborées de santé publique et aussi en permettant d'effectuer davantage d'échanges avec les jeunes sur le sujet. Avec son expertise, l'infirmière scolaire guide les jeunes afin qu'ils soient capables d'identifier les défis

possibles en matière de santé, d'évaluer les conséquences de leurs pratiques sexuelles et de modifier leurs comportements au besoin. La création d'un tel programme de prévention va permettre aux jeunes d'apprendre à se servir de matériel, comme utiliser des condoms ou autres méthodes de protection, de se soumettre régulièrement à des tests de dépistage d'ITSS, de rechercher le support d'un professionnel et d'accéder à des ressources favorisant leur santé sexuelle.

La discipline infirmière étant une discipline professionnelle, les connaissances issues du processus de la recherche sont directement ou indirectement bénéfiques à la pratique (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). À cet égard, le programme ciblé dans cette étude vise à augmenter les connaissances et à améliorer les attitudes et les comportements sexuels des jeunes. En ce sens, l'infirmière scolaire contribuera à rendre les jeunes plus compétents à l'autogestion de leur santé sexuelle. Également, le programme permet de bonifier les interventions des infirmières et de présenter l'outil au regroupement régional des infirmières en santé scolaire afin de le déployer dans d'autres CEA du Bas-Saint-Laurent. De plus, les gestionnaires du continuum jeunesse pourront utiliser ce projet de recherche comme modèle pour l'élaboration et l'évaluation de programmes d'enseignement liés à la santé. Cette étude sert de référence pour l'évaluation de programmes de prévention qui sont élaborés par les infirmières en santé scolaire de la région. Finalement, l'évaluation d'un programme de prévention des ITSS en ligne vise à explorer des stratégies efficaces pour lutter contre ces infections.

1.7 BUT ET QUESTION DE RECHERCHE

Le but de cette recherche quasi expérimentale est d'évaluer l'effet d'un programme de prévention des ITSS en ligne sur les connaissances, les attitudes et les comportements des jeunes fréquentant un centre d'éducation des adultes. La question de recherche est :

- Quel est l'effet d'un programme de prévention en ligne *Les ITSS de A à Z!* sur les connaissances des ITSS, les attitudes à propos du condom, les stratégies de négociation du condom et l'utilisation du condom chez les jeunes de 16-24 ans?

Ce chapitre a présenté une problématique reliée à l'adoption de comportements sexuels à risque chez les jeunes, ce qui menace leur santé sexuelle et augmente leur risque de contracter une ITSS.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente la recension des écrits permettant de documenter ce projet. D'abord, la stratégie utilisée pour repérer les ouvrages en lien avec le sujet de recherche est décrite. Ensuite, le concept de comportements sexuels à risque est abordé. Nous présentons également les variables dépendantes : connaissance des ITSS, attitudes à propos du condom, stratégies de négociation du condom et utilisation du condom ainsi que la schématisation des questions de recherche. Par la suite, nous examinons l'état des connaissances sur l'effet des programmes d'éducation sexuelle chez les jeunes. L'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) en promotion de la santé sexuelle est subséquemment abordée. Pour terminer, le cadre de référence utilisé pour cette recherche est expliqué.

2.1 STRATÉGIE DE REPÉRAGE DES ÉCRITS

Dans le but de clarifier l'état actuel des connaissances en lien avec le sujet de recherche, les bases de données informatisées *Cinhal*, *Medline*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Science Direct*, *Proquest* et *Google Scholar* ont été consultées. Une recherche a été effectuée entre 2008 et 2018 avec les mots clés en français et en anglais tels que : programme prévention, éducation sexuelle, comportements sexuels, infections transmissibles sexuellement, utilisation condom, jeunes adultes, modèle IMHC. En tout, 1576 articles ont été répertoriés. Comme la littérature est abondante en lien avec la prévention des ITSS, nous avons conservé seulement les études de type expérimental récentes publiées entre 2012 et 2018 ayant pour but l'évaluation des interventions en

matière de santé sexuelle. Au total, 15 publications ont été recensées (Bogani et al., 2015; Gold et al., 2016; Gomes Dias Pedrosa Da Cunha Oliveira et al., 2017; Jennings et al., 2014; Jeong, Cha & Lee, 2017; Kelsey et al., 2016; Kudo, 2013; Marcell, Allan, Clay, Watson & Sonenstein, 2013; Ndebele, Kasese-Hara & Greyling, 2012; Peskin et al., 2015; Potter, Coyle, Glassman, Kershner & Prince, 2016; Renaud & Sauvé, 2010; Starosta, Berghoff & Earleywine, 2015; van der Geugten, van Meijel, den Uyl & de Vries, 2015; Ybarra, Korchmaros, Prescott & Birungi, 2015). En voulant restreindre cette recherche à l'évaluation des interventions effectuées auprès de notre population cible, c'est-à-dire les jeunes âgés de 16 à 24 ans, la recension devenait nettement insuffisante. Nous avons donc décidé d'élargir cette recherche auprès des jeunes âgés de 12 à 24 ans, mais d'âge moyen de 16 ans et plus étant donné que les comportements sexuels des jeunes diffèrent selon l'âge. Ainsi, nous avons retiré trois études expérimentales qui visaient des jeunes âgés en moyenne de 13-14 ans (Peskin et al., 2015; Potter et al., 2016; Renaud & Sauvé, 2010).

2.2 CONCEPT DE COMPORTEMENTS SEXUELS   RISQUE

Le comportement sexuel est un facteur déterminant de la santé sexuelle et génésique (Boyce et al., 2006; Boyce, Doherty, Fortin & McKinnon, 2003). Le comportement sexuel à risque se rapporte à l'ensemble de conduites et de pratiques non sécuritaires en rapport avec l'activité sexuelle. Les comportements sexuels à risque font référence à un ensemble d'actes sexuels qui ont la particularité de soumettre l'individu à un risque (Modieli Amdou, 2008). Les jeunes se rendent vulnérables en adoptant des comportements sexuels risqués comme la multiplication des partenaires sexuels, la consommation d'alcool et de drogues avant une relation sexuelle et les relations sexuelles sans protection (Coslin, 2003; Currie et al., 2004; Delaquis et al., 2015). En effet, la majorité des ITSS sont contractées par l'adoption de comportements non sécuritaires (Sadovszky, Draudt & Boch, 2014).

2.3 VARIABLES DÉPENDANTES

2.3.1 Connaissances des ITSS

La connaissance est décrite comme une prise de recul personnelle par rapport à l'information. Elle résulte du traitement intellectuel et de l'appropriation par l'individu des informations qu'il acquiert (Lengleue, 2010). Les connaissances des ITSS se rapportent à l'ensemble de notions pertinentes liées à la santé sexuelle acquises par le jeune en faisant appel à ses capacités de compréhension et de mémorisation (Agence de la santé publique du Canada, 2008). L'information liée aux ITSS est essentielle afin de sensibiliser les jeunes aux pratiques sexuelles qui comportent des risques (Aliyu et al., 2013). L'acquisition des connaissances en vue de réduire la vulnérabilité des jeunes face aux ITSS s'avère indispensable pour favoriser une santé sexuelle saine (Bowassa et al., 2016). La majorité des études révèlent de faibles niveaux de connaissances des ITSS chez les jeunes (Laghdar, 2011; Samkange-Zeeb, Spallek & Zeeb, 2011). L'éducation en matière de santé sexuelle pour les jeunes est importante pour augmenter les connaissances sur lesquelles ils peuvent s'appuyer pour prendre des décisions éclairées et favoriser des choix sains concernant leur santé sexuelle (Espelage, Low, Polanin & Brown, 2013; Markham et al., 2014; Picot et al., 2012). L'information à elle seule ne modifie pas le comportement, mais acquérir des connaissances sur les ITSS est crucial, car cet élément est étroitement lié aux attitudes et comportements concernant la prévention des ITSS (Tung, Hu, Efirid, Yu & Su, 2012).

La littérature expose plusieurs études portant sur les effets des interventions en matière de santé sexuelle sur les connaissances chez les jeunes (Tableau 1). D'abord, une étude (Jeong et al., 2017) a été menée afin d'évaluer l'impact d'un programme éducatif sur les ITSS chez des jeunes étudiants coréens qui utilisent une application sur leur téléphone intelligent. Le programme comprend cinq modules traitant des sujets liés aux ITSS. Il a été dirigé par le chercheur et ses assistants et consistait à recevoir un cours magistral de

Tableau 1 : Interventions recensées mesurant l'effet sur les connaissances ($n = 4$)

| Auteur Année | Population étudiée | Type étude | Intervention | Variables mesurées | Résultats |
|---------------------------|---|--|--|---|--|
| Jeong, Cha & Lee, 2017 | Jeunes 18 ans et + Étudiants dans 1 école secondaire 52 % garçons 48 % filles $n = 47$ (GE) $n = 41$ (GC) Corée du Sud (Asie) | Quasi expérimentale Prétest Intervention : GE Posttest 1 (après programme) Posttest 2 (5 sem. après programme) | Intervention : Programme éducatif ITSS : 5 modules (Risques, connaissances, compétences prévention, habiletés d'adaptation, sites internet liés ITSS). Programme dirigé par chercheur et assistants avec application téléphone intelligent ou livret éducatif. GE→Cours magistral 50 min. + période auto-étude 30 min. (application) + auto-étude 15 min./sem. x 5 sem. avec application et rappel par texto. GC→Cours magistral 50 min. + période auto-étude 30 min. (livret) + auto-étude 15 min./sem. x 5 sem. avec livret. | Connaissances ITSS Vulnérabilité acquisition ITSS Auto-efficacité prévention ITSS Intentions prévention ITSS | ↑significative des scores quatre variables entre deux groupes pour trois temps mesures. Connaissances : $F = 15.11, p < 0.001$. Vulnérabilité : $F = 4.72, p = 0.033$. Auto-efficacité : $F = 8.01, p < 0.001$. Intentions : $F = 6.41, p = 0.013$. Application téléphone intelligent plus efficace que livret éducatif pour maintenir changements positifs. |
| Kelsey et al., 2016 | Jeunes 13-20 ans Étudiants dans 17 écoles publiques sur trois sites Âge moyen : 16 ans 51 % garçons 49 % filles $n = 2689$ (GE+GC) Californie (U.S.A) | Expérimentale Prétest Intervention : GE Posttest (12 mois après programme) | Reducing the Risk : programme prévention ITSS et des grossesses dirigé par des éducateurs en santé (connaissances sexuelles, attitudes protection, valeurs et croyances abstinence, motivation et intention éviter risques, négociation condom). GE→Programme : 16 séances 45 min. chacune. GC→Interventions usuelles éducation sexuelle dans leur école. | Comportements sexuels à risque Connaissances ITSS et grossesses Attitudes protection et comportements Motivation retarder la maternité Compétences négociation condom Intention utiliser le condom | Groupe intervention : Effets positifs programme après 12 mois sur: Connaissances ITSS et grossesse $p < 0.001$. Attitudes envers protection $p < 0.001$. Aucune différence significative sur comportements sexuels à risque sauf un site : ↓significative relations sexuelles derniers 3 mois $p = 0.011$. Aucun effet global sur la motivation, les intentions et les compétences $p > 0.05$. |

Tableau 1 : Suite

| Auteur Année | Population étudiée | Type étude | Intervention | Variables mesurées | Résultats |
|--|---|---|---|---|--|
| Bogani et al., 2015 | Jeunes 13-19 ans Étudiants dans 5 écoles secondaires Âge moyen : 16 ans 52 % garçons 48 % filles <i>n</i> = 559 (GE) <i>n</i> = 105 (GC) Italie (Europe) | Quasi expérimentale Intervention : GE Posttest | Programmes éducation sexuelle milieu scolaire dirigé par enseignants: anatomie, reproduction, santé sexuelle, ITSS responsabilités, contrôle des naissances, abstinence. GE→Programme éducation sexuelle en milieu scolaire. GC→Aucun programme éducation sexuelle dans leur école. | Connaissances ITSS et méthodes contraceptives Utilisation méthodes contraceptives | Groupe intervention : 82 % bonnes connaissances ITSS $p = 0.01$ et 58 % bonnes connaissances méthodes contraceptives $p = 0.001$. Aucune différence significative utilisation méthodes contraceptives $p = 1.00$ et rapports sexuels sans contraception $p = 0.20$. Programmes d'éducation sexuelle milieu scolaire ↑connaissances mais stratégies sont inefficaces pour ↓comportements sexuels à risque. |
| van der Geugten, van Meijel, den Uyl & de Vries, 2015 | Jeunes 12-20 ans Étudiants écoles secondaires et professionnelles Âge moyen : 16 ans 37 % garçons 63 % filles <i>n</i> = 272 (GE) Ghana (Afrique) | Quasi expérimentale Prétest Intervention : GE Posttest (2-12 mois après programme) | Programme éducation santé sexuelle et reproductive dirigé par éducateurs : ITSS, contraception, avortement, condom, relations sexuelles. GE→Programme : 1 séance (45-60 min.) par sem. x 16 sem. | Connaissances santé sexuelle Attitudes fait avoir relations sexuelles Intentions comportementales | Programme : ↑significative connaissances santé sexuelle $\chi^2 = 4.42, p = 0.036$. Aucun impact global sur attitudes et intentions comportementales $p > 0.05$. Améliore attitudes 18-20 ans $F = 4.24, p = 0.015$. Améliore intentions comportementales 18-20 ans $F = 4.31, p = 0.014$. |

50 minutes, suivi d'une période d'étude de 30 minutes et des séances d'études personnelles à la maison pendant cinq semaines. Les participants du groupe expérimental ($n = 47$) ont bénéficié du programme à l'aide de l'application sur leur téléphone intelligent, tandis que les participants du groupe contrôle ($n = 41$) ont reçu le programme avec un livret éducatif. L'analyse des données collectées à partir de questionnaires autoadministrés ont rapporté une augmentation significative des scores du test des connaissances des ITSS chez les participants du groupe expérimental passant d'une moyenne de 11.79 sur une possibilité de 29 points au prétest à une moyenne de 22.72 cinq semaines post-intervention, ce qui représente une augmentation de près de 11 points, soit de 37 % ($F = 15.11, p < 0.001$). Ce résultat indique que les jeunes ayant bénéficié du programme ont grandement augmenté leurs connaissances des ITSS. En somme, ces auteurs concluent que l'utilisation de l'application sur le téléphone intelligent est plus efficace que le livret éducatif pour maintenir les effets positifs survenus suite au programme éducatif. Cependant, cette étude comporte certaines limites qui doivent être notées. D'abord, les auteurs mentionnent que cette étude n'a été menée que dans deux écoles secondaires avec un échantillonnage de convenance; par conséquent, les résultats ne peuvent pas être généralisés à d'autres populations. De plus, les auteurs n'ont pas pu examiner l'utilisation par le groupe expérimental de l'application pendant cinq semaines. Par conséquent, il est impossible de déterminer la précision des auto-évaluations des participants et leurs effets possibles sur les résultats. Enfin, cette étude n'a pas utilisé de randomisation des participants et la taille de l'échantillon était petite. Pour toutes ces raisons, nous pensons que les résultats doivent être interprétés avec prudence.

Des chercheurs américains (Kelsey et al., 2016) ont réalisé une étude expérimentale dont le but était d'évaluer l'effet d'un programme de prévention des ITSS et des grossesses *Reducing the Risk* auprès de jeunes étudiants âgés de 13 à 20 ans ($n = 2689$). L'intervention dirigée par des éducateurs en santé a eu lieu dans 17 écoles secondaires publiques et comprenait 16 séances, d'une durée de 45 minutes chacune et s'échelonnant sur une année scolaire. Les participants du groupe contrôle ont reçu les interventions usuelles d'éducation à la sexualité prévues dans leur école. Les résultats ont indiqué que 12 mois après avoir

suivi le programme structuré, les jeunes ont eu de meilleurs scores au test de connaissances des ITSS avec une moyenne d'environ 60 % comparativement aux participants du groupe contrôle qui ont obtenu une moyenne de près de 56 %. La différence de moyenne obtenue entre les groupes de 4 % est significative ($p < 0.001$) et elle indique que les jeunes ayant bénéficié du programme ont démontré une légère augmentation des connaissances par rapport aux participants du groupe contrôle. Cependant, l'intervention n'a eu aucun effet global sur la motivation, les intentions et les compétences ($p > 0.05$). Ces auteurs s'entendent pour dire que le programme *Reducing the Risk* possède le potentiel de réduire les comportements à risque au fil du temps et d'avoir des effets favorables à plus long terme. Pour les recherches futures, les auteurs recommandent d'examiner les impacts de ce programme sur les comportements sexuels sur une plus longue période.

Bogani et al. (2015) ont effectué une étude quasi-expérimentale avec un groupe contrôle et des mesures post-intervention afin de mesurer l'impact d'un programme d'éducation sexuelle en milieu scolaire sur les comportements sexuels des jeunes de 13 à 19 ans. L'échantillon se composait d'étudiants provenant de cinq écoles secondaires situées au nord de l'Italie. Le programme qui a été suivi par les jeunes ($n = 559$) n'est pas structuré selon un modèle standard, mais plutôt dirigé par les enseignants durant l'année scolaire. Plusieurs thèmes ont été abordés tout au long du processus d'enseignement : anatomie du corps humain, reproduction, santé sexuelle, ITSS, contrôle des naissances, responsabilités et abstinence. Les participants du groupe contrôle ($n = 105$) n'ont eu accès à aucune intervention en matière d'éducation sexuelle dans leur école. Après avoir suivi le programme d'éducation sexuelle, 82 % des jeunes ont rapporté avoir de bonnes connaissances des ITSS au questionnaire comparativement à 71 % des jeunes du groupe contrôle ($p = 0.01$). Les résultats ont aussi démontré que l'intervention n'a eu aucun impact sur l'utilisation des méthodes contraceptives ($p = 1.00$) et des rapports sexuels sans contraception ($p = 0.20$). Ces auteurs affirment que les programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire augmentent les connaissances des jeunes, mais que les stratégies utilisées sont inefficaces pour diminuer les comportements sexuels à risque. Nous pensons que certains éléments soulevés par les auteurs méritent d'être abordés. Il est intéressant de noter

que seulement cinq (5 %) des 95 écoles invitées ont accepté de distribuer le questionnaire à leurs élèves et ce point limite la généralisation des résultats. De plus, aucun programme d'éducation sexuelle normalisé n'était utilisé dans les écoles. Nous pensons que la principale lacune de cette étude consiste en le manque de contrôle sur le programme. En effet, il est difficile de prévoir les retombées si les enseignants n'ont aucun contrôle sur la façon de livrer ce programme. Selon les auteurs, la principale faiblesse de l'étude est représentée par certains biais. Entre autres, ils citent ne pas avoir été en mesure de stratifier les données sur les critères socio-économiques et les aspects culturels; ce qui peut influencer l'interprétation des résultats. Enfin, les auteurs mentionnent que des efforts continus devraient être dirigés pour mettre en œuvre des programmes cadres d'éducation sexuelle adaptés aux jeunes.

Une étude dont le but était d'évaluer un programme d'éducation sur la santé sexuelle et reproductive chez les jeunes étudiants africains a été menée par van der Geugten et al. (2015). L'intervention s'est déroulée dans des écoles secondaires et professionnelles et le groupe de participants ($n = 272$) âgés de 12 à 20 ans était composé majoritairement de filles (63 %). Le programme a été dirigé par des éducateurs et comprenait 16 séances, d'une durée de 45 à 60 minutes chacune, ayant lieu une fois par semaine, et ce, sur une période de quatre mois. Les séances étaient préférablement livrées en même temps à des groupes de 20 à 25 jeunes. Lors de ces rencontres, les jeunes ont reçu des informations, des explications et des exemples sur différents sujets tels que : ITSS, contraception, avortement, usage du condom et relations sexuelles. Les résultats des analyses du posttest effectué 12 mois après le programme indiquent que les étudiants ont obtenu de meilleurs scores au test de connaissances en post-intervention (54 %) comparé au prétest (50 %). Cette différence de 4 % est significative ($F = 5.65$, $p = 0.018$) et indique que les étudiants ayant reçu le programme ont légèrement augmenté leurs connaissances en matière de santé sexuelle. Par contre, aucun impact global n'est remarqué sur les attitudes et sur les intentions comportementales ($p > 0.05$). Les auteurs soulignent que le programme semble avoir une influence plus grande chez les étudiants plus âgés. En effet, les résultats du test ANOVA démontrent un impact positif sur les attitudes ($F = 4.24$, $p = 0.015$) et les intentions

comportementales ($F = 4.31, p = 0.014$) seulement chez les jeunes de 18-20 ans. Cette étude présente certaines limitations qui pourraient avoir influencé les résultats. Entre autres, les auteurs soulignent le fait que le programme a été livré par différents éducateurs et aussi que les participants avaient plus d'expérience sexuelle au posttest (27 %) qu'au prétest (19 %). Finalement, les auteurs affirment que des changements dans les connaissances, l'attitude et le comportement vis-à-vis la santé sexuelle et reproductive sont possibles, mais que cela peut prendre du temps et des efforts répétés.

2.3.2 Attitudes à propos du condom

L'attitude est considérée comme la manière particulière qu'a une personne d'agir et de penser. Elle détermine et oriente le comportement de l'individu (Lengleue, 2010). L'attitude des jeunes à propos du condom se définit par les sentiments positifs et négatifs à l'égard de celui-ci (Agence de la santé publique du Canada, 2008). L'attitude des jeunes s'avère un facteur clé d'influence sur l'utilisation du condom (W. A. Fisher, Fisher & Shuper, 2014; Higgins & Yu, 2015). Les condoms demeurent la principale protection contre les ITSS lorsqu'ils sont utilisés correctement et systématiquement. Pourtant, de nombreux obstacles à leur utilisation ont été rapportés dans la littérature, tels que les attitudes négatives, la réduction du plaisir sexuel, les problèmes d'ajustement et de sensation et les difficultés d'érection (Stone et al., 2018). Étant acquise, l'attitude est susceptible au changement et ce changement constitue un moyen approprié pour modifier le comportement des jeunes (Cissé, 2013).

Plusieurs études examinant les impacts des interventions sur les attitudes des jeunes à propos du condom sont proposées dans la littérature (Tableau 2). D'abord, Starosta et al. (2015) ont mené une étude visant à évaluer l'impact d'une intervention de motivation en ligne sur l'utilisation du condom. Les auteurs ont réalisé un essai contrôlé randomisé avec un groupe contrôle et des mesures pré et post-intervention. L'étude s'est déroulée dans une université de New York auprès de jeunes filles américaines âgées en moyenne de 18 ans. L'intervention de motivation comprend des capsules vidéo de témoignages de jeunes axés

sur la prise de décision face à l'utilisation du condom. Les participants du groupe expérimental ($n = 101$) assistaient à une séance de visualisation des capsules vidéo sur un site web pendant 30 minutes. Pour compléter leur participation, les jeunes devaient remplir un journal de suivi des comportements sur une période de trois mois suivant l'intervention. Les participants du groupe contrôle ($n = 115$), quant à eux, ont seulement rempli un journal de suivi des comportements sur la même période de temps. Ce journal comprenait une série de questions à propos de leurs comportements. Immédiatement après l'intervention, les participantes ont rempli un questionnaire concernant les attitudes à propos du condom. Les résultats obtenus à l'aide de l'échelle *Multidimensional Condom Attitudes Scale (MCAS)* (Helweg-Larsen & Collins, 1994) démontrent que les jeunes qui ont bénéficié de l'intervention sur le site Web ont présenté des attitudes plus positives à l'égard du condom pour certaines dimensions, telles que la fiabilité ($F = 18.50, p < 0.001$), le plaisir ($F = 9.41, p = 0.002$), l'achat ($F = 4.08, p = 0.044$). De plus, les résultats ont démontré que ces participantes avaient une intention plus grande à utiliser le condom ($F = 9.58, p = 0.002$) comparativement aux participantes du groupe contrôle ($p > 0.05$). Cependant, cette différence d'augmentation entre les groupes est minime (0.5 %), donc l'intervention n'a que très peu influencé l'intention des jeunes du groupe expérimental d'utiliser le condom. De plus, trois mois après l'intervention, les étudiantes ont reçu une invitation par courriel pour remplir le même questionnaire sur les attitudes et devaient aussi inscrire les réponses de leur journal dans ce questionnaire. Les auteurs ont constaté des effets bénéfiques surtout en post-intervention immédiat, car seules les attitudes concernant la fiabilité du condom sont demeurées positives trois mois après l'intervention ($F = 3.98, p = 0.047$). Nous pensons que ces résultats suggèrent qu'une brève intervention peut influencer positivement les comportements sexuels chez les jeunes. De plus, ces résultats démontrent que les interventions face à face qui traitent des relations sexuelles à risque peuvent être efficacement adaptées aux formats Web.

Tableau 2 : Interventions recensées mesurant l'effet sur les attitudes à propos du condom ($n = 3$)

| Auteur Année | Population étudiée | Type étude | Intervention | Variabes mesurées | Résultats |
|--|---|---|---|--|---|
| Starosta, Berghoff & Earleywine, 2015 | Jeunes filles Étudiantes dans 1 université Âge moyen : 18 ans $n = 101$ (GE) $n = 115$ (GC) New York (U.S.A) | Expérimentale Prétest Intervention : GE Posttest 1 (après intervention) Posttest 2 (3 mois après intervention) | Site web : intervention de motivation à utiliser le condom (capsules vidéo de témoignages de jeunes axés sur prise de décision). GE→1 séance visualisation site web de 30min + journal suivi comportements. GC→Journal suivi comportements. | Attitudes à propos du condom : fiabilité, plaisir, préjugés, utilisation, gêne liée à l'achat Intention utiliser condom et s'abstenir de consommer 4 boissons ou plus | Groupe intervention : Après intervention : attitudes plus positives à propos condom concernant la fiabilité $F = 18.50$, $p < 0.001$, le plaisir $F = 9.41$, $p = 0.002$, l'achat $F = 4.08$, $p = 0.044$ et plus grande intention utiliser condom $F = 9.58$, $p = 0.002$. 3 mois après intervention : attitudes plus positives seulement pour la fiabilité du condom $F = 3.98$, $p = 0.047$. |
| Ybarra, Korchmaros, Prescott & Birungi, 2015 | Jeunes 12-18 ans et + Étudiants dans 1 école secondaire Âge moyen : 16 ans 84 % garçons 16 % filles $n = 87$ (GE 1) $n = 86$ (GE 2) $n = 193$ (GC) Ouganda (Afrique) | Expérimentale Prétest Intervention : GE 1 + GE 2 Posttest 1 (3 mois après programme) Intervention : GE2 Posttest 2 (6 mois après programme) | CyberSenga : programme prévention VIH sur Internet : 5 modules (informations VIH, communication, motivation relation sexuelle ou abstinence, compétences utilisation et négociation condom, contexte culturel et relations amoureuses). GE 1→Programme : 1 module (45 min.) par sem. x 5 sem. GE 2→Programme : 1 module (45 min.) par sem. x 5 sem. + rappel 1 module (60 min.) 4 mois après intervention. Groupe contrôle : interventions usuelles éducation sexuelle dans leur école. | Informations VIH Attitudes abstinence et utilisation condom Normes subjectives abstinence et utilisation condom Intentions abstinence et utilisation condom Compétences abstinence et utilisation condom | Groupes intervention: Augmentation significative connaissances de prévention du VIH $t = 3.99$, $p < 0.001$. Augmentation significative motivation utiliser condom $t = 2.79$, $p = 0.006$. Le rappel 4 mois après intervention initiale améliore effet d'apprentissage. connaissances : 82.8 % avec module rappel vs 77.6 % pour 5 modules. Les compétences comportementales utilisation du condom et attitudes, normes subjectives, intentions et compétences comportementales pour l'abstinence ne diffèrent pas statistiquement dans le temps pour les trois groupes. |

Tableau 2 : Suite

| Auteur Année | Population étudiée | Type étude | Intervention | Variables mesurées | Résultats |
|---|--|---|---|---|--|
| Ndebele, Kasese-Hara & Greyling 2012 | Jeunes 14-19 ans Étudiants dans 2 écoles secondaires 50 % garçons 50 % filles <i>n</i> = 136 (GE) <i>n</i> = 123 (GC) Johannesbourg (Afrique du Sud) | Quasi expérimentale Prétest Intervention : GE Posttest 1 (1 mois après programme) Intervention : GC Posttest 2 (1 mois après programme) Posttest 3 (1 mois après posttest 2) | Programme milieu scolaire sur le VIH/Sida dirigé par chercheur: 3 modules (informations VIH/Sida, modes transmission, dépistage, activités à risque, refus rapports sexuels, compétences comportementales). GE→Programme : 1 séance (45 min.) par sem. x 3 sem. après prétest. GC→Programme : 1 séance (45 min.) par sem. x 3 sem. après posttest 1. | Connaissances VIH/Sida Motivation (attitudes, normes subjectives, intentions, vulnérabilité) Compétences comportementales | Au cours de l'étude, les deux groupes ont montré une amélioration significative : Connaissances VIH/Sida sauf pour une des questions $F = 591.0$, $p < 0.0001$. Attitudes $F = 13.91$, $p < 0.0001$. Compétences comportementales $F = 11.58$, $p < 0.0001$. Cependant, les scores moyens GC ont augmenté posttest 1, malgré l'absence de l'intervention. Malgré changements évidents, ils n'étaient pas directement liés à l'intervention. |

Ybarra et ses collaborateurs (2015) ont réalisé un essai contrôlé randomisé afin d'évaluer l'effet d'un programme de prévention du VIH en ligne chez les jeunes africains. Ce sont 366 jeunes âgés en moyenne de 16 ans qui ont été répartis aléatoirement entre ces trois groupes : cinq modules du programme *Cybersenga* ($n = 87$), cinq modules du programme *Cybersenga* plus un module de rappel ($n = 86$) et le groupe contrôle, recevant les interventions usuelles d'éducation sexuelle ($n = 193$). L'intervention comporte des informations sur différents thèmes liés à la santé sexuelle. Les jeunes du premier groupe expérimental ont reçu un module du programme en ligne d'une durée de 45 minutes, une fois par semaine et sur une période de cinq semaines. Pour les jeunes du deuxième groupe expérimental, ils ont reçu les mêmes cinq modules en ligne, mais ont bénéficié d'un module de rappel de 60 minutes quatre mois après l'intervention. Afin d'évaluer l'efficacité du programme *CyberSenga*, les questionnaires ont été construits à l'aide du modèle *Information-Motivation-Behavioral skills* de J. D. Fisher et Fisher (1992) et ont été remplis en pré-intervention et à deux reprises en posttest. Les résultats obtenus six mois après l'intervention démontrent que les jeunes ayant bénéficié du programme présentaient des attitudes plus positives face à l'utilisation du condom ($t = 2.79, p = 0.006$). Cependant, les données présentées par les auteurs de cet article ne permettent pas de faire l'analyse de ce résultat au plan clinique.

Ndebele et al. (2012) ont effectué une étude quasi-expérimentale afin de mesurer l'impact d'un programme en milieu scolaire sur la réduction des comportements à risque relatif au VIH chez les jeunes africains âgés de 14 à 19 ans. L'échantillon se composait d'étudiants provenant de deux écoles secondaires situées en Afrique du Sud. Le programme qui a été dirigé par un chercheur comprend trois modules d'une durée de 45 minutes chacun. Les questionnaires ont été construits à partir du modèle *Information-Motivation-Behavioral skills* de J. D. Fisher et Fisher (1992). Avant l'intervention, les participants ont effectué un prétest (Temps 1). La première semaine, les jeunes du groupe expérimental ($n = 136$) ont reçu des informations sur le VIH et le sida qui visaient à améliorer la santé sexuelle. Au cours de la deuxième semaine, les participants ont été motivés à éviter les activités qui les rendraient vulnérables à l'infection par le VIH. Les séances de la troisième semaine visaient

à fournir aux jeunes des compétences comportementales leur permettant de faire face à des situations qui comportaient des risques. Un mois plus tard, un posttest (Temps 2) a été effectué pour les deux groupes dans chacune des écoles. Ensuite, l'intervention a été répétée au groupe contrôle ($n = 123$) après un autre mois, suivi d'un autre posttest un mois plus tard (Temps 3) dans les deux écoles. Après un mois supplémentaire, un posttest final (Temps 4) a été réalisé. Au cours de cette étude, les participants des deux groupes ont démontré des attitudes plus positives à propos du condom ($F = 13.91, p < 0.0001$) et des compétences comportementales plus élevées pour prévenir les risques ($F = 11.58, p < 0.0001$). De plus, les jeunes ayant suivi le programme ont rapporté une augmentation significative des connaissances du VIH et du sida ($F = 591.0, p < 0.0001$). Par contre, comme les scores moyens au test de connaissances du groupe contrôle ont augmenté au posttest 1 malgré l'absence de l'intervention, les auteurs concluent que les résultats obtenus liés aux connaissances ne peuvent pas être attribués directement au programme.

2.3.3 Stratégies de négociation du condom

Les stratégies de négociation du condom se rapportent à l'ensemble de stratégies de communication verbales et non verbales (Holland & French, 2012; Zukoski, Harvey & Branch, 2009) afin d'amener le partenaire à accepter l'utilisation du condom (Agence de la santé publique du Canada, 2008). La communication sexuelle se définit comme la capacité de discuter et de négocier des rapports sexuels protégés avec un partenaire (Noar, 2007) et elle est associée à l'utilisation du condom (Brown et al., 2008; Deardorff, Tschann, Flores & Ozer, 2010; Harrison et al., 2012). La littérature met en évidence plusieurs stratégies de négociation du condom : l'usage d'information ou de demandes, la communication directe, l'évitement et la coercition affective ou la séduction (Tschann, Flores, De Groat, Deardorff & Wibbelsman, 2010). Les jeunes qui se perçoivent capables de négocier l'usage du condom l'utilisent de manière plus systématique (Stone et al., 2018). L'utilisation de stratégies de négociation est l'un des aspects les plus importants de l'augmentation de l'utilisation du condom (French & Holland, 2013).

Parmi les études recensées, une étude porte sur l'effet d'une intervention en matière de santé sexuelle sur les comportements associés à la sexualité chez les jeunes (Tableau 3). Jennings et al. (2014) ont effectué une étude quasi-expérimentale avec un groupe contrôle et des mesures pré et post-intervention afin de vérifier l'effet d'un programme d'éducation à la sexualité en milieu scolaire chez des jeunes pairs éducateurs. L'échantillon se composait d'étudiants âgés en moyenne de 16 ans provenant de cinq écoles secondaires situées au New Jersey. Le programme sur la prévention des ITSS et des grossesses *Teen PEP* abordent plusieurs thèmes tels que : puberté, contraception, ITSS, homophobie, consommation et prises de décisions. Les participants du groupe expérimental ($n = 96$) ont reçu une formation de 140 heures sur le contenu du programme et ont participé à cinq ateliers avec un groupe de jeunes pairs. Les participants du groupe contrôle ($n = 99$) n'ont pas eu accès au programme. Les résultats au prétest ont révélé une différence significative entre les groupes pour les variables concernant les connaissances ($p = 0.04$), des opportunités à pratiquer des compétences ($p = 0.01$) et les intentions d'adopter des comportements sexuels sécuritaires ($p < 0.001$). Pour cette raison, les résultats en posttest ont été ajustés pour ces trois variables. Les jeunes ayant bénéficié du programme *Teen PEP* ont démontré une augmentation significative des opportunités à pratiquer des compétences ($\beta = 0.72, p = 0.01$) en obtenant une moyenne de 2.51 sur un score maximal de 4 par rapport à une moyenne de 1.69 pour le groupe contrôle. Cette différence est assez grande pour affirmer que les jeunes du groupe expérimental ont augmenté davantage leurs opportunités à mettre le condom et négocier le condom avec le partenaire que les participants du groupe contrôle. De plus, les jeunes qui ont reçu le programme ont davantage l'intention de mettre en place des comportements pour réduire les risques d'ITSS ($\beta = 0.21, p = 0.04$) avec une moyenne de 2.39 sur un score maximal de 4 comparativement au groupe contrôle (1.96). En somme, les auteurs mentionnent que les pairs éducateurs ont développé la confiance nécessaire pour éviter les comportements sexuels à haut risque.

Tableau 3 : Intervention recensée mesurant l'effet sur les comportements associés à la sexualité ($n = 1$)

| Auteur Année | Population étudiée | Type étude | Intervention | Variabiles mesurées | Résultats |
|---|--|--|--|--|---|
| Jennings, Howard & Perotte, 2014 | Jeunes étudiants Âge moyen : 16 ans Étudiants dans 5 écoles secondaires 30 % garçons 70 % filles $n = 96$ (GE) $n = 61$ (GC) New Jersey (U.S.A) | Quasi expérimentale Prétest Intervention : GE Posttest (12 mois après programme) | Teen Pep : programme éducation à la sexualité sur prévention ITSS et grossesses dirigé par les pairs (puberté, contraception, ITSS, violence, homophobie, harcèlement sexuel, consommation, prise décision). GE→Pairs éducateurs formés pour diriger programme : 140 h formation + 5 ateliers avec un groupe jeunes pairs. GC→Pas reçu programme. | Connaissances ITSS et grossesses Communication parentale Auto-efficacité Information problèmes santé sexuelle Opportunité pratiquer compétences Intentions adopter comportements sexuels sécuritaires | Groupe intervention : Résultats ajustés connaissances et intentions. ↑significative connaissances $\beta = 0.13$, $p = 0.04$. ↑significative capacité refuser situations sexuelles à risque $\beta = 0.28$, $p = 0.03$. ↑significative opportunité pratiquer compétences $\beta = 0.72$, $p = 0.01$. ↑significative intentions $\beta = 0.21$, $p = 0.04$. Aucune différence significative pour communication parentale et sur information problèmes santé sexuelle $p > 0.05$. |

2.3.4 Utilisation du condom

L'utilisation du condom se définit comme une utilisation adéquate et systématique du condom lors des relations sexuelles (Adohinzin et al., 2017). Le condom agit comme barrière protectrice qui empêche le contact de peau à peau et prévient l'échange de liquides organiques (Gouvernement du Canada, 2014). L'utilisation du condom est un réel problème chez les jeunes, et ce, malgré les informations reçues ou connues et aussi malgré la vulgarisation et l'accessibilité des condoms (Aliyu et al., 2013). Dans ce contexte, le fait de ne pas utiliser le condom ou de le faire de manière inconstante suit une logique de pensée caractéristique des jeunes (O'Sullivan, Udell, Montrose, Antonello & Hoffman, 2010).

Selon une étude américaine menée par O'Sullivan et al. (2010), il y a six modes de pensées qui peuvent nous aider à comprendre leur raisonnement. La faible utilisation du condom peut s'expliquer par le fait que les jeunes ont une évaluation biaisée des risques en se basant sur des informations erronées, par exemple le fait de bien connaître le partenaire diminue les risques de contracter une ITSS. Deuxièmement, les jeunes déforment parfois les évidences, c'est-à-dire que si un comportement n'a pas engendré de conséquences négatives, le comportement est sécuritaire. Troisièmement, les jeunes sont connus pour avoir recours parfois à la pensée magique ou à ce qu'on appelle un sentiment d'invulnérabilité. Ce comportement entraîne souvent une minimisation de l'importance des conséquences possibles. Quatrièmement, ils ont parfois recours à de faibles alternatives qu'ils considèrent comme efficaces, par exemple ne pas utiliser le condom dans la semaine qui suit les menstruations, croyant que cela n'est pas considéré comme une période fertile. Cinquièmement, un autre mode de pensée consiste à ignorer les risques, c'est-à-dire que pour le jeune il n'y a tout simplement pas de conséquences négatives à la suite d'une relation sexuelle non protégée. Finalement, les jeunes se concentrent parfois uniquement sur des effets négatifs superficiels ou dirigent leur pensée sur les effets positifs à court terme, par exemple l'augmentation des sensations lors d'une relation sexuelle sans condom (O'Sullivan et al., 2010). L'utilisation systématique et appropriée du condom réduit le risque

de transmission des ITSS et son utilisation chez les jeunes actifs sexuellement est un des indicateurs essentiels d'une santé sexuelle saine (Laghdir, 2011; Segbedji et al., 2016).

Plusieurs études examinant les impacts des interventions sur l'utilisation du condom chez les jeunes sont proposées dans la littérature (Tableau 4). D'abord, des chercheurs européens (Gomes Dias Pedrosa Da Cunha Oliveira et al., 2017) ont réalisé une étude quasi-expérimentale dont le but était d'évaluer l'impact d'un programme d'interventions éducatives sur les comportements sexuels auprès d'étudiants âgés de 16 à 24 ans ($n = 1303$). L'intervention qui a été dirigée par un chercheur a eu lieu dans trois universités au Portugal et comprend quatre séances, d'une durée de deux heures chacune, ayant lieu une fois par jour et s'échelonnant sur une période d'une semaine. Les participants du groupe contrôle n'ont reçu aucun programme spécifique. Les résultats indiquent que 36 mois après avoir bénéficié de l'intervention, les filles du groupe expérimental ont 2.20 plus de chances d'utiliser le condom lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire stable ($ORa = 2.20, p = 0.002$) et les garçons ont 4.61 plus de chances d'utiliser le condom que ceux qui n'ont pas reçu le programme ($ORa = 4.61, p = 0.017$). Par contre, l'intervention a eu seulement un impact positif chez les filles concernant l'utilisation du condom avec un partenaire occasionnel ($ORa = 2.26, p = 0.015$). Les données présentées dans cette étude ne permettent pas de poser un regard sur la signification clinique des résultats.

Gold et ses collaborateurs (2016) ont réalisé un essai contrôlé randomisé afin de comparer une intervention assistée par ordinateur versus un enseignement didactique pour réduire les rapports sexuels non protégés chez les jeunes filles. Ce sont 348 filles âgées de 13 à 21 ans qui ont été réparties aléatoirement entre ces deux groupes : intervention assistée par ordinateur (CAMI) ($n = 158$) et enseignement didactique (DEC) ($n = 190$). Les participants des deux groupes ont reçu trois séances de 30 à 45 minutes chacune sur le même contenu, soit des informations sur la prévention des ITSS, la contraception et l'abstinence sur une période de six mois. Les filles du groupe CAMI ont reçu l'information

Tableau 4 : Interventions recensées mesurant l'effet sur l'utilisation du condom ($n = 4$)

| Auteur Année | Population étudiée | Type étude | Intervention | Variabes mesurées | Résultats |
|---|--|---|--|--|--|
| Gomes Dias Pedrosa Da Cunha Oliveira et al., 2017 | Jeunes 18-24 ans Étudiants 3 universités Âge moyen : 18 ans 36 % garçons 64 % filles $n = 226$ (GE) $n = 1077$ (GC) Portugal (Europe) | Quasi expérimentale Prétest Intervention : GE Posttest 1 (après programme) Posttest 2 (6 mois après programme) Posttest 3 (36 mois après programme) GE : T0-T1-T2-T3 GC : T0-T3 | Programme éducation sexuelle dirigé par chercheur: 4 modules (épidémiologie ITSS, comportements sexuels à risque, développement compétences cognitives, performance comportementale). GE→Programme : 1 séance (2 h)/jour x 4 jours dans 1 sem. GC→Aucun programme spécifique. | Utilisation condom dans le dernier rapport sexuel avec un partenaire stable et /ou partenaire occasionnel Nombre partenaires sexuels occasionnels des 12 derniers mois Dépistage du VIH | Groupe intervention : ↑significative utilisation condom lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire stable : ORa = 2.20, $p = 0.002$ (filles) et ORa = 4.61, $p = 0.017$ (garçons). ↓significative nombre partenaires sexuels occasionnels pour filles: ORa = 2.26; $p = 0.015$. ↑significative dépistage VIH : ORa = 3.86, $p < 0.001$ (filles) et ORa = 7.59, $p < 0.01$ (garçons). Aucune différence significative pour utilisation condom avec partenaire occasionnel $p > 0.05$. |
| Gold et al., 2016 | Filles 13-21 ans Clinique planning familial et universités Âge moyen : 17 ans $n = 158$ (GE) $n = 190$ (GC) Pittsburg (U.S.A) | Expérimentale Prétest Intervention : GE Posttest 1 (3 mois après intervention) Posttest 2 (6 mois après intervention) Posttest 3 (9 mois après intervention) | CAMI : intervention assistée par ordinateur + conseillé en intervention (prévention ITSS, contraception, abstinence). DEC : enseignement didactique par conseillé en intervention (prévention ITSS, contraception, abstinence). GE→3 séances (30-45 min.) avec CAMI + journal de suivi. GC→3 séances (30-45 min.) avec DEC + journal de suivi. | Acceptabilité CAMI Rapports sexuels non protégés | Intervention CAMI : Acceptable : 70 % participants ont haut niveau expérience ordinateur, 94 % aiment apparence et 98 % facile à comprendre. ↑significative probabilité rapports sexuels protégés par un condom après 9 mois ORa = 0.34, $p < 0.05$. ↓significative taux suivi pour GE à 3-6-9 mois, $p < 0.05$. |

Tableau 4 : Suite

| Auteur Année | Population étudiée | Type étude | Intervention | Variables mesurées | Résultats |
|--|--|--|---|---|---|
| Marcell, Allan, Clay, Watson & Sonenstein, 2013 | Garçons 16-24 ans Centre formation professionnelle 96 % race noire $n = 98$ (GE) $n = 99$ (GC) Baltimore (U.S.A) | Quasi expérimentale Prétest Intervention : GE Posttest (3 mois après programme) | Programme santé sexuelle dirigé par deux éducateurs en santé: 3 modules (symptômes ITSS, modes transmission ITSS, abstinence, utilisation condom, dépistage ITSS, cliniques ITSS). GE→1séance (1 h) par jour x 3 jours consécutifs. GC→Pas reçu programme | Connaissances ITSS et soins de santé Attitudes propos du condom Comportements sexuels Utilisation soins de santé | Groupe intervention : ↑connaissances ITSS ORa = 1.57, $p < 0.001$ et des services de santé ORa = 1.57, $p < 0.001$. ↑fréquence utilisation du condom ORa = 1.83, $p < 0.01$. ↑utilisation lubrifiant avec condom ORa = 23.61, $p < 0.05$. ↑utilisation soins de santé ORa = 12.32, $p < 0.001$ et dépistage ITSS ORa = 16.62, $p < 0.001$. Aucune différence significative dans temps pour attitudes à propos condom $p > 0.05$. |
| Kudo, 2013 | Jeunes étudiants Âge moyen : 18 ans Étudiants dans 5 écoles secondaires et 3 universités. 39 % garçons 61 % filles $n = 28$ (GE) $n = 129$ (GC) Akashi (Japon) | Quasi expérimentale Prétest Intervention : GE Posttest 1 (après intervention) Posttest 2 (1 mois après programme) Posttest 3 (3 mois après programme) GE : T0-T1-T2-T3 GC : T0-T2-T3 | Programme éducation sur utilisation condom dirigé par une seule personne: connaissances ITSS, contraception, avortement, attitudes à propos condom, comportements sexuels, compétences et stratégies utilisation du condom. GE→1séance (90 min.) par jour x 2 jours. GC→Pas reçu programme. | Connaissances ITSS Motivation : attitudes contraception et sexe Perception risques grossesse et ITSS Compétences : réaction attendue utilisation condom et auto-efficacité utilisation condom Comportements: rapports sexuels et utilisation condom | Groupe intervention : ↑significative connaissances ITSS parmi personnes avec expérience rapports sexuels $F = 7.33$, $p < 0.01$ et sans expérience $F = 16.16$, $p < 0.001$. ↑significative scores d'auto-efficacité utilisation du condom parmi personnes avec expérience rapports sexuels $F = 10.38$, $p < 0.001$ et sans expérience $F = 6.46$, $p < 0.01$. Aucune différence significative pour utilisation du condom pour les deux groupes $p > 0.05$. |

en ligne et un conseiller en intervention pouvait répondre à leurs questions, tandis que les filles du groupe DEC ont reçu un enseignement livré par un conseiller en intervention. Tous les participants devaient remplir un journal de suivi de leurs comportements sexuels et le remettre à la fin du processus. Les résultats obtenus neuf mois après l'intervention par des questionnaires autoadministrés en ligne démontrent une augmentation significative des probabilités d'avoir des rapports sexuels protégés par un condom chez les filles qui ont reçu l'intervention assistée par ordinateur ($ORa = 0.34, p < 0.05$) comparativement au groupe qui a reçu l'enseignement didactique ($p > 0.05$). L'étude comporte également des limites. D'abord, bien que diversifié, l'échantillon était principalement afro-américain (59 %), ne permettant pas la généralisation des résultats obtenus. De plus, une perte de suivi significativement plus grande parmi les participants du groupe expérimental est remarquée. Enfin, l'étude n'avait pas de mesures biologiques des ITSS, de sorte que les résultats reposent sur l'auto-déclaration des comportements sexuels et d'antécédents d'ITSS.

Marcell et al. (2013) ont évalué l'efficacité d'un bref programme sur la santé sexuelle et la promotion du condom chez les jeunes hommes non scolarisés à l'aide d'une étude quasi-expérimentale. L'étude s'est déroulée dans un centre de formation professionnelle situé à Baltimore auprès de jeunes noirs américains âgés de 16 à 24 ans. Le programme qui a été dirigé par deux éducateurs en santé est constitué de trois modules contenant des informations sur la santé sexuelle. Les jeunes du groupe expérimental ($n = 98$) ont bénéficié d'une séance de 60 minutes par jour pendant trois jours consécutifs, alors que les participants du groupe contrôle ($n = 99$) n'ont pas reçu le programme. Les données qui ont été recueillies au posttest démontrent une amélioration significative de la moyenne de la fréquence d'utilisation du condom (intervalle 1-4) avec une moyenne de 2.77 en pré-intervention et 3.12 trois mois après l'intervention ($ORa = 1.83, p < 0.01$) chez les participants du groupe expérimental. Bien que cette étude ait démontré des effets bénéfiques, la période de suivi de trois mois est relativement brève. Selon les auteurs, les recherches futures devraient examiner si les changements concernant les comportements sexuels pourraient être conservés sur une plus longue période de temps.

Kudo (2013) a réalisé une étude quasi-expérimentale dont le but était de mesurer l'efficacité d'un programme éducatif sur l'utilisation du condom chez des jeunes japonais. L'étude s'est déroulée en milieu scolaire auprès de 147 étudiants âgés en moyenne de 18 ans. L'intervention avait comme cadre de référence le modèle *Information-Motivation-Behavioral skills* de J. D. Fisher et Fisher (1992). Le programme a été dirigé par une seule personne et abordait différents sujets en matière de santé sexuelle. Les participants du groupe expérimental ($n = 28$) ont reçu deux séances de 90 minutes chacune sur deux jours et étaient séparés en petits groupes de 2 à 9 personnes de même sexe tandis que les participants du groupe contrôle ($n = 129$) n'ont reçu aucun programme d'éducation sexuelle. Étant donné que les auteurs ont constaté une différence significative entre les deux groupes en pré-intervention quant à l'expérience sexuelle ($\chi^2 = 19.04, p < 0.001$), les résultats ont été analysés séparément. Trois mois après l'intervention, les résultats parmi les jeunes avec expérience sexuelle ont démontré une différence significative des scores concernant l'auto-efficacité de l'utilisation du condom entre les groupes ($F = 10.38, p < 0.001$). Les participants du groupe expérimental ont obtenu une moyenne de 24 sur une possibilité de 30 comparativement à une moyenne de 22.3 pour le groupe contrôle. Cette différence de 6 % indique que ce programme a permis à ces jeunes d'avoir une meilleure auto-efficacité face à l'utilisation du condom. Parmi les jeunes sans expérience sexuelle, les résultats révèlent aussi une différence significative de 15 % des scores concernant l'auto-efficacité d'utilisation du condom entre les groupes ($F = 6.46, p < 0.01$). Par contre, aucune différence significative n'est remarquée pour l'utilisation du condom pour les deux groupes ($p > 0.05$). Les auteurs affirment qu'une amélioration de l'intervention est nécessaire étant donné que le nombre de jeunes utilisant réellement un condom n'a pas augmenté. Ils suggèrent l'ajout des éléments suivants dans le programme : manipulation des condoms, pratique de la mise en place d'un condom sur des modèles anatomiques et jeu de rôle impliquant une situation réaliste sur la négociation du condom avec le partenaire.

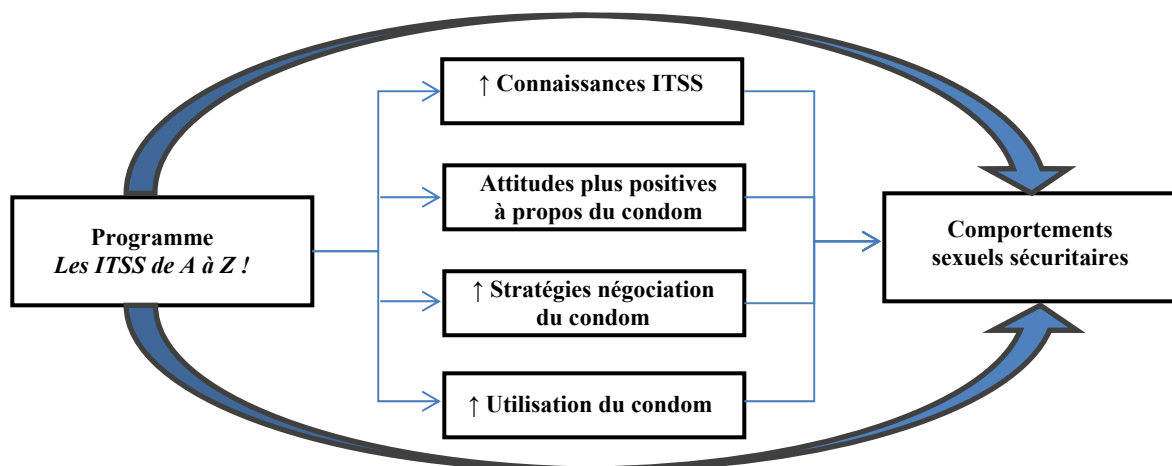


Figure 1 : Schématisation des questions de recherche

2.4 LES TIC ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE

Les technologies de l'information et de la communication (TIC) se réfèrent à Internet, à la messagerie texte, aux médias sociaux, aux téléphones intelligents, aux applications mobiles et aux jeux vidéo interactifs (Parenteau, 2013). Il s'agit d'un espace virtuel où les individus peuvent interagir avec l'information plutôt que de recevoir passivement un contenu statique (Bernhardt, Mays & Kreuter, 2011). Les interventions utilisant les TIC ont plusieurs avantages dans le domaine de la santé sexuelle. Ces interventions offrent la possibilité de délivrer une intervention moins complexe et fondée sur des données probantes en vue de la prévention des ITSS (Marsch et al., 2011). Ces interventions offrent aussi une meilleure standardisation, précision, facilité de mise à jour de contenu et favorisent l'implantation avec fidélité et fournissent l'anonymat (Bull et al., 2009; Marsch et al., 2011). Malgré les multiples initiatives mises en œuvre, la situation des jeunes en matière de santé sexuelle demeure préoccupante. Ceci met en évidence la nécessité d'utiliser des moyens novateurs pour la promotion de pratiques sexuelles plus sécuritaires au sein de cette population (Djossa Adoun & Gagnon, 2014). Les jeunes sont à l'aise avec les interventions utilisant les TIC et ils les trouvent plus intéressantes que les interventions standards (Djossa Adoun & Gagnon, 2014). Ils préfèrent les interventions

menées par des voies technologiques comme l'Internet qu'ils perçoivent comme un bon moyen pour réaliser l'éducation sexuelle (Miranda, 2009). En effet, Internet peut répondre aux intérêts de la santé sexuelle chez les jeunes (Simon & Daneback, 2013). Les outils basés sur les technologies de l'information peuvent être utilisés par les professionnels de la santé pour mieux éduquer les jeunes (Dunne, McIntosh & Mallory, 2014). Les TIC constituent des moyens prometteurs pour rejoindre, informer et sensibiliser les jeunes. Ces technologies peuvent ainsi contribuer aux changements d'attitudes et de comportements à l'égard des ITSS. Elles peuvent également soutenir les jeunes dans leurs efforts pour maintenir des comportements sécuritaires (Gibbons et al., 2011; Granich et al., 2011).

2.5 STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES ITSS

En matière de lutte contre les ITSS, une approche intégrée permet à la fois de cibler un ensemble de facteurs souvent communs à plusieurs de ces infections et d'aborder la santé sexuelle. Cette approche propose de combiner les stratégies et les interventions pour atteindre les objectifs visés. Cette approche vise un ensemble d'actions qui couvre le continuum des interventions dans le domaine des ITSS, soit la promotion des comportements sains et sécuritaires et la prévention de l'acquisition des ITSS; le dépistage et la détection des ITSS et le suivi et le traitement des personnes infectées et de leurs partenaires (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2017). Plusieurs interventions universelles prometteuses en prévention des ITSS utilisant les médias ont été menées auprès des jeunes tels que : campagnes de communication multimédia, interventions individuelles via les nouvelles technologies, interventions individuelles proposant un dépistage par courrier (Kang, Skinner & Usherwood, 2010) et interventions visant l'utilisation du condom (Charania et al., 2011). Les programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire sont souvent considérés comme une stratégie efficace pour la prévention des ITSS (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Ces programmes visent à améliorer les connaissances sur les ITSS chez les jeunes, réduisant ainsi les comportements à haut risque et favorisant la promotion de choix sécuritaires (Espelage et al., 2013; Kersaudy-

Rahib et al., 2013; Markham et al., 2014). Dans les interventions proposées aux jeunes pour prévenir les ITSS, plusieurs messages sont à inclure : privilégier des relations de type monogamique où aucun des partenaires n'a de relations extérieures, avoir des pratiques sexuelles qui ne comportent que des contacts physiques, utiliser le condom et passer des tests de dépistage régulièrement (Charton & Messier-Bellemare, 2013).

2.6 JUSTIFICATION THÉORIQUE

Le modèle théorique Information, Motivation et Habilités Comportementales (IMHC) de l'Agence de la santé publique (2008) a été choisi pour ce projet de recherche. Ce modèle n'est pas le produit de l'Agence de la santé publique. Il a été adapté du modèle « Information-Motivation-Behavioral skills (IMB) » développé par Fisher et Fisher (1992) tel que représenté à la figure 2.

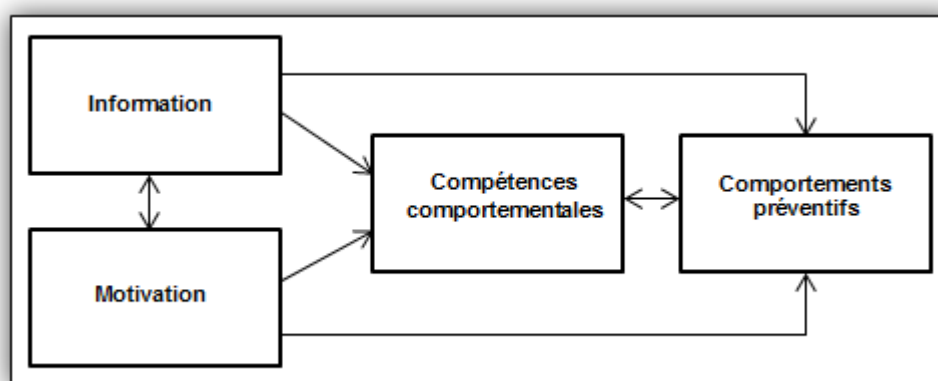


Figure 2 : Information-Motivation-Behavioral skills (IMB) (J. D. Fisher & Fisher, 1992)

Le modèle IMB développé par Fisher et son collègue a été conçu pour prédire le comportement préventif du VIH. Le modèle a montré que les informations sur la prévention du VIH, la motivation et les compétences comportementales sont des éléments essentiels du comportement préventif de cette infection (J. D. Fisher & Fisher, 1992; J. D. Fisher, Fisher, Misovich, Kimble & Malloy, 1996). Le modèle suppose qu'une personne doit avoir des connaissances, une motivation positive et des compétences adéquates pour initier un

comportement préventif (J. D. Fisher & Fisher, 1992; J. D. Fisher, Fisher, Bryan & Misovich, 2002). Le modèle IMB a été utilisé dans de nombreuses études dans le but : de prédire le comportement préventif du VIH (J. D. Fisher, Fisher & Shuper, 2009); d'encourager l'adhésion au traitement antirétroviral chez les personnes atteintes du VIH (J. D. Fisher, Fisher, Amico & Harman, 2006); de développer une application sur les téléphones intelligents pour la prévention du VIH (Aliabadi et al., 2015); d'explorer les prédicteurs de l'utilisation condom (Camilleri et al., 2015; Fullerton et al., 2013; Liu et al., 2014; Walsh, Senn, Scott-Sheldon, Vanable & Carey, 2011); d'évaluer l'utilisation des stratégies de négociation du condom (Holland & French, 2012); d'étudier les comportements sexuels à risque (Bahrami & Zarani, 2015; Ndebele et al., 2012); d'évaluer l'efficacité du programme d'éducation sexuelle (Jennings et al., 2014; Kudo, 2013; Ndebele et al., 2012; Ybarra et al., 2015); de fournir des orientations pour le développement des programmes et des interventions de soins du diabète (Osborn & Egede, 2010) et de promouvoir l'adhésion chez les patients subissant des pontages coronariens (Zarani, Besharat, Sadeghian & Sarami, 2010). Les résultats d'une revue systématique ont démontré l'efficacité du modèle IMB comme cadre théorique pour développer des interventions comportementales (Chang, Choi, Kim & Song, 2014).

Les éléments du modèle théorique Information, Motivation et Habilitéés Comportementales (IMHC) procurent des expériences d'apprentissage qui peuvent se traduire en comportements favorables à la santé sexuelle. Pour expliquer le comportement lié à l'utilisation du condom, le modèle propose trois composantes comme l'indique la figure 3. Bien que les étapes du modèle apparaissent chronologiquement, elles s'influencent les unes les autres. L'information et la motivation ont des effets directs sur les habilitéés comportementales et sur le comportement favorable qui est l'utilisation du condom.

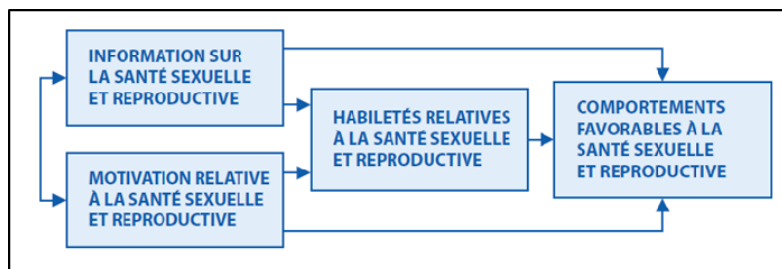


Figure 3 : Modèle Information, Motivation et Habilité Comportementales (IMHC) (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

La composante de l'information se réfère aux connaissances sur la prévention des ITSS et se voit une condition préalable au changement de comportement chez les jeunes (Bahrami & Zarani, 2015). L'information contenue dans les programmes d'éducation à la santé sexuelle doit être directement liée au résultat comportemental souhaité et permettre d'améliorer la santé sexuelle (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Le but d'informer les jeunes sur les modes de transmission et les méthodes de prévention des ITSS est de réduire les comportements à risque (Misovich, Fisher & Fisher, 1996; Offir, Fisher, Williams & Fisher, 1993). Les connaissances sont liées de manière significative à l'utilisation du condom et à la participation à des comportements plus sécuritaires, mais les connaissances seules ne sont pas suffisantes pour éliminer les comportements à risque (J.D. Fisher & Fisher, 1992; W.A. Fisher et al., 2014; Sowell, Seals & Phillips, 1996).

La motivation fait référence à la force interne qui détermine la direction et l'intensité des efforts pour adopter des comportements préventifs (Bahrami & Zarani, 2015). Les concepts de motivation représentent plusieurs dimensions, notamment les attitudes associées à des actions spécifiques telles que l'utilisation du condom (Carey & Lewis, 1999; J.D. Fisher & Fisher, 1992; W.A. Fisher et al., 2014). Même si les jeunes sont bien renseignés sur la santé sexuelle, ce qui peut facilement les mener à poser des gestes concrets, ils doivent être suffisamment motivés pour mettre en application ce qu'ils ont appris. Par conséquent, pour qu'un programme de prévention d'éducation sexuelle atteigne ses objectifs, il devrait inclure des éléments liés aux attitudes nécessaires pour modifier le comportement (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

Les habiletés comportementales comprennent les compétences nécessaires pour adopter des comportements sexuels protégés tels que la capacité à acquérir des condoms de manière discrète, la capacité à utiliser correctement le condom ou la capacité de négocier le condom avec un partenaire (Agence de la santé publique du Canada, 2008; J.D. Fisher & Fisher, 1992). Les compétences comportementales nécessaires pour accomplir des actes de prévention des ITSS constituent un facteur déterminant du changement de comportement (Bahrami & Zarani, 2015). L'apprentissage d'habiletés pratiques telles que savoir comment mettre et négocier le condom constitue des éléments clés des programmes efficaces de prévention en matière de santé sexuelle (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

Le modèle IMHC, conforme aux lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle (2008), procure un cadre théorique pour développer un programme efficace, complet et inclusif sur la prévention des ITSS chez les jeunes. Ce modèle sert aussi de guide pour évaluer l'efficacité du programme par rapport aux objectifs énoncés et de déterminer les domaines, s'il y a lieu, qui doivent être modifiés. L'application du modèle IMHC à cette étude permet de vérifier si les connaissances des ITSS, les attitudes à propos du condom et les stratégies de négociation du condom sont des déterminants fondamentaux de l'utilisation du condom chez les jeunes.

2.7 RÉSUMÉ DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

Nombreux sont les chercheurs qui appuient le fait que les interventions en matière de santé sexuelle diminuent les comportements sexuels à risque chez les jeunes. Les programmes de prévention des ITSS sont perçus comme une stratégie à privilégier afin de favoriser les comportements sexuels sécuritaires. Bien connu, l'utilisation du condom est le moyen le plus approprié pour diminuer le risque de contracter une ITSS. Pour être efficace, il est primordial que des éléments tels que l'information, les attitudes et les compétences comportementales soient inclus dans les programmes de prévention (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Le modèle IMHC est pertinent à utiliser comme cadre théorique afin de concevoir les interventions visant le changement de comportement chez les jeunes

(Chang et al., 2014). Les technologies de l'information et de la communication (TIC) permettent de rejoindre et de sensibiliser les jeunes sur leur santé sexuelle (Charton & Messier-Bellemare, 2013) et les interventions brèves peuvent influencer positivement les comportements sexuels (Eaton et al., 2012; Kersaudy-Rahib et al., 2013; O'Connor et al., 2014).

Les ITSS affectent particulièrement les jeunes et les recherches visant à évaluer les programmes de prévention afin de diminuer les comportements sexuels risqués sont indispensables. À notre connaissance, seulement une étude canadienne avec un devis de type expérimental ayant pour but d'examiner les effets d'une intervention en matière de santé sexuelle a été réalisée depuis les dix dernières années (Renaud & Sauvé, 2010) et cette étude vise les jeunes de 13 à 14 ans. Il est important de mettre en lumière certaines limites concernant l'âge des jeunes des programmes recensés. En effet, nous constatons que plusieurs programmes visent une clientèle large, par exemple pour des jeunes âgés de 12 à 18 ans. Il est pertinent de se poser la question à savoir si le contenu peut être le même pour un jeune de 12 ans versus un jeune de 18 ans. Dans ce cas, ces programmes sont-ils vraiment adaptés et peuvent-ils répondre à l'objectif souhaité? D'où l'importance d'élaborer un programme qui correspond à la population cible. La majorité des études recensées soulèvent que les résultats obtenus ne peuvent être généralisés à d'autres populations, une limite souvent rencontrée par les auteurs. De plus, les recherches qui démontrent des effets bénéfiques pour les quatre variables sont manquantes, ce qui suscite notre intérêt à poursuivre la recherche avec cette approche. La littérature suggère que de nouvelles recherches afin d'évaluer l'effet des programmes de prévention des ITSS soient effectuées (Charton & Messier-Bellemare, 2013; Salam et al., 2016; van der Geugten et al., 2015). La prévention des ITSS est un élément important inclus dans les standards de pratique de l'infirmière en santé scolaire et demeure une priorité en matière de santé publique. Ainsi, il semble approprié d'élaborer un programme de prévention des ITSS en ligne et d'évaluer l'effet qu'il produira sur les connaissances, les attitudes et les comportements chez les jeunes de 16-24 ans. Ce chapitre a présenté la revue des écrits liés à ce projet de recherche. Nous présentons la méthode utilisée au prochain chapitre.

CHAPITRE 3

MÉTHODE

Ce chapitre présente la méthode utilisée pour ce projet de recherche. D'abord, le devis de recherche choisi est expliqué. Ensuite, nous présentons la population visée, le mode de recrutement ainsi que la taille de l'échantillon. De plus, le déroulement des activités de recherche ainsi que la procédure utilisée pour la collecte des données sont énoncés. En outre, une section est réservée à la description de l'intervention et des instruments de mesure utilisés. Finalement, le plan d'analyses statistiques, les considérations éthiques ainsi que les critères de rigueur sont exposés.

3.1 DEVIS DE RECHERCHE

De toutes les méthodes quantitatives de recherche, l'étude prédictive causale est celle qui convient le mieux pour vérifier une relation de cause à effet entre une variable indépendante et des variables dépendantes (Cook, Campbell & Shadish, 2002; Fortin & Gagnon, 2016; Grove, Burns & Gray, 2013). Les connaissances concernant les stratégies déployées pour prévenir les ITSS sont suffisamment avancées pour justifier ce type de recherche. Un devis quasi-expérimental pré et post-intervention avec groupe contrôle est retenu afin d'évaluer les effets d'un programme de prévention des ITSS en ligne sur les connaissances, les attitudes et les comportements des jeunes de 16-24 ans fréquentant un centre d'éducation des adultes (CEA). Ce choix s'impose, car il est difficile de réunir toutes les conditions expérimentales, notamment la randomisation des participants. Il s'avère impossible de répartir des jeunes d'un même centre dans le groupe expérimental et contrôle sans qu'il en résulte des biais importants du fait des contacts quotidiens entre les sujets de

ces deux groupes. Ce devis suppose un groupe expérimental au centre d'éducation des adultes de Rimouski-Neigette qui a bénéficié du programme de prévention en ligne *Les ITSS de A à Z!* et un groupe contrôle au centre d'éducation des adultes (CEA) de la Mitis qui a reçu les interventions usuelles de l'infirmière scolaire du milieu. Ce devis implique que des questionnaires soient remplis au même moment auprès de ces deux groupes avant et après l'intervention.

3.2 POPULATION VISÉE

La population cible est composée d'élèves fréquentant les CEA du Québec. Pour l'année scolaire 2013-2014, le Québec comptait 193 centres d'éducation des adultes (CEA) répartis dans 72 commissions scolaires et 191 004 élèves de la formation générale des adultes (Ministère de l'Éducation de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2015). La clientèle qui fréquente les CEA représente 20 % des élèves de tous les niveaux. D'ailleurs, 80 % des élèves qui y sont inscrits sont âgés de 16 à 24 ans (Ministère de l'Éducation de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2015). La population à l'étude est composée d'élèves fréquentant les CEA de Rimouski-Neigette et de la Mitis. Ces milieux ont été sélectionnés puisqu'ils offrent une population accessible pour la présente recherche.

Le CEA de Rimouski-Neigette comprend 350 élèves et celui de la Mitis compte 150 élèves. Presque autant de filles (49 %) que de garçons (51 %) fréquentent ces deux centres. Pour s'inscrire, les élèves doivent être résidents du Québec et être âgés au minimum de 16 ans. Pour les deux CEA, les élèves mineurs constituent environ 30 % de la population et les personnes de moins de 25 ans représentent 75 % de l'effectif inscrit. L'étendue de l'âge est de 16 à 54 ans. Toutefois, l'âge moyen des élèves est de 18 ans. La population francophone représente près de 90 % des élèves inscrits; les allophones, environ 6 % et les anglophones, 4 %. Finalement, environ 35 % des élèves habitent chez leurs parents (Centres de formation Rimouski-Neigette et Mont-Joli-Mitis, 2016). La formation est dispensée sous forme d'enseignement individualisé, magistral et en atelier, en tenant compte du rythme de chacun. Les élèves ont la possibilité de s'inscrire en alphabétisation; en formation

présecondaire, en formation de 1^{er} et 2^e cycle du secondaire; en formation à distance; en insertion sociale et en francisation (Les Centres de formation Rimouski-Neigette et Mont-Joli-Mitis, 2018). Le but de ces élèves étant de terminer leurs études secondaires afin de se diriger vers un diplôme d'études professionnelles, un diplôme d'études collégiales ou le marché du travail. Des services professionnels sont offerts : orientation, orthopédagogie, psychoéducation, social et soins infirmiers.

3.3 MODE DE RECRUTEMENT

Deux semaines avant le recrutement des participants, plusieurs affiches ont été placées à des endroits stratégiques dans les deux centres dans un but incitatif (voir annexe I). Pour le recrutement des participants des CEA de Rimouski-Neigette et de la Mitis, l'étudiante chercheuse a effectué une tournée des classes des deux centres. Lors de ces rencontres, le projet de recherche a été présenté par celle-ci. Les éléments suivants ont été expliqués verbalement : l'objectif de la recherche, la nature de la participation à la recherche, les critères d'inclusion, la confidentialité, les avantages et inconvénients et le droit de retrait. Les participants du CEA de Rimouski-Neigette étaient avisés qu'ils allaient faire partie du groupe expérimental et ainsi participer à un programme de prévention des ITSS en ligne. Les participants du CEA de la Mitis étaient informés qu'ils allaient faire partie du groupe contrôle et ainsi recevoir les interventions usuelles de l'infirmière scolaire de leur milieu. À la fin de chacune de ces rencontres, les élèves ont reçu des enveloppes comprenant un formulaire de consentement (voir annexes II et III) sous forme d'une lettre de présentation du projet de recherche remis en main propre par l'étudiante chercheuse aux élèves désirant participer à la recherche. Pour les élèves qui étaient absents lors de cette rencontre, les enseignants leur ont remis une enveloppe dès leur retour en classe. Les élèves avaient un délai maximal d'une semaine pour remettre l'enveloppe à la secrétaire de leur centre.

3.3.1 Critères d'inclusion

Les élèves qui ont composé l'échantillon devaient répondre aux critères suivants : être âgé de 16 à 24 ans, être inscrit en formation présecondaire ou 1^{er} et 2^e cycle du secondaire, suivre leur formation de jour, étudier à temps plein, être en mesure de lire et d'écrire le français, être capable d'utiliser un ordinateur et ne pas avoir suivi le cours optionnel *Réflexion sur la sexualité humaine* entre 2014 et 2016 afin de ne pas avoir assisté à l'activité animée par l'infirmière scolaire sur la prévention des ITSS.

3.4 TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

Pour observer une différence significative entre les groupes expérimental et contrôle, l'estimation de la taille de l'échantillon a été calculée avec un seuil de signification de 0,05 (bilatéral) et une puissance statistique de 80 % avec le logiciel *G Power* 3.1.5. Ainsi, un total de 68 participants était nécessaire pour détecter une différence significative en fonction de deux groupes indépendants et de l'observation d'un large effet de taille ($d = 0.70$). Le nombre de participants a été déterminé selon le nombre de jeunes disponibles dans les milieux. Le CEA de la Mitis est un petit centre et il est composé d'un total de 150 élèves. Selon une donnée fournie par ce centre, le nombre d'élèves âgés de 16 à 24 ans lors du projet de recherche était de 100. Compte tenu d'un taux d'abandon possible, le nombre de participants souhaité était de 40 afin de répondre à certains critères pour effectuer des tests statistiques significatifs. Comme nous voulions avoir des groupes équivalents, la taille de l'échantillon cible au CEA de Rimouski-Neigette était aussi fixée à 40. La période de recrutement d'une semaine nous a permis d'introduire 80 participants, soit 40 dans le groupe expérimental et 40 dans le groupe contrôle. Durant les cinq mois de l'étude, aucun participant ne s'est retiré du processus.

3.5 DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS

Les participants du groupe expérimental ont été divisés de façon à former deux groupes de 20 élèves. Ces deux groupes ont été créés afin de faciliter l'organisation et le déroulement de l'intervention et ainsi favoriser l'apprentissage des jeunes lors de l'activité. Les participants devaient se présenter pendant les heures de cours au local d'informatique de leur centre selon l'horaire établi par l'étudiante chercheure. Ils devaient assister à quatre rencontres d'une durée approximative de 60 minutes, à raison d'une fois par semaine, pendant quatre semaines consécutives, et ce, en présence de l'étudiante chercheure. Lors de la première rencontre, les participants ont d'abord rempli les questionnaires et ensuite effectué le premier module du programme en ligne *Les ITSS de A à Z!* Durant les deux rencontres suivantes, ils ont effectué les modules 2 et 3 du programme en ligne. Lors de la dernière rencontre, les jeunes devaient participer à un atelier animé par l'étudiante chercheure. Ensuite, les participants devaient se présenter à deux rencontres d'environ 30 minutes, soit un mois et trois mois après l'intervention, afin de remplir les questionnaires.

Les participants du groupe contrôle ont dû se présenter à trois rencontres d'une durée approximative de 30 minutes. Ces rencontres ont eu lieu pendant les heures de cours au local d'informatique de leur centre et selon l'horaire établi par l'étudiante chercheure. Lors de ces rencontres, les participants ont rempli les questionnaires, soit une fois avant l'intervention et à deux reprises à un et trois mois après l'intervention, et ce, en présence de l'étudiante chercheure. Pendant cette période de cinq mois, les jeunes du groupe contrôle ont reçu les interventions usuelles de l'infirmière scolaire de leur milieu. À la fin du processus, ils ont eu accès au site Internet du programme de prévention des ITSS en guise de remerciement.

3.6 PROCÉDURE POUR LA COLLECTE DE DONNÉES

Au temps 1 :

Le questionnaire du participant (voir annexe IV) a permis de recueillir les données sociodémographiques suivantes : âge, sexe, statut, degré de scolarité complété, information liée aux ITSS reçue dans les 12 derniers mois, endroit et durée de l'information liée aux ITSS reçue dans les 12 derniers mois. Il a été rempli en ligne par tous les participants des deux CEA lors de la première rencontre dans le local d'informatique. Ensuite, les participants ont rempli en ligne les questionnaires autoadministrés suivants : *Comportements sexuels* (voir annexe V), *Connaissances des ITSS* (voir annexe VI), *Attitudes à propos du condom* (voir annexe VII) et *Stratégies de négociation du condom* (voir annexe VIII).

Au temps 2 :

Un mois post-intervention, tous les participants ont rempli le questionnaire autoadministré suivant en ligne : *Connaissances des ITSS* (voir annexe VI). Au CEA Rimouski-Neigette, 35 participants ont rempli le questionnaire en ligne sur place via les ordinateurs situés dans le local d'informatique et les cinq participants absents de l'école l'ont rempli le jour même en ligne après une relance faite par courriel. Au CEA de la Mitis, 32 participants ont rempli le questionnaire en ligne sur place via les ordinateurs situés dans le local d'informatique et les huit participants absents de l'école l'ont rempli le jour même en ligne après une relance faite par courriel.

Au temps 3 :

Trois mois post-intervention, tous les participants ont rempli les questionnaires autoadministrés suivants : *Comportements sexuels* (voir annexe IX), *Connaissances des ITSS* (voir annexe VI), *Attitudes à propos du condom* (voir annexe VII) et *Stratégies de négociation du condom* (voir annexe X). Au CEA Rimouski-Neigette, 30 participants ont rempli le questionnaire en ligne via les ordinateurs situés dans le local d'informatique et les

10 participants absents de l'école l'ont rempli le jour même en ligne après une relance faite par courriel. Au CEA de la Mitis, 28 participants ont rempli le questionnaire en ligne sur place via les ordinateurs situés dans le local d'informatique et les 12 participants absents de l'école l'ont rempli le jour même en ligne après une relance faite par courriel. Le déroulement de la collecte des données est présenté à la Figure 4.

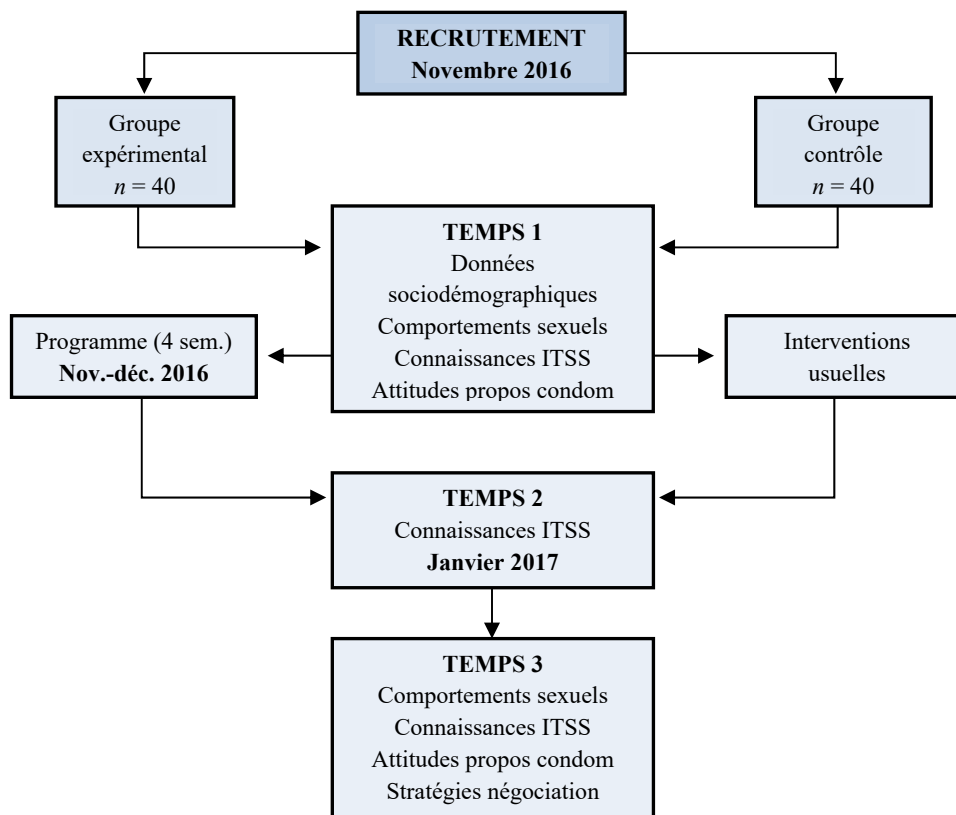


Figure 4 : Diagramme du déroulement de la collecte des données

3.7 DESCRIPTION DE LA VARIABLE INDÉPENDANTE

La variable indépendante est le programme de prévention *Les ITSS de A à Z!* Ce programme réside en une démarche de réflexion, de compréhension et d'intégration de certaines notions et compétences en matière de prévention des ITSS afin de favoriser des comportements sexuels responsables. Il vise à prévenir les conséquences négatives et à améliorer la santé sexuelle chez les jeunes. Le contenu est présenté afin de fournir aux

jeunes une information juste et réaliste. Le programme est divisé en six sections (Tableau 5).

Tableau 5 : Résumé du programme *Les ITSS de A à Z !*

| SECTIONS | OBJECTIFS | THÈMES |
|--|---|---|
| INTRODUCTION | Connaître le contexte de l'élaboration du programme. Connaître la définition du mot ITSS. | -Contexte -Définition ITSS |
| MODULE 1 LES CONNAISSANCES (1h en ligne) Savoir | Acquérir des connaissances liées aux ITSS. | -Causes -Modes de transmission -Symptômes possibles -Caractéristiques bactérie-virus-parasite -Facteurs de risque -Conséquences sur santé -Traitements -Méthodes de protection et prévention |
| MODULE 2 LES ATTITUDES (1h en ligne) Savoir-être | Adopter des attitudes positives face à l'utilisation du condom. | -Avantages port du condom -Mythes et réalités du condom -Excuses non-port du condom -Diversité des condoms |
| MODULE 3 LES COMPORTEMENTS (1h en ligne) Savoir-faire | Acquérir des aptitudes comportementales face à l'utilisation du condom et de la digue dentaire. Acquérir des aptitudes comportementales face à l'utilisation de stratégies de négociation du condom. | -Pose du condom masculin et féminin -Confection d'une digue dentaire -Stratégies de négociation du condom avec le partenaire |
| ATELIER ANIMÉ PAR INFIRMIÈRE SCOLAIRE (1h en face à face) | Valider les connaissances, les attitudes et les habiletés comportementales des jeunes après avoir suivi le programme. | -Mythes et réalités des ITSS -Mythes et réalités du condom -Étapes relation sexuelle avec condom -Solutions aux raisons pour ne pas mettre le condom |
| CONCLUSION | Connaître les partenaires collaborateurs à l'élaboration du programme. Connaître les sources utilisées. | -Remerciements -Sources |

L'étudiante chercheuse a élaboré le programme en ligne *Les ITSS de A à Z !* (voir annexe XI) et l'activité animée par l'infirmière scolaire (voir annexe XII) selon des données probantes (La société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2016; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2016). Pour assurer la présentation d'informations adéquates et adaptées aux jeunes, le contenu du programme fut approuvé par une sexologue

et deux infirmières en santé scolaire. À la suite des commentaires de ces professionnelles, quelques modifications ont été apportées afin de bonifier le programme.

Pour ce qui est des participants du groupe contrôle, ils ont bénéficié des interventions usuelles de l'infirmière scolaire de leur milieu, c'est-à-dire la possibilité d'effectuer un test de dépistage individuel des ITSS. Ces élèves n'ont pas reçu de sessions d'information sur les ITSS de la part de l'infirmière.

3.8 MESURE DES VARIABLES DÉPENDANTES

3.8.1 Connaissances des ITSS

Afin de mesurer les connaissances des ITSS, un questionnaire autoadministré a été utilisé en pré et posttest (voir annexe VI). Le questionnaire a été construit afin que les énoncés correspondent aux objectifs d'apprentissage du programme de prévention des ITSS. Afin de constituer la banque de questions, l'étudiante chercheuse s'est inspirée d'une étude sur le comportement sexuel, les attitudes et les connaissances en lien avec les ITSS réalisée au Québec (Laghdar, 2011). Le questionnaire contient 26 énoncés qui permettent d'évaluer les connaissances des participants liées aux ITSS. Celui-ci contient des questions fermées dichotomiques et à choix multiples telles que : *la majorité des personnes infectées par la chlamydia n'ont aucun symptôme* ou *parmi les ITSS suivantes, lesquelles se transmettent seulement par le contact peau à peau*. Le questionnaire a été prétesté auprès de dix jeunes âgés de 16 à 17 ans d'une école secondaire afin de vérifier la clarté et la compréhension des énoncés. Par la suite, afin d'obtenir l'approbation du contenu, deux sexologues et deux infirmières œuvrant en milieu scolaire ont examiné le questionnaire. Le score total du questionnaire s'obtient en additionnant les bonnes réponses de chacune des questions pour atteindre un maximum de 40 points. Ensuite, chacun des résultats finaux des questionnaires est reporté en pourcentage.

3.8.2 Attitudes à propos du condom

Nous avons utilisé l'échelle de mesure autoadministrée intitulée *Attitudes à propos du condom* (voir annexe VII) en prétest et en posttest. Cet instrument est la version française de *Multidimensional Condom Attitudes Scale (MCAS)* (Helweg-Larsen & Collins, 1994) (annexe XIII). Cet instrument permet d'évaluer les attitudes à propos du condom selon cinq dimensions : la fiabilité des condoms, le plaisir sexuel lié à l'utilisation du condom, les préjugés associés aux personnes qui proposent ou utilisent le condom, l'embarras lié à l'utilisation du condom et l'embarras associé à l'achat de condom. Le MCAS possède une cohérence interne adéquate (alpha de Cronbach = 0.65 à 0.90), les valeurs pour chaque dimension ont été trouvées dans plusieurs études (Camilleri et al., 2015; Maisto et al., 2004; Rosengard, Anderson, & Stein, 2006; Stone et al., 2018). La validité de construit a été établie en démontrant que le genre et l'expérience sexuelle étaient associés aux cinq dimensions (Helweg-Larsen & Collins, 1994). Le MCAS a également été validé dans un échantillon de femmes hispaniques (Unger & Molina, 1999) et parmi des étudiants mexicains (DeSouza, Madrigal & Millan, 1999). Cette échelle peut être utilisée avec les personnes qui n'ont pas eu d'expérience personnelle avec l'utilisation de condoms (Helweg-Larsen, 2010).

Avec la permission de l'auteure principale, nous avons traduit cet instrument en français. Par la suite, une monitrice de langue a retraduit le questionnaire dans sa langue originale, l'anglais (voir annexe XIV). Cette étape visait à s'assurer du respect du sens des questions rédigées par l'auteure. La version française a été prétestée auprès de dix jeunes âgés de 16 à 17 ans d'une école secondaire afin de vérifier la clarté des énoncés. Étant donné que les cinq dimensions de l'échelle ne peuvent être additionnées de manière significative pour générer un score global unique, il est très important qu'elles soient analysées séparément (Helweg-Larsen, 2010). L'échelle de mesure comprend 25 énoncés au total et chacune des dimensions comporte cinq énoncés. Les énoncés sont cotés sur une échelle à sept points de type Likert variant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement d'accord). Les participants devaient cocher la case qui représentait le mieux leur opinion.

Nous retrouvons des énoncés comme *l'utilisation du condom vient interrompre les préliminaires* ou *il est très embarrassant d'acheter des condoms*. Afin d'obtenir un score total pour chaque dimension, le score de certains items a été inversé comme cela était requis et ensuite additionné pour finalement calculer une moyenne. Un résultat de 1 à 3 indique une attitude négative face à l'utilisation du condom; un résultat de 4 indique une attitude neutre et un résultat de 5 à 7 indique une attitude positive face à l'utilisation du condom. Dans cette étude, l'échelle utilisée possède une cohérence interne adéquate (alpha de Cronbach = 0.62 à 0.71), les valeurs pour chaque dimension ont été calculées.

3.8.3 Stratégies de négociation du condom

Nous avons utilisé l'échelle de mesure autoadministrée intitulée *Échelle de négociation du condom* en prétest (annexe VIII) et en posttest (voir annexe X). Cet instrument se veut la version française de *The condom negotiation scale* (Tschann et al., 2010) (voir annexe XV). Pour la présente recherche et avec la permission de l'auteure principale, seule la première partie de l'échelle a été utilisée, car elle examine les éléments qui nous intéressent, soit les stratégies pour obtenir l'utilisation du condom. La deuxième partie de l'échelle qui contient 16 énoncés concernant les stratégies pour éviter l'utilisation du condom n'a pas été utilisée pour ne pas alourdir le questionnaire avec des éléments moins pertinents pour l'évaluation du programme. Cette échelle permet de mesurer les stratégies de négociation du condom selon trois dimensions : l'information sur les risques, la communication directe verbale et non verbale et l'insistance de l'utilisation du condom. Il possède une consistance interne adéquate pour chaque dimension (alpha de Cronbach = 0.71 à 0.85) (Tschann et al., 2010). Les trois dimensions de l'échelle sont analysées séparément tel que prévu par l'auteure.

Avec la permission de l'auteure principale, cet instrument a été traduit en français par l'étudiante chercheuse et la directrice du projet de recherche. Par la suite, une retraduction en anglais a été réalisée par une monitrice de langue afin de s'assurer du respect du sens des questions rédigées par l'auteure (voir annexe XVI). La version française

a été prétestée auprès de dix jeunes âgés de 16 à 17 ans d'une école secondaire afin de vérifier la clarté des énoncés. L'échelle de mesure comprend 15 énoncés au total et la première dimension comporte sept énoncés, la deuxième six énoncés et la troisième deux énoncés. Les énoncés sont cotés sur une échelle à quatre choix de réponses de type Likert variant de jamais à souvent. Les participants devaient cocher la case qui représentait le mieux leur situation. Nous retrouvons des énoncés comme *durant les six derniers mois, combien de fois as-tu proposé d'utiliser un condom* ou *durant les six derniers mois, combien de fois as-tu dit à ta/ton partenaire que tu n'aurais pas de relations sexuelles sans condom*. Un score total est obtenu pour chaque dimension en additionnant les énoncés respectifs et ensuite une moyenne est calculée. Un résultat de 0 indique la non-utilisation de stratégies de négociation du condom; un résultat de 1 indique une seule utilisation; un résultat de 2 indique quelques utilisations et un résultat de 3 indique des utilisations fréquentes. L'échelle utilisée pour cette étude possède une cohérence interne adéquate (alpha de Cronbach = 0.60 à 0.72), les valeurs pour chaque dimension ont été calculées.

3.8.4 Utilisation du condom

Afin de mesurer la variable de l'utilisation du condom lors des relations sexuelles, un questionnaire autoadministré intitulé *Comportements sexuels* a été utilisé en prétest (voir annexe V) et en posttest (voir annexe IX). L'instrument a été bâti par l'étudiante chercheuse et la constitution des questions est inspirée d'une étude sur le comportement sexuel, les attitudes et les connaissances en lien avec les ITSS réalisée au Québec (Laghdir, 2011). Le questionnaire comprend 11 énoncés qui permettent d'obtenir des données relatives aux comportements sexuels des participants. Celui-ci contient des questions fermées dichotomiques, filtres et à choix multiples ainsi que des questions ouvertes telles que : *au cours des 12 derniers mois, as-tu utilisé le condom lors de tes relations sexuelles?* ou *as-tu déjà attrapé une ITSS?* Le questionnaire été prétesté auprès de dix jeunes âgés de 16 à 17 ans d'une école secondaire afin de vérifier la clarté des énoncés. Par la suite, le

questionnaire a été examiné par deux sexologues et deux infirmières œuvrant en milieu scolaire afin d'évaluer la validité de contenu.

3.9 PLAN D'ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 25.0 à partir des données recueillies auprès des 80 participants ayant rempli les questionnaires autoadministrés à trois reprises. Des analyses descriptives telles que la distribution de fréquences, des mesures de tendance centrale (moyenne) et de dispersion (écart type) ont été effectuées afin de décrire et de comparer les caractéristiques des participants pour chacun des deux groupes. Selon le type et en fonction des variables, le test T de Student (variables continues), le test du Khi-Carré (variables nominales) et le test de Mann-Whitney (variables ordinales) ont été utilisés pour comparer les comportements associés à la sexualité des jeunes entre les deux groupes et pour vérifier l'équivalence des groupes en pré-intervention. Afin de répondre à la question de recherche, nous avons vérifié neuf hypothèses. Pour vérifier les hypothèses concernant les connaissances des ITSS, le test T apparié, le test T de Student et le test ANOVA à mesures répétées ont été utilisés. Ensuite, le test T apparié et le test T de Student ont été employés afin de vérifier les hypothèses liées aux attitudes à propos du condom et celles liées aux stratégies de négociation du condom. Finalement, les hypothèses concernant l'utilisation du condom ont été vérifiées à l'aide du test de Wilcoxon apparié et du test du Khi-Carré.

3.10 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Afin de répondre aux normes et principes en vigueur de la politique d'éthique avec les êtres humains, le projet a été présenté au comité d'éthique de la recherche de l'UQAR. Le certificat qui autorise la réalisation de ce projet de recherche a été émis en novembre 2016 et il porte le numéro CÉR-93-670 (voir annexe XVII).

Le formulaire de consentement, préalablement reçu, a été signé et remis aux participants par l'étudiante chercheuse lors de la première rencontre. En participant au projet de recherche, les jeunes ont eu l'occasion de réfléchir à leurs propres comportements sexuels. Ils ont aussi contribué à fournir une piste de solution concernant des stratégies de prévention des ITSS. Les participants n'ont couru aucun risque ou inconvénient en particulier, mis à part le fait d'avoir dû s'absenter pendant les heures de cours et d'avoir donné de leur temps afin d'assister aux rencontres. Lorsque les données ont été compilées et analysées, un résumé des résultats de l'étude a été envoyé par courriel à chacun des participants.

L'information liée aux participants est demeurée confidentielle en tout temps. Aucune donnée ne peut permettre d'identifier les participants. Afin d'assurer la confidentialité des renseignements et de préserver l'identité des participants, ceux-ci ont été identifiés par un numéro de code. Une liste associant le code aux renseignements personnels des participants est conservée par l'étudiante chercheuse responsable du projet de recherche dans un fichier indépendant dans un ordinateur sécurisé. Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques. Cependant, aucune publication ne renfermera des informations qui permettraient d'identifier les participants. Tous les documents réalisés et remplis au cours de cette recherche sont conservés dans un classeur verrouillé à l'intérieur du bureau de l'étudiante chercheuse. Après un délai de cinq ans, ils seront détruits de façon sécuritaire.

3.11 CRITÈRES DE RIGUEUR

Le devis quasi-expérimental est conçu de manière à établir des relations de causalité entre les variables (Grove et al., 2013). Par le contrôle des facteurs d'invalidité interne et externe, l'étudiante chercheuse s'assure de la valeur de l'expérimentation et est en mesure de démontrer la relation de cause à effet entre la variable indépendante et la variable dépendante (Fortin & Gagnon, 2016). Cela suppose l'examen systématique des obstacles pouvant se présenter. Pour cette étude, la randomisation des participants n'a pas été possible

en raison de la contamination possible entre les sujets d'une même école. Cependant cet aspect est limité par la mise en place de critères d'inclusion et par les questionnaires qui serviront à comparer la population des deux groupes.

Ensuite, l'utilisation de questionnaires confidentiels peut amener une modification des réponses des participants. La dépersonnalisation et la codification des données sont des mesures prises afin de contrôler cet aspect. L'enseignement récent sur la prévention des ITSS est un autre facteur qui est contrôlé par la mise en place du critère d'inclusion : de ne pas avoir suivi le cours optionnel *Réflexion sur la sexualité humaine* entre 2014 et 2016. Le milieu naturel et l'environnement peuvent influencer la situation de recherche et les résultats. Afin de contrôler ce facteur, le même local est utilisé durant le processus et le temps alloué est respecté.

La désirabilité sociale peut aussi engendrer des réponses favorables des participants qui voulaient faire plaisir à l'étudiante chercheuse qui est connue comme l'infirmière de leur milieu scolaire. Pour pallier à ce biais, les participants ont reçu des explications claires de l'objectif de l'étude et ont reçu l'information que leurs réponses n'auront aucun impact sur les services dispensés par l'infirmière scolaire. Il faut aussi considérer le facteur de situation de mesure. Donc, le fait d'utiliser des mesures avant l'application de la variable indépendante peut influencer les réponses des participants et avoir une incidence sur les résultats des mesures prises après l'intervention.

Les facteurs historiques peuvent avoir une influence sur les résultats des variables dépendantes. En effet, il est important de considérer le fait que les participants peuvent voir des campagnes de sensibilisation, des événements dans les médias ou des informations sur Internet liés aux ITSS pendant l'expérimentation. Ce chapitre a présenté la méthodologie utilisée pour réaliser ce projet de recherche. Le chapitre suivant présente les résultats issus de la collecte de données.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Ce chapitre traite des résultats obtenus lors de cette étude. D'abord, les caractéristiques des participants et les analyses descriptives sont présentées. Ensuite, les résultats issus du questionnaire sur les comportements associés à la sexualité des jeunes sont décrits. Finalement, nous exposons les résultats permettant de répondre à la question de recherche, soit : « Quel est l'effet d'un programme de prévention en ligne *Les ITSS de A à Z!* sur les connaissances des ITSS, les attitudes à propos du condom, les stratégies de négociation du condom et l'utilisation du condom chez les jeunes de 16-24 ans? ».

4.1 CARACTÉRISTIQUES DES GROUPES AU PRÉTEST

4.1.1 Caractéristiques des participants

Lors du recrutement, 85 personnes désirant participer à cette étude ont remis leur formulaire de consentement. Cinq participants ont dû être exclus, ne répondant pas aux critères d'éligibilité. Trois candidats avaient plus de 24 ans. Un élève avait déjà suivi le cours optionnel *Réflexion sur la sexualité humaine* en 2015 et une personne étudiait à temps partiel et était présente seulement cinq heures par semaine au centre. Parmi les participants répondant aux critères de sélection, aucun ne s'est retiré de l'étude. L'échantillon est composé de 80 jeunes âgés de 16 à 24 ans, dont 40 participants dans le groupe expérimental et 40 participants dans le groupe contrôle (Figure 5).

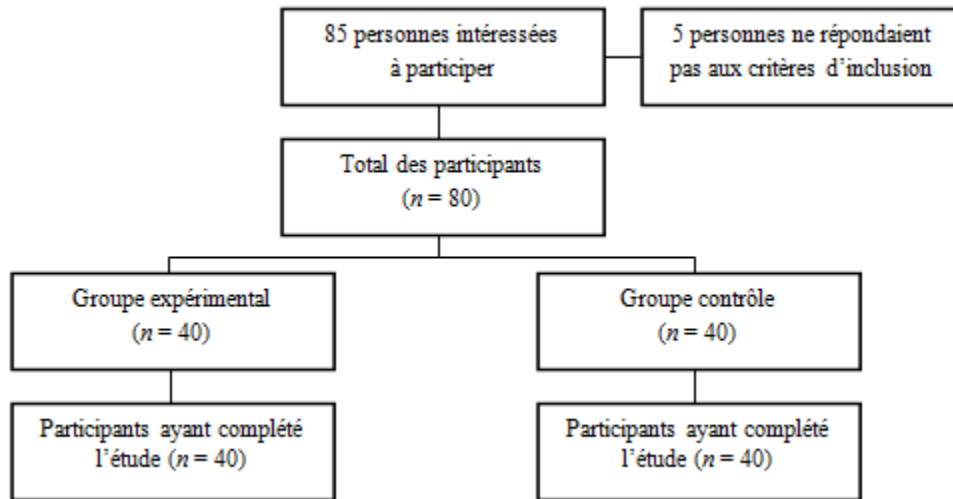


Figure 5 : Diagramme de l'échantillon aux différentes étapes de l'étude

En pré-intervention, nous avons effectué une comparaison des caractéristiques des participants afin de vérifier l'équivalence des groupes pour s'assurer de la fiabilité des relations de causalité entre les variables dépendantes (Tableau 6). L'âge moyen des jeunes ayant participé à l'étude est de 19 ans et la proportion de filles et de garçons est semblable dans chacun des groupes ($\chi^2[1, n = 80] = 0,202, p = 0,653$). La majorité des jeunes du groupe expérimental (72 %) et du groupe contrôle (62 %) déclarent être en couple. Près de 50 % des participants des deux groupes ($n = 80$) ont complété leur secondaire quatre et environ 15 % révèlent n'avoir terminé que des études de niveau primaire. D'ailleurs, les groupes ne diffèrent pas statistiquement pour cette variable ($p > 0,05$). Il est à noter que seulement 30 %, soit 23 participants, indiquent avoir reçu de l'information sur les ITSS dans les 12 derniers mois et ce pourcentage ne diffère pas de façon significative selon les groupes ($\chi^2[1, n = 80] = 0,549, p = 0,459$). Parmi ceux-ci ($n = 23$), environ 40 % ont reçu l'information dans un cours à l'école, 40 % déclarent avoir reçu l'information soit par Internet, lors d'une conférence ou par la télévision et, finalement, 20 % mentionnent avoir reçu l'information par un professionnel de la santé.

Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques des participants entre les deux groupes au prétest

| Variables | GE (n = 40) | GC (n = 40) | Test du Khi-Carré | | |
|--|----------------|----------------|----------------------|--------|-------|
| | | | p | | |
| Sexe | | | | | |
| Filles | 21 (53) | 23 (58) | 0,202 | | 0,653 |
| Garçons | 19 (47) | 17 (42) | | | |
| Statut | | | | | |
| Célibataire | 11 (28) | 15 (38) | 0,912 | | 0,340 |
| En couple | 29 (72) | 25 (62) | | | |
| Information ITSS (12 derniers mois) | | | | | |
| Oui | 13 (33) | 10 (25) | 0,549 | | 0,459 |
| Non | 27 (67) | 30 (75) | | | |
| Endroit information ITSS | (n = 13) | (n = 10) | | | |
| Cours à l'école | 5 (40) | 4 (40) | 0,936 | | 0,919 |
| Internet | 2 (15) | 1 (10) | | | |
| Conférence | 2 (15) | 1 (10) | | | |
| Télévision | 2 (15) | 1 (10) | | | |
| Professionnel santé | 2 (15) | 3 (30) | | | |
| | | | | | |
| | | | Test de Mann-Whitney | | |
| | n (%) | n (%) | U | z | p |
| Degré scolarité complété | | | | | |
| Primaire | 8 (20) | 4 (10) | 760,0 | -0,410 | 0,682 |
| Secondaire 1 | 2 (5) | 3 (8) | | | |
| Secondaire 2 | 4 (10) | 5 (12) | | | |
| Secondaire 3 | 7 (18) | 9 (23) | | | |
| Secondaire 4 | 19 (47) | 19 (47) | | | |
| Durée information ITSS | (n = 13) | (n = 10) | | | |
| 1-15 minutes | 5 (40) | 3 (30) | 61,5 | -0,225 | 0,822 |
| 16-30 minutes | 2 (15) | 2 (20) | | | |
| 31-60 minutes | 4 (30) | 5 (50) | | | |
| 61-120 minutes | 2 (15) | 0 (0) | | | |
| | | | | | |
| | | | Test T de Student | | |
| | M (ÉT) | M (ÉT) | t | p | |
| Âge | 19 (1,9) | 19 (2,4) | 1,617 | 0,110 | |

Note. GE = groupe expérimental.

GC = groupe contrôle.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

Les groupes ne diffèrent pas statistiquement quant à l'endroit où les jeunes ont reçu l'information sur les ITSS ($\chi^2[4, n = 23] = 0,936, p = 0,919$). Parmi ces participants

($n = 23$), 40 % affirment avoir reçu entre 31 et 60 minutes d'information sur les ITSS et 35 % ont reçu seulement 15 minutes et moins dans la dernière année. D'ailleurs, les groupes ne diffèrent pas statistiquement pour cette variable ($p > 0,05$).

Selon les résultats des graphiques effectués avec le logiciel SPSS, la distribution des données suit une courbe normale pour toutes les variables. L'analyse des données indique que les groupes ne diffèrent pas statistiquement quant aux caractéristiques sociodémographiques. Comme les valeurs p sont toutes $> 0,05$, nous pouvons donc conclure à une équivalence des groupes expérimental et contrôle.

4.1.2 Comportements associés à la sexualité des jeunes

Afin de vérifier l'équivalence des groupes expérimental et contrôle, nous avons aussi dressé un profil des comportements associés à la sexualité des jeunes avant l'intervention (Tableau 7). Trente-trois participants du groupe expérimental et 33 participants du groupe contrôle déclarent avoir déjà eu une relation sexuelle, ce qui représente 83 % de l'échantillon total ($n = 80$). La proportion de filles et de garçons ayant déjà eu une relation sexuelle est semblable dans les deux groupes ($\chi^2[1, n = 80] = 0,601, p = 0,438$). L'âge moyen des jeunes lors de leur première relation sexuelle est de 15 ans, soit le même pour chacun des groupes. Au total, 62 participants actifs sexuellement ($n = 66$) donc plus de 90 % déclarent avoir eu une relation sexuelle dans les 12 derniers mois. Parmi ces 62 participants, la majorité (61 %) affirme avoir eu un partenaire dans la dernière année tandis que 21 % des participants révèlent en avoir eu deux et 10 % déclarent en avoir eu trois. Toutefois, seulement cinq participants ont eu quatre partenaires ou plus dans les 12 derniers mois. Nous constatons que les groupes ne diffèrent pas statistiquement quant au nombre de partenaires ($\chi^2[3, n = 62] = 1,920, p = 0,589$). Parmi les participants actifs sexuellement ($n = 62$), 63 % soit 39 jeunes déclarent utiliser le condom lors de relations sexuelles ($\chi^2[1, n = 62] = 0,210, p = 0,647$).

Tableau 7 : Comparaison des comportements associés à la sexualité entre les deux groupes au prétest

| Variables | GE | GC | Test du Khi-Carré | |
|--|------------------|------------------|-------------------|-------|
| | (n = 40) | (n = 40) | X^2 | p |
| Déjà eu relation(s) sexuelle(s) | <i>n</i> (%) | <i>n</i> (%) | | |
| Oui | 33 (83) | 33 (83) | 0,000 | 1,000 |
| Non | 7 (17) | 7 (17) | | |
| Déjà eu relation(s) sexuelle(s) selon le sexe | (<i>n</i> = 33) | (<i>n</i> = 33) | | |
| Filles | 20 (60) | 23 (70) | 0,601 | 0,438 |
| Garçons | 13 (40) | 10 (30) | | |
| Moyens contraception (filles) | (<i>n</i> = 20) | (<i>n</i> = 23) | | |
| Aucun | 3 (14) | 4 (17) | 7,401 | 0,285 |
| Pilule | 7 (33) | 14 (61) | | |
| Timbre | 2 (10) | 2 (9) | | |
| Anneau vaginal | 2 (10) | 2 (9) | | |
| Contraceptif injectable | 3 (14) | 1 (4) | | |
| Stérilet | 2 (10) | 0 (0) | | |
| Condom masculin | 1 (5) | 0 (0) | | |
| Condom féminin | 0 (0) | 0 (0) | | |
| Autres | 0 (0) | 0 (0) | | |
| Condom contraception (garçons) | (<i>n</i> = 13) | (<i>n</i> = 10) | | |
| Oui | 6 (46) | 4 (40) | 0,089 | 0,765 |
| Non | 7 (54) | 6 (60) | | |
| Déjà eu ITSS | (<i>n</i> = 33) | (<i>n</i> = 33) | | |
| Oui | 1 (3) | 1 (3) | 0,000 | 1,000 |
| Non | 32 (97) | 32 (97) | | |
| Nom ITSS | (<i>n</i> = 1) | (<i>n</i> = 1) | | |
| Chlamydia | 1 (100) | 1 (100) | | |
| Utilisation condom | (<i>n</i> = 32) | (<i>n</i> = 30) | | |
| Oui | 21(66) | 18(60) | 0,210 | 0,647 |
| Non | 11(34) | 12(40) | | |

Note. GE = groupe expérimental.

GC = groupe contrôle.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

Tableau 7 : Comparaison des comportements associés à la sexualité entre les deux groupes au prétest (suite)

| Variables | GE | GC | Test T de Student | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------|----------|
| | (n = 40) | (n = 40) | | | |
| | <i>M (ÉT)</i> | <i>M (ÉT)</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | |
| Âge première relation sexuelle | (n = 33) 15 (2,3) | (n = 33) 15 (1,8) | 1,065 | 0,294 | |
| | <i>n (%)</i> | <i>n (%)</i> | Test du Khi-Carré | | |
| | | | <i>X²</i> | <i>p</i> | |
| Relation(s) sexuelle(s) (12 derniers mois) | (n = 33) | (n = 33) | | | |
| Oui | 32 (97) | 30 (91) | 1,065 | 0,302 | |
| Non | 1 (3) | 3 (9) | | | |
| Nombre partenaire(s) (12 derniers mois) | (n = 32) | (n = 30) | | | |
| 1 partenaire | 18 (56) | 20 (67) | 1,920 | 0,589 | |
| 2 partenaires | 7 (22) | 6 (20) | | | |
| 3 partenaires | 3 (9) | 3 (10) | | | |
| 4 partenaires ou plus | 4 (13) | 1 (3) | | | |
| | <i>n (%)</i> | <i>n (%)</i> | Test de Mann-Whitney | | |
| | | | <i>U</i> | <i>z</i> | <i>p</i> |
| Fréquence alcool avant relation sexuelle | (n = 32) | (n = 30) | | | |
| Jamais | 15 (47) | 15 (50) | 468,5 | -0,181 | 0,857 |
| Parfois | 16 (50) | 11 (37) | | | |
| Souvent | 1 (3) | 4 (13) | | | |
| Toujours | 0 (0) | 0 (0) | | | |
| Fréquence drogue avant relation sexuelle | (n = 32) | (n = 30) | | | |
| Jamais | 23 (72) | 19 (63) | 435,5 | -0,736 | 0,445 |
| Parfois | 7 (22) | 8 (27) | | | |
| Souvent | 2 (6) | 2 (7) | | | |
| Toujours | 0 (0) | 1 (3) | | | |

Note. GE = groupe expérimental.

GC = groupe contrôle.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

Environ 50 % des participants actifs sexuellement ($n = 62$) affirment ne jamais consommer de l'alcool avant une relation sexuelle et près de la moitié en consomme parfois.

Les données sont semblables pour chacun des groupes qui ne diffèrent pas statistiquement sur cet aspect ($U[m = 32, n = 30] = 468,5, p = 0,857$). En ce qui concerne la consommation de drogue, la majorité des participants ($n = 62$) c'est-à-dire 68 % déclarent ne jamais en consommer avant une relation sexuelle. Environ 25 % des jeunes en consomment parfois et 6 % affirment en consommer souvent. Nous constatons qu'un participant révèle consommer toujours de la drogue avant d'avoir une relation sexuelle. Selon les résultats obtenus, les groupes ne diffèrent pas statistiquement pour cette variable ($U[m = 32, n = 30] = 435,5, p = 0,445$).

Les données relatives quant aux moyens de contraception utilisés par les filles actives sexuellement des deux groupes ($n = 43$) indiquent que près de 50 % des participantes affirment prendre la pilule. Le timbre, l'anneau vaginal et le contraceptif injectable sont des moyens qui sont utilisés en proportion égale pour un total de 27 %. Le stérilet est choisi par 16 % des filles et l'utilisation du condom comme moyen de contraception arrive en dernier avec seulement 2 %. Finalement, 7 % des filles actives sexuellement n'utilisent aucun moyen de contraception. Nous observons que les groupes ne diffèrent pas statistiquement quant aux moyens de contraception utilisés par les filles ($\chi^2[6, n = 44] = 7,401, p = 0,285$). Quant aux garçons sexuellement actifs ($n = 36$), il est intéressant de constater que près de la moitié de ceux-ci utilisent le condom comme moyen de contraception et en même temps cette utilisation prévient la prévention des ITSS. La différence du pourcentage entre les filles (2 %) et celui des garçons (50 %) quant à l'utilisation du condom peut s'expliquer par le fait que les filles ont davantage de choix de moyens que les garçons. D'ailleurs, les groupes ne diffèrent pas statistiquement pour cette variable ($\chi^2[1, n = 36] = 0,089, p = 0,765$). Les résultats recueillis démontrent que parmi les jeunes qui ont déjà eu une relation sexuelle, un participant dans chacun des groupes a déclaré avoir déjà contracté une ITSS, soit la chlamydia.

Les résultats de l'analyse de ces variables démontrent que les groupes ne diffèrent pas statistiquement ($p > 0,05$), nous pouvons donc conclure à une équivalence des groupes expérimental et contrôle concernant les comportements associés à la sexualité des jeunes.

4.2 EFFETS DU PROGRAMME EN LIGNE *LES ITSS DE A À Z !* SUR LES CONNAISSANCES, LES ATTITUDES ET LES COMPORTEMENTS

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons analysé les variables suivantes : connaissances des ITSS, attitudes à propos du condom, stratégies de négociation du condom et utilisation du condom. Le test T apparié, le test T de Student, le test du Khi-Carré, le test de Wilcoxon apparié et le test ANOVA à mesures répétées ont été utilisés pour vérifier les hypothèses concernant les variables dépendantes avec un seuil de signification fixé à 0,05.

4.2.1 Effet du programme sur les connaissances des ITSS

La première hypothèse qui stipule que les jeunes de 16-24 ans ayant suivi le programme de prévention en ligne *ITSS de A à Z !* obtiendront de meilleurs scores au test de connaissances des ITSS après avoir suivi le programme est confirmée par les résultats du test T apparié (Tableau 8). La moyenne du score au test de connaissances du groupe expérimental a augmenté de façon significative de 11,7 % ($p < ,001$), passant de 59,8 % en pré-intervention à 71,5 % un mois post-intervention. Il n'y a pas de différence significative entre le temps 1 (58,5 %) et le temps 2 (59,4 %) pour le groupe contrôle ($t[39] = 1,267$, $p = 0,213$).

Tableau 8 : Comparaison du score au test de connaissances des ITSS aux temps 1 et 2 en fonction du groupe

| Variables Groupes | Temps 1 | | Temps 2 | | Test T apparié | |
|-----------------------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------------|----------|
| | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
| Connaissances ITSS (%) | | | | | | |
| GE (n = 40) | 59,8 | 11,0 | 71,5 | 7,6 | 10,403 | 0,000** |
| GC (n = 40) | 58,5 | 9,8 | 59,4 | 10,0 | 1,267 | 0,213 |

Note. GE = groupe expérimental.

GC = groupe contrôle.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

La deuxième hypothèse qui stipule que les jeunes de 16-24 ans ayant suivi le programme de prévention en ligne obtiendront de meilleurs scores au test de connaissances des ITSS que le groupe de jeunes n'ayant pas suivi le programme est confirmée par les résultats du test T de Student (Tableau 9). Les participants des deux groupes ($n = 80$) avaient un score moyen semblable, soit environ 59 %, au test des connaissances des ITSS au prétest ($t[78] = 0,537$, $p = 0,554$). Cependant, les jeunes qui ont suivi le programme de prévention ($n = 40$) ont obtenu de meilleurs scores au posttest de connaissances des ITSS avec une moyenne de 71,5 % comparativement à 59,4 % pour le groupe contrôle ($n = 40$). Ce qui représente une différence significative d'environ 12 % ($t[78] = 6,085$, $p < 0,001$).

Tableau 9 : Comparaison du score au test de connaissances des ITSS entre les deux groupes aux temps 1 et 2

| Variables | GE ($n = 40$) | | GC ($n = 40$) | | Test T de Student | |
|-------------------------------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-------------------|----------|
| | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
| Connaissances ITSS (%) | | | | | | |
| Temps 1 | 59,8 | 11,0 | 58,5 | 9,8 | 0,537 | 0,554 |
| Temps 2 | 71,5 | 7,6 | 59,4 | 10,0 | 6,085 | 0,000** |

Note. * GE = groupe expérimental.

GC = groupe contrôle.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

La troisième hypothèse qui stipule que l'augmentation du score au test de connaissances des ITSS des jeunes de 16-24 ans ayant suivi le programme de prévention en ligne persistera dans le temps est confirmée par les résultats du test d'ANOVA à mesures répétées. La comparaison des résultats du score au test des connaissances des ITSS entre les trois temps de mesure, soit en pré-intervention ainsi qu'un et trois mois post-intervention pour les deux groupes, est présentée au Tableau 10. Le score moyen des connaissances des ITSS du groupe expérimental a augmenté de façon significative un mois après l'intervention (71,5 %) et est demeuré stable trois mois plus tard (71,7 %). L'interaction des trois temps de mesure des résultats du test de connaissances des ITSS des participants qui ont reçu le

programme est significative ($F[1,045] = 108,059, p < 0,001$). Comparativement aux scores des participants du groupe contrôle qui indiquent qu'il n'y a pas de différence significative (moins de 1 %) des connaissances des ITSS tout au long du processus de recherche ($F[1,337] = 1,160, p = 0,303$).

Tableau 10 : Comparaison du score au test de connaissances des ITSS entre les trois temps de mesure en fonction du groupe

| Variables Groupes | Temps 1 | | Temps 2 | | Temps 3 | | Test ANOVA à mesures répétées | |
|-----------------------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------------------------------|----------|
| | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>F</i> | <i>p</i> |
| Connaissances ITSS (%) | | | | | | | | |
| GE (n = 40) | 59,8 | 11,0 | 71,5 | 7,6 | 71,7 | 7,5 | 108,059 | 0,000** |
| GC (n = 40) | 58,5 | 9,8 | 59,4 | 10,0 | 58,9 | 9,3 | 1,160 | 0,303 |

Note. GE = groupe expérimental.

GC = groupe contrôle.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

Comme l'indiquent les résultats du Tableau 11, la différence de moyenne du score au test de connaissances des ITSS est de 0,2 % entre la mesure du temps 2 et 3 pour le groupe expérimental. Ce résultat ne diffère pas statistiquement, démontrant que l'effet du programme permet de maintenir un niveau de connaissances des jeunes équivalent entre les temps 2 et 3 ($F[1] = 10,403, p = 0,970$). Pour le groupe contrôle, aucune différence significative entre les moyennes des trois temps n'est observée ($p > 0,05$).

Tableau 11 : Comparaison des différences de moyennes du score au test des connaissances des ITSS entre les temps de mesure en fonction du groupe

| Variables Groupes | Test post-hoc ANOVA à mesures répétées Test de Bonferroni | | | | | |
|-----------------------------------|--|----------|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| | Différence moyenne T1-T2 | | Différence moyenne T1-T3 | | Différence moyenne T2-T3 | |
| | <i>M</i> | <i>p</i> | <i>M</i> | <i>p</i> | <i>M</i> | <i>p</i> |
| Connaissances ITSS (%) | | | | | | |
| GE (n = 40) | 11,7 | 0,000** | 11,9 | 0,000** | 0,2 | 0,970 |
| GC (n = 40) | 0,9 | 0,638 | 0,4 | 0,590 | 0,5 | 1,000 |

Note. GE = groupe expérimental.

GC = groupe contrôle.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

Les résultats des connaissances des ITSS pour les trois temps de mesure en fonction du groupe sont représentés graphiquement à la Figure 6.

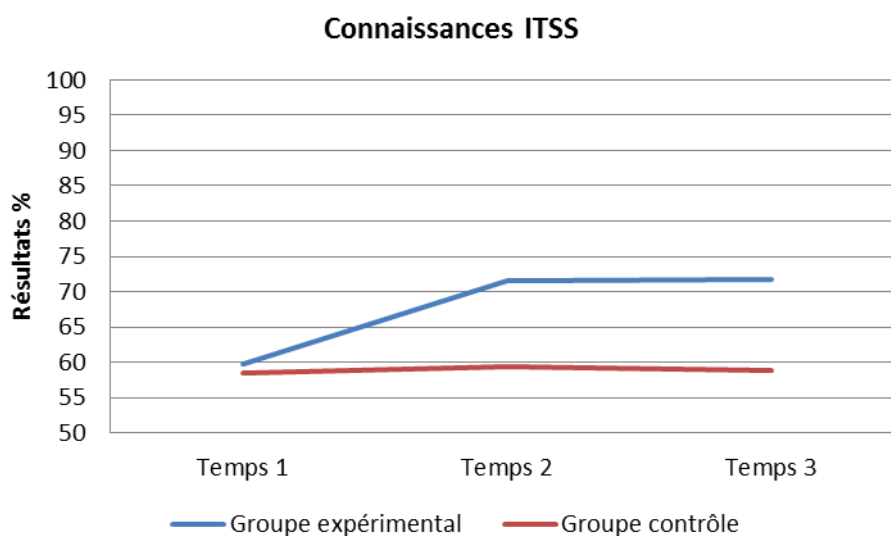


Figure 6 : Graphique de la moyenne des résultats des connaissances des ITSS pour les trois temps de mesure en fonction du groupe

4.2.2 Effet du programme sur les attitudes à propos du condom

La quatrième hypothèse qui stipule que les jeunes de 16-24 ans ayant suivi le programme de prévention en ligne présenteront une attitude plus positive à propos du condom après avoir suivi le programme est confirmée par les résultats du test T apparié (Tableau 12). Nous avons analysé les cinq dimensions séparément en ce qui concerne les attitudes des participants à propos du condom. Les résultats obtenus des moyennes entre 1 et 3 indiquent que les participants sont en désaccord avec les énoncés liés aux dimensions, un résultat de 4, ils sont neutres, et entre 5 et 7, ils sont en accord avec les énoncés.

Au prétest, les participants du groupe expérimental sont légèrement d'accord (5,1) avec les énoncés à propos de la fiabilité des condoms et après avoir suivi le programme, ils ont répondu être d'accord (6,3) ($t[39] = 7,790, p < 0,001$). Quant aux énoncés concernant le plaisir sexuel relié à l'utilisation du condom, les jeunes sont neutres, passant de 4,1 en pré-intervention à 4,3 en post-intervention. Cette différence de 0,2 est significative, cependant elle est minime ($t[39] = 3,339, p = 0,002$). Les participants de ce groupe sont davantage en accord après avoir suivi le programme au regard des énoncés à propos des préjugés associés aux personnes qui proposent ou utilisent le condom. D'ailleurs, une différence significative de 0,7 est notée ($t[39] = 4,553, p < 0,001$). De plus, la moyenne obtenue concernant les énoncés de l'embarras lié à l'utilisation du condom a augmenté de façon significative ($p < 0,001$), passant de 5,0 (légèrement en accord) en pré-intervention à 6,1 (d'accord) en post-intervention. Ce qui signifie que les jeunes sont davantage en accord, donc moins embarrassés d'utiliser le condom. Finalement, concernant les énoncés quant à l'embarras associé à l'achat de condom, les participants ont répondu 4,8 (neutre) au prétest et ont répondu 5,3 (légèrement en accord) après l'intervention. Une augmentation significative de 0,5 est notée ($t[39] = 6,009, p < 0,001$). Ce qui signifie que les jeunes sont moins gênés d'acheter des condoms. Pour ce qui est des participants du groupe contrôle, aucune différence significative n'est remarquée en pré et post-intervention pour les cinq dimensions concernant les attitudes à propos du condom ($p > 0,05$).

Tableau 12 : Comparaison des attitudes à propos du condom aux temps 1 et 3 en fonction du groupe

| Groupes | Variables | Temps 1 | | Temps 3 | | Test T apparié | |
|--------------------|------------------------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------------|----------|
| | | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
| | Attitudes propos condom | | | | | | |
| GE (n = 40) | Fiabilité | 5,1 | 0,9 | 6,3 | 0,4 | 7,790 | 0,000** |
| | Plaisir | 4,1 | 1,1 | 4,3 | 1,0 | 3,339 | 0,002* |
| | Préjugés | 6,0 | 1,1 | 6,7 | 0,5 | 4,553 | 0,000** |
| | Utilisation | 5,0 | 1,2 | 6,1 | 0,7 | 7,338 | 0,000** |
| | Achat | 4,8 | 1,0 | 5,3 | 0,9 | 6,009 | 0,000** |
| GC (n = 40) | Fiabilité | 5,5 | 1,0 | 5,7 | 0,9 | 1,185 | 0,243 |
| | Plaisir | 3,7 | 1,0 | 3,9 | 1,3 | 1,143 | 0,260 |
| | Préjugés | 6,1 | 0,8 | 6,1 | 0,8 | 0,035 | 0,972 |
| | Utilisation | 5,2 | 1,0 | 5,3 | 0,9 | 0,532 | 0,348 |
| | Achat | 4,6 | 1,5 | 4,6 | 1,5 | -0,090 | 0,929 |

Note. GE = groupe expérimental.

GC = groupe contrôle.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

La cinquième hypothèse qui stipule que les jeunes de 16-24 ans ayant suivi le programme de prévention en ligne présenteront une attitude plus positive à propos du condom que le groupe de jeunes n'ayant pas suivi le programme est confirmée par les résultats du test T de Student (Tableau 13). En comparant les résultats des deux groupes au temps 3, nous constatons que les jeunes qui ont suivi le programme présentent une attitude plus positive à l'égard de quatre dimensions sur cinq ($p < 0,05$) par rapport aux jeunes du groupe contrôle ($p > 0,05$). Nous notons une différence significative de 0,6 concernant la dimension de la fiabilité ($t[78] = 1,828$, $p = 0,001$), une différence significative de 0,6 concernant la dimension des préjugés ($t[78] = 3,950$, $p < 0,001$), une différence significative de 0,8 concernant la dimension de l'utilisation ($t[78] = 3,804$, $p < 0,001$) et une différence significative de 0,7 concernant la dimension de l'achat ($t[78] = 2,403$, $p = 0,019$). Cependant, les participants des deux groupes affirment avoir une attitude neutre concernant le plaisir lié à l'utilisation du condom avant et après l'intervention, d'ailleurs les groupes ne diffèrent pas statistiquement pour cette variable ($t[39] = 1,148$, $p = 0,152$).

Tableau 13 : Comparaison des attitudes à propos du condom entre les deux groupes aux temps 1 et 3

| Groupes | Variables | GE (n = 40) | | GC (n = 40) | | Test T de Student | |
|--------------------------------|-------------|-------------|-----|-------------|-----|-------------------|---------|
| | | M | ÉT | M | ÉT | t | p |
| Attitudes propos condom | | | | | | | |
| Temps 1 | Fiabilité | 5,1 | 0,9 | 5,5 | 1,0 | -1,735 | 0,087 |
| | Plaisir | 4,1 | 1,1 | 3,7 | 1,0 | 1,678 | 0,097 |
| | Préjugés | 6,0 | 1,1 | 6,1 | 0,8 | -0,499 | 0,619 |
| | Utilisation | 5,0 | 1,2 | 5,2 | 1,0 | -0,611 | 0,543 |
| | Achat | 4,8 | 1,0 | 4,6 | 1,5 | 0,528 | 0,599 |
| Temps 3 | Fiabilité | 6,3 | 0,4 | 5,7 | 0,9 | 1,828 | 0,001* |
| | Plaisir | 4,3 | 1,0 | 3,9 | 1,3 | 1,448 | 0,152 |
| | Préjugés | 6,7 | 0,5 | 6,1 | 0,8 | 3,950 | 0,000** |
| | Utilisation | 6,1 | 0,7 | 5,3 | 0,9 | 3,804 | 0,000** |
| | Achat | 5,3 | 0,9 | 4,6 | 1,5 | 2,403 | 0,019* |

Note. GE = groupe expérimental.

GC = groupe contrôle.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

Les résultats des attitudes à propos du condom pour les deux temps de mesure en fonction du groupe sont représentés graphiquement à la Figure 7.

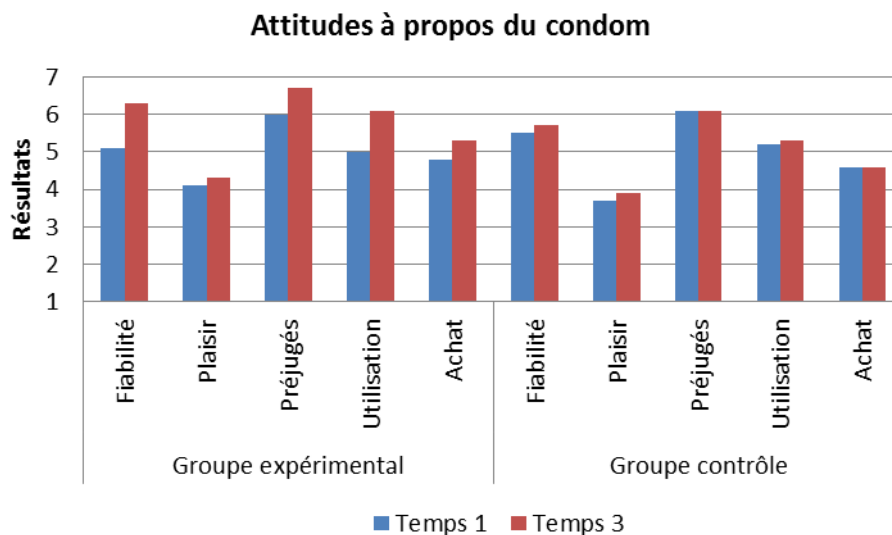


Figure 7 : Graphique de la moyenne des résultats des attitudes à propos du condom pour les deux temps de mesure en fonction du groupe

4.2.3 Effet du programme sur les stratégies de négociation du condom

La sixième hypothèse qui stipule que les jeunes de 16-24 ans ayant suivi le programme de prévention en ligne rapporteront utiliser davantage de stratégies de négociation du condom après avoir suivi le programme est confirmée par les résultats du test T apparié (Tableau 14). L'échelle concernant les stratégies de négociation du condom a permis d'obtenir les résultats des trois dimensions, soit l'information sur les risques, la communication directe verbale et non verbale et l'insistance de l'utilisation du condom. Pour chacune des dimensions, notons qu'un résultat de 0 indique que les participants n'ont jamais utilisé de stratégies de négociation du condom. Ensuite, la moyenne de 1 indique qu'ils en ont utilisé une seule fois, un résultat de 2, quelques fois, et 3, souvent. Pour le groupe expérimental, les résultats des trois dimensions démontrent que les participants ont passé d'une seule utilisation de stratégies de négociation du condom à quelques utilisations entre les temps de mesure 1 et 3 ($p < 0,001$). Quant aux participants du groupe contrôle, aucune différence significative n'est notée qu'en pré et post-intervention pour les trois dimensions ($p > 0,05$).

Tableau 14 : Comparaison des stratégies de négociation du condom aux temps 1 et 3 en fonction du groupe

| Groupes | Variables | Temps 1 | | Temps 3 | | Test T apparié | |
|--------------------|--------------------------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------------|----------|
| | | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
| | Stratégies négociation condom | | | | | | |
| GE (n = 21) | Information | 1,3 | 0,7 | 2,4 | 0,5 | 6,136 | 0,000** |
| | Communication | 1,3 | 0,6 | 2,0 | 0,4 | 5,377 | 0,000** |
| | Insistance | 1,3 | 0,7 | 2,1 | 0,3 | 4,949 | 0,000** |
| GC (n = 21) | Information | 1,1 | 0,6 | 1,2 | 0,6 | 0,568 | 0,576 |
| | Communication | 1,2 | 0,8 | 1,3 | 0,6 | 0,696 | 0,494 |
| | Insistance | 1,2 | 0,7 | 1,3 | 0,7 | 0,584 | 0,566 |

Note. GE = groupe expérimental.

GC = groupe contrôle.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

La septième hypothèse qui stipule que les jeunes de 16-24 ans ayant suivi le programme de prévention en ligne rapporteront utiliser davantage de stratégies de négociation du condom que le groupe de jeunes n'ayant pas suivi le programme est confirmée par les résultats du test T de Student (Tableau 15). En comparant les stratégies de négociation du condom des deux groupes au temps 3, nous constatons que les jeunes qui ont suivi le programme utilisent davantage de stratégies de négociation du condom en post-intervention ($p < 0,001$) que les jeunes du groupe contrôle ($p > 0,05$). Nous notons qu'entre les groupes une différence significative de 1,2 concernant la dimension de l'information ($t[40] = 7,211, p < 0,001$), une différence significative de 0,7 concernant la dimension de la communication ($t[40] = 4,516, p < 0,001$) et une différence significative de 1,4 concernant la dimension de l'insistance ($t[40] = 4,941, p < 0,001$).

Tableau 15 : Comparaison des stratégies de négociation du condom entre les deux groupes aux temps 1 et 3

| Groupes | Variables | GE ($n = 21$) | | GC ($n = 21$) | | Test T de Student | |
|----------------|--------------------------------------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-------------------|----------|
| | | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
| | Stratégies négociation condom | | | | | | |
| Temps 1 | Information | 1,3 | 0,7 | 1,1 | 0,6 | 0,918 | 0,364 |
| | Communication | 1,3 | 0,6 | 1,2 | 0,8 | 0,602 | 0,550 |
| | Insistance | 1,3 | 0,7 | 1,2 | 0,7 | 0,442 | 0,661 |
| Temps 3 | Information | 2,4 | 0,5 | 1,2 | 0,6 | 7,211 | 0,000** |
| | Communication | 2,0 | 0,4 | 1,3 | 0,6 | 4,516 | 0,000** |
| | Insistance | 2,1 | 0,3 | 1,3 | 0,7 | 4,941 | 0,000** |

Note. GE = groupe expérimental.

GC = groupe contrôle.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

Les résultats des stratégies de négociation du condom pour les deux temps de mesure en fonction du groupe sont représentés graphiquement à la Figure 8.

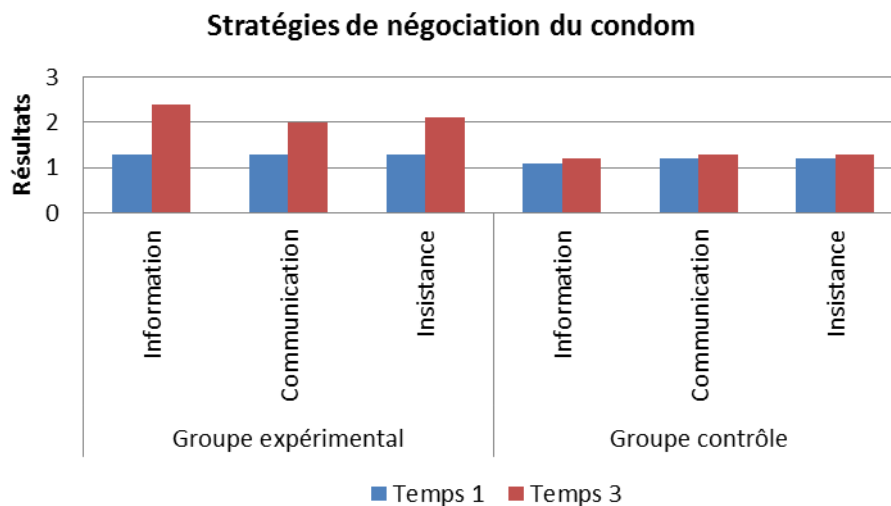


Figure 8 : Graphique de la moyenne des résultats des stratégies de négociation du condom pour les deux temps de mesure en fonction du groupe

4.2.4 Effet du programme sur l'utilisation du condom

La huitième hypothèse qui stipule que les jeunes de 16-24 ans ayant suivi le programme de prévention en ligne rapporteront utiliser davantage le condom après avoir suivi le programme est confirmée par les résultats du test Wilcoxon apparié (Tableau 16). Les résultats démontrent que l'utilisation du condom au cours des relations sexuelles par les jeunes du groupe expérimental ($n = 40$) a augmenté de façon significative, passant de 66 % (21 participants) en pré-intervention à 81 % (26 participants) trois mois post-intervention ($Z[m = 32, n = 30] = -2,336, p = 0,025$). En ce qui concerne le groupe contrôle ($n = 40$), aucune différence significative quant à l'utilisation du condom entre le temps 1 (60 %) et le temps 3 (56 %) n'est remarquée ($Z[m = 32, n = 30] = -1,000, p = 0,317$).

Tableau 16 : Comparaison de l'utilisation du condom au cours de relations sexuelles aux temps 1 et 3 en fonction du groupe

| Groupes | Variables | Temps 1 | | Temps 3 | | Test Wilcoxon apparié | |
|---------------------------|--------------------|----------|-----|----------|-----|-----------------------|----------|
| | | <i>n</i> | (%) | <i>n</i> | (%) | <i>Z</i> | <i>p</i> |
| GE (<i>n</i> = 32) | Utilisation condom | | | | | | |
| | Oui | 21 | 66 | 26 | 81 | -2,236 | 0,025* |
| Non | 11 | 34 | 6 | 19 | | | |
| GC (<i>n</i> = 30) | Oui | 18 | 60 | 17 | 56 | -1,000 | 0,317 |
| | Non | 12 | 40 | 13 | 44 | | |

Note. GE = groupe expérimental.

GC = groupe contrôle.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

La neuvième hypothèse qui stipule que les jeunes de 16-24 ans ayant suivi le programme de prévention en ligne rapporteront utiliser davantage le condom que le groupe de jeunes n'ayant pas suivi le programme est confirmée par les résultats du test du Khi-Carré (Tableau 17). En comparant les deux groupes ($n = 62$), nous constatons que les jeunes actifs sexuellement qui ont suivi le programme utilisent davantage le condom en post-intervention que les jeunes du groupe contrôle. Au temps 3, 26 jeunes du groupe expérimental ($n = 32$) déclarent utiliser le condom comparativement à 17 jeunes du groupe contrôle ($n = 30$). Une différence significative de 24 % est notée entre les groupes ($\chi^2[1] = 4,403, p = 0,036$).

Tableau 17 : Comparaison de l'utilisation du condom au cours de relations sexuelles entre les deux groupes aux temps 1 et 3

| Groupes | Variables | GE ($n = 32$) | | GC ($n = 30$) | | Test du Khi-Carré | |
|----------------|-----------|-----------------|-----|-----------------|-----|-------------------|--------|
| | | n | (%) | n | (%) | Z | p |
| Temps 1 | Oui | 21 | 66 | 18 | 60 | 0,210 | 0,647 |
| | Non | 11 | 34 | 12 | 40 | | |
| Temps 3 | Oui | 26 | 81 | 17 | 56 | 4,403 | 0,036* |
| | Non | 6 | 19 | 13 | 44 | | |

Note. GE = groupe expérimental.

GC = groupe contrôle.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

L'analyse des résultats démontre une augmentation significative de l'utilisation du condom d'environ 15 % (cinq participants) du groupe expérimental ($n = 32$) en post-intervention ($p < 0,05$), comparativement aux résultats des participants du groupe contrôle ($n = 30$) qui indiquent une diminution non significative ($p > 0,05$). Le taux d'utilisation du condom pour les deux temps de mesure en fonction du groupe est représenté graphiquement à la Figure 9.

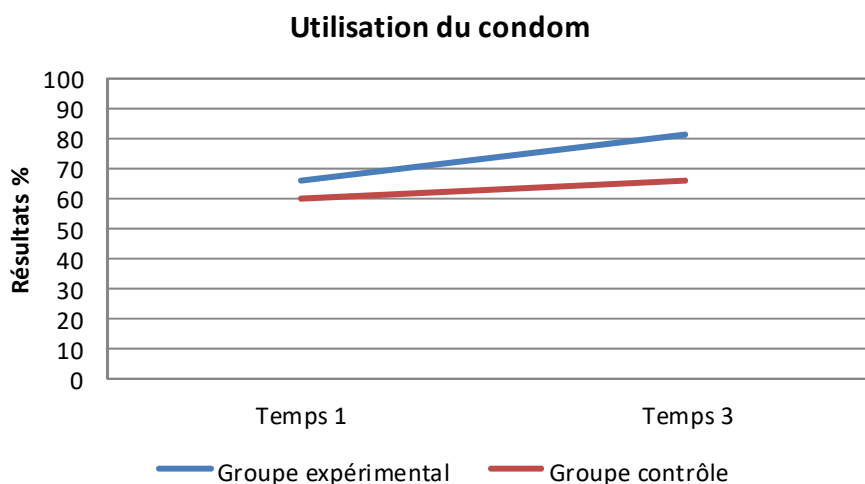


Figure 9 : Graphique du taux d'utilisation du condom pour les deux temps de mesure pour les deux groupes

4.3 SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Les résultats obtenus indiquent que les deux groupes sont équivalents en ce qui concerne les caractéristiques des participants au prétest. De plus, les groupes ne diffèrent pas statistiquement en pré-intervention quant au profil des comportements associés à la sexualité des jeunes. L'analyse des résultats a permis de répondre à la question de recherche concernant l'effet du programme sur les variables dépendantes. Après avoir mesuré les variables en pré et posttest pour les groupes, les neuf hypothèses analysées ont été confirmées. Il s'avère donc possible d'affirmer que comparativement aux jeunes n'ayant pas suivi le programme, les jeunes âgés de 16 à 24 ans qui ont bénéficié du programme de prévention en ligne *Les ITSS de A à Z!* ont obtenu de meilleurs scores au test de connaissances des ITSS, ont présenté de meilleurs scores liés aux énoncés à propos du condom, ont rapporté utiliser davantage de stratégies de négociation du condom et ont rapporté utiliser davantage le condom. Ce chapitre a présenté l'ensemble des résultats obtenus dans le cadre du projet de recherche. Nous présentons la discussion au prochain chapitre.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Ce chapitre présente une discussion portant sur les différents résultats obtenus. Le but de cette recherche quasi-expérimentale était d'évaluer l'effet d'un programme de prévention des ITSS en ligne sur les connaissances, les attitudes et les comportements des jeunes fréquentant un centre d'éducation des adultes. Les résultats correspondant à la question de recherche sont analysés en lien avec la littérature existante. Ensuite, les limites et les forces de l'étude et les implications pour la pratique en sciences infirmières sont présentées. Finalement, des recommandations sont formulées pour de futures recherches.

5.1 RÉSULTATS DE LA QUESTION DE RECHERCHE

5.1.1 Effet du programme sur les connaissances

L'hypothèse qui stipulait que les jeunes de 16-24 ans ayant suivi le programme de prévention en ligne obtiendraient de meilleurs scores au test de connaissances des ITSS comparativement aux jeunes du groupe contrôle en post-intervention a été confirmée par les résultats obtenus. Nous pouvons affirmer que le programme de prévention en ligne *Les ITSS de A à Z !* est efficace en tant qu'intervention à court terme (quatre séances) pour engendrer une amélioration des connaissances des ITSS des participants. En effet, les jeunes ayant bénéficié du programme de prévention ont amélioré de façon significative leur score au test de connaissances des ITSS de 12 %. D'ailleurs, les résultats de la présente recherche sont en accord avec l'analyse des résultats de six études qui démontrent une augmentation moyenne de 11 % du score au test de connaissances des ITSS chez les jeunes ayant reçu un

programme d'éducation sexuelle (Bogani et al., 2015; Jeong et al., 2017; Kelsey et al., 2016; Kudo, 2013; van der Geugten et al., 2015; Ybarra et al., 2015).

Dans cette étude, nous constatons que les connaissances des jeunes liées aux ITSS sont très limitées au prétest pour les deux groupes. En effet, les participants ont obtenu une moyenne d'environ 60 % au test de connaissances. Ce constat est aussi remarqué dans l'étude effectuée par Kelsey et al. (2016) où la moyenne au test de connaissances des ITSS pour les jeunes des deux groupes se situe environ à 44 % en pré-intervention. Dans l'étude de van der Geugten et al. (2015), les participants ont répondu correctement à 13 questions sur 27 (48 %) au test de connaissances des ITSS distribué avant l'intervention. De plus, le manque de connaissances des ITSS chez les jeunes est soulevé dans plusieurs études (Carde & Baillergeau, 2013; Laghdar, 2011; Lee, Florez, Holm, Horwitz & Waters, 2016; Samkange-Zeeb et al., 2011). C'est pourquoi il est important de poursuivre nos efforts afin d'informer les jeunes sur le sujet. D'ailleurs, l'étude réalisée par Jeong et al. (2017) indique que l'utilisation des TIC est plus efficace pour améliorer les connaissances des ITSS chez les jeunes que les méthodes traditionnelles.

5.1.2 Effet du programme sur les attitudes à propos du condom

L'hypothèse qui stipulait que les jeunes de 16-24 ans ayant suivi le programme de prévention en ligne présenteraient une attitude plus positive à propos du condom comparativement aux jeunes du groupe contrôle en post-intervention a été confirmée. En effet, les analyses des résultats obtenus ont permis de noter un meilleur score pour le groupe expérimental pour quatre dimensions liées aux énoncés (fiabilité, préjugés, embarras, achat) à l'égard du condom. Cependant, les résultats pour la cinquième dimension concernant le plaisir lié à l'utilisation du condom n'ont démontré aucun changement au posttest pour chacun des groupes. Nous pouvons affirmer que le programme de prévention en ligne *Les ITSS de A à Z!* est efficace en tant qu'intervention à court terme (quatre séances) pour engendrer un impact positif sur les attitudes à propos du condom chez les participants, sauf pour la dimension du plaisir. Ce qui a amené l'étudiante chercheuse à modifier certains

éléments du jeu questionnaire concernant le plaisir relié à l'utilisation du condom contenu dans le programme de prévention des ITSS. Les résultats de la présente recherche sont en accord avec les études où les interventions en matière de santé sexuelle améliorent en général les attitudes à propos du condom chez les jeunes de 16 à 24 ans (Kelsey et al., 2016; Ndebele et al., 2012; Ybarra et al., 2015).

Cependant, nous constatons que les résultats obtenus d'une étude (Starosta et al., 2015) ayant pour but d'évaluer l'impact d'une intervention de motivation uniquement en ligne à l'aide de l'échelle des attitudes (MCAS) diffèrent des résultats de notre étude. En effet, l'analyse des résultats de cette étude démontre que les participants du groupe expérimental ont conservé des attitudes positives seulement pour la dimension liée à la fiabilité du condom trois mois après l'intervention (Starosta et al., 2015). Nous observons aussi que les résultats d'une étude québécoise réalisée auprès de participants plus jeunes (13-14 ans) indiquent que le programme en ligne sur la promotion de la santé sexuelle n'a eu aucun effet positif sur la perception de jeunes liée à l'utilisation du condom (Renaud & Sauvé, 2010). Dans le même sens, les résultats d'une autre étude mesurant l'effet d'un programme d'éducation sexuelle sous forme d'enseignement didactique ne démontrent aucun impact global sur les attitudes chez les jeunes moyennement âgés de 16 ans (van der Geugten et al., 2015). Notre étude diffère de ces trois études par son intervention combinant un programme en ligne et une activité animée par une infirmière scolaire.

Nous pensons que certains aspects du contenu du programme *Les ITSS de A à Z !* ont favorisé l'acquisition d'attitudes positives à l'égard du condom chez les jeunes tels que : le jeu questionnaire sur la fiabilité et l'efficacité du condom ainsi que les capsules vidéo sur les avantages à utiliser le condom et sur le partage de la responsabilité de la contraception. En effet, ces outils inclus dans le programme sont concrets, adaptés à la réalité des jeunes et correspondent à leur besoin en matière de santé sexuelle. D'ailleurs, 100 % des participants au programme ont mentionné au questionnaire d'évaluation être en accord ou tout à fait en accord avec les deux énoncés suivants : *les vidéos ont favorisé mon apprentissage et les exercices et les activités étaient pertinents au programme.*

5.1.3 Effet du programme sur les stratégies de négociation du condom

L'hypothèse qui stipulait que les jeunes de 16-24 ans ayant suivi le programme de prévention en ligne rapportaient utiliser davantage de stratégies de négociation du condom comparativement aux jeunes du groupe contrôle en post-intervention a été confirmée. Les analyses des résultats obtenus ont permis de noter une amélioration significative pour le groupe expérimental concernant les trois dimensions liées aux stratégies (information, communication, insistance) de négociation du condom. Le programme de prévention en ligne *Les ITSS de A à Z!* est efficace en tant qu'intervention à court terme (quatre séances) pour améliorer l'utilisation de stratégies de négociation du condom chez les participants. Nous constatons que les résultats d'une étude menée par Jennings et al. (2014) ont démontré une augmentation significative concernant les opportunités à mettre en application certains comportements tels que mettre le condom et négocier le condom avec le partenaire chez les jeunes ayant suivi un programme d'éducation à la sexualité. Cependant, cette variable ne mesure pas directement l'utilisation de stratégies de négociation du condom, contrairement à notre étude.

Parmi les études recensées qui ont mesuré l'utilisation de stratégies de négociation du condom, aucune d'entre elles n'a obtenu des changements positifs auprès des participants ayant reçu des interventions en matière de santé sexuelle. En effet, les résultats provenant de trois études expérimentales ayant pour objectif d'évaluer l'effet d'un programme de prévention des ITSS et des grossesses diffèrent de notre étude en ne démontrant aucune amélioration significative concernant la négociation du condom avec le partenaire chez les participants (Kelsey et al., 2016; Peskin et al., 2015; Potter et al., 2016). Nous pensons que certains éléments du programme *Les ITSS de A à Z!* ont contribué à l'augmentation d'utilisation des stratégies de négociation du condom chez les jeunes, soit : l'utilisation de capsules vidéo démontrant des exemples concrets de stratégies d'information sur les risques et de communication verbale et non verbale ainsi que le questionnaire concernant les solutions aux raisons pour ne pas mettre le condom réalisé dans le cadre de l'atelier en groupe animé par l'infirmière scolaire. Une étude réalisée par Borawski et ses

collègues (2015) indique que les élèves ayant participé à des séances données par des infirmières scolaires sur la technique de la pose du condom et sur les stratégies de négociation du condom étaient plus susceptibles de faire état de changements significatifs et durables visant à réduire leurs comportements sexuels à risque.

5.1.4 Effet du programme sur l'utilisation du condom

L'hypothèse qui stipulait que les jeunes de 16-24 ans ayant suivi le programme de prévention en ligne rapporteraient utiliser davantage le condom comparativement aux jeunes du groupe contrôle en post-intervention est confirmée. Les analyses des résultats obtenus ont permis de noter une différence significative entre les groupes quant à l'utilisation du condom. Nous pouvons affirmer que le programme de prévention en ligne *Les ITSS de A à Z!* est efficace en tant qu'intervention à court terme (quatre séances) pour engendrer une augmentation de l'utilisation du condom rapportée par les participants. En effet, nous constatons une augmentation significative de 15 % du nombre de jeunes qui ont mentionné utiliser le condom lors de leurs relations sexuelles. D'ailleurs, l'analyse des résultats de l'étude menée par Marcell et al. (2013) démontre que les jeunes ayant reçu un bref programme sur la santé sexuelle mentionnaient utiliser davantage le condom avec une augmentation significative de 9 %.

Il est intéressant de noter que les résultats de l'étude quasi-expérimentale de Gomes Dias Pedrosa Da Cunha Oliveira et al. (2017) indiquent que les jeunes ayant participé au programme d'interventions éducatives sur les comportements sexuels ont augmenté l'utilisation du condom lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire stable, mais l'intervention n'a eu aucun effet sur l'utilisation du condom avec un partenaire occasionnel et pourtant ce comportement comporte un risque plus élevé de contracter une ITSS (Gomes Dias Pedrosa Da Cunha Oliveira et al., 2017). Les résultats de deux études expérimentales ont démontré que les jeunes ayant reçu une intervention en matière de santé sexuelle en ligne ont démontré une augmentation significative concernant les probabilités et les intentions d'avoir des rapports sexuels protégés par un condom (Gold et al., 2016; Starosta

et al., 2015). Par contre, les résultats provenant d'études évaluant l'effet d'un programme d'éducation sexuelle diffèrent de notre étude en ne démontrant aucun changement concernant l'utilisation du condom chez les participants en post-intervention (Kudo, 2013; Peskin et al., 2015; Potter et al., 2016; Ybarra et al., 2015). Il n'est pas possible de mesurer directement l'utilisation du condom chez les jeunes, mais il aurait été intéressant, dans notre étude, de mesurer la fréquence de l'utilisation du condom et pas seulement s'ils ont utilisé le condom ou pas.

Dans l'ensemble, l'impact du programme *Les ITSS de A à Z!* a été positif. Des améliorations ont été constatées en ce qui concerne les connaissances des ITSS, les attitudes à propos du condom, les stratégies de négociation du condom et l'utilisation du condom chez les jeunes. Les résultats de cette étude appuient le modèle IMHC en tant que cadre théorique pour expliquer et prédire le comportement des jeunes en matière de santé sexuelle. Les implications pour les interventions mettent l'accent sur le développement des connaissances, des attitudes positives et stratégies liées aux comportements sexuels en matière de prévention des ITSS. En outre, le modèle IMHC suppose que les jeunes vont modifier leur comportement s'ils sont pleinement informés et suffisamment motivés, c'est-à-dire qu'ils peuvent exercer un pouvoir personnel dans le contexte de risque associé aux ITSS (Global HIV Prevention Working Group, 2008). Les résultats de cette étude démontrent que ce modèle est utile et efficace afin d'évaluer certains programmes qui visent un changement de comportement.

5.2 LIMITES DE L'ÉTUDE

Tout d'abord, l'utilisation d'un devis quasi-expérimental comporte des limites concernant la validité interne (Fortin & Gagnon, 2016; Grove et al., 2013). La randomisation des participants n'était pas envisageable en raison de la contamination possible entre les jeunes d'une même école. De ce fait, comme les participants ont été retenus en fonction de caractéristiques précises dans un milieu circonscrit pour la faisabilité de l'étude, la possibilité de généraliser les résultats au-delà de cette population est plus

limitée. Cependant, nous pensons que les résultats de cette étude pourraient tout de même être appliqués à d'autres populations similaires et à d'autres populations de jeunes adolescents. Aussi, le fait que les participants étaient conscients du but de la recherche qui était d'évaluer l'efficacité d'un programme de prévention des ITSS peut avoir influencé leur façon de répondre aux questionnaires. Dans cette même perspective, comme les jeunes ont répondu au questionnaire avant l'intervention, ils pouvaient s'attendre à répondre aux mêmes questions en posttest et, par conséquent, leurs scores améliorés pourraient être en partie un résultat de l'effet de test, et pas seulement liés à l'intervention. Cependant, les jeunes du groupe contrôle ont également été soumis aux mêmes questions et leurs scores sont demeurés inchangés.

De plus, les participants du groupe expérimental pouvaient avoir eu tendance à donner des réponses favorables afin de plaire à l'étudiante chercheuse qui est connue comme l'infirmière de leur milieu scolaire. Cependant, il est permis de croire que ce biais de désirabilité a pu être limité par des explications claires de l'objectif de l'étude, de l'importance de l'exactitude de leurs réponses et la certitude que leur participation n'aurait aucun impact sur les services dispensés par l'infirmière scolaire. Un biais potentiel lié au fait que les résultats proviennent de données auto-déclarées ne peut pas être exclu. Cependant, l'étudiante chercheuse a pris toutes les mesures visant à garantir la confidentialité des résultats par la dépersonnalisation et la codification des questionnaires, ce qui empêche quiconque de relier les données à toute personne spécifique. Enfin, il est important de considérer le fait que les participants peuvent avoir été en contact avec des informations liées aux ITSS pendant l'expérimentation, soit par des campagnes de sensibilisation, des événements dans les médias ou sur Internet, et que ces facteurs peuvent avoir influencé les résultats des jeunes aux posttests.

5.3 FORCES DE L'ÉTUDE

Plusieurs forces sont à souligner dans l'étude présentée. D'abord, les mesures avant et après exercent un certain contrôle sur les obstacles à la validité interne comme les

facteurs historiques, la maturation, la fluctuation des instruments de mesure ou la sélection des participants (Fortin & Gagnon, 2016; Grove et al., 2013). Ceci permet de présumer que le programme de prévention *Les ITSS de A à Z!* est attribuable à l'augmentation des connaissances des ITSS et des améliorations dans l'attitude et le comportement chez les jeunes du groupe expérimental. En outre, le devis de recherche quasi-expérimental nous a permis de contrôler des variables étrangères en déterminant des critères d'inclusion qui auraient pu confondre la relation entre l'intervention et les variables dépendantes. Par exemple, les jeunes qui avaient suivi le cours optionnel *Réflexion sur la sexualité humaine* entre 2014 et 2016 ont été exclus de l'étude afin que les résultats soient réellement imputables au programme de prévention des ITSS. Une autre force de cette étude a été l'utilisation d'un groupe contrôle qui a permis, à nouveau, de vérifier la relation de cause à effet entre le programme et les variables dépendantes. De plus, le modèle théorique est très bien adapté à la problématique et les concepts principaux ont été intégrés à l'intervention proposée et ont fait l'objet de mesures. De ce fait, l'ensemble de l'intervention, soit la structure et le contenu, est basé sur des données probantes.

Afin d'assurer de la rigueur et de la constance dans le déroulement de l'intervention, les huit rencontres ont été réalisées au même endroit et par la même personne. À chacune des rencontres, l'étudiante chercheuse a suivi rigoureusement le programme prévu. De plus, tel que recommandé par certaines recherches recensées, nous avons ajouté des activités face à face et des discussions au programme entièrement en ligne et les participants ont assisté à toutes les séances du programme.

Un des points forts de cette étude réside dans le fait qu'elle a été réalisée au Québec, où la recherche d'évaluation sur les effets des interventions en matière de santé sexuelle est importante, mais inexistante chez les 16-24 ans. Malgré les défis qu'elle impose, l'implantation des TIC en prévention des ITSS et en promotion de la santé sexuelle demeure une stratégie réaliste qui présente de nombreux attraits (Lustria et al., 2016). Ces technologies deviennent des outils incontournables pour rejoindre certaines clientèles, en particulier les jeunes (Parenteau, 2013). La présente étude suggère que les interventions sur

le Web peuvent fournir une occasion de déployer à grande échelle des outils permettant une réduction des risques liés aux comportements sexuels, et ce, à un coût minimal. Un programme efficace en matière de santé sexuelle doit être facilement accessible et évolutif et comprendre différents aspects de l'information, de la motivation et des compétences afin d'avoir un impact significatif sur la santé publique (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Les résultats suggèrent que le programme *Les ITSS de A à Z!* pourrait être un de ces programmes, avec des améliorations mesurables concernant les connaissances des ITSS, les attitudes à propos du condom ainsi que les comportements sexuels chez les jeunes.

5.4 IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

En démontrant des effets bénéfiques et significatifs concernant les connaissances, les attitudes et les comportements suite à l'intervention, cette étude propose à l'infirmière qui œuvre en milieu scolaire un programme de prévention des ITSS efficace chez les jeunes de 16-24 ans. La mise en place du programme *Les ITSS de A à Z!* favorise l'avancée de la pratique clinique de l'infirmière en créant des opportunités d'utiliser des activités efficaces en santé publique et permettant davantage d'échanges avec les jeunes sur la prévention des ITSS. De plus, la présente étude évoque également l'importance d'innover et d'intégrer des outils disponibles en ligne à la pratique infirmière. Alors que l'Internet est facilement accessible, un programme disponible en ligne tel que *Les ITSS de A à Z!* a le potentiel d'être largement diffusé pour atteindre un plus grand nombre de jeunes. C'est pour cette raison qu'il est pertinent de présenter l'outil au regroupement régional des infirmières en santé scolaire afin qu'il soit déployé à grande échelle. Les données de cette étude peuvent guider les infirmières à faire de meilleures sélections de programmes et à fournir des considérations pour le développement de futures interventions en matière de santé sexuelle en milieu rural. En effet, certaines preuves suggèrent que les jeunes des milieux ruraux pourraient réagir différemment à des programmes initialement développés et testés dans des milieux urbains (Potter et al., 2016).

En ce qui concerne les implications pour la gestion, les chefs du continuum jeunesse peuvent utiliser ce programme comme référence pour que les infirmières scolaires puissent élaborer et évaluer de nouveaux programmes de prévention liés à la santé. Dans ce sens, il est essentiel que les gestionnaires accompagnent les infirmières en mettant à leur disposition un soutien clinique adéquat et le temps nécessaire afin de faciliter le développement d'outils novateurs. Il est important de transmettre, dans les écoles, des ressources et une éducation en matière de santé sexuelle qui soient scientifiquement correctes, fondées sur une approche positive à l'égard de la sexualité et adaptées à l'âge des élèves. Le milieu scolaire est un lieu privilégié où les infirmières peuvent encadrer et guider les jeunes, dans le respect de leur individualité.

Les résultats de la présente étude peuvent également avoir un impact sur l'implication pour la formation en sciences infirmières. En effet, l'analyse des résultats soutient l'importance et la nécessité du rôle de l'infirmière scolaire pour l'éducation en matière de santé sexuelle chez les jeunes. Étant donné la recrudescence des ITSS et leurs répercussions considérables, en particulier chez les jeunes, il est essentiel de continuer à offrir des interventions en matière de prévention de la maladie et de promotion de la santé. Dans ce sens, le programme *Les ITSS de A à Z!* s'avère une avenue intéressante pour permettre aux infirmières d'avoir un modèle d'intervention efficace auquel se référer. Ce programme pourrait être présenté aux étudiantes en sciences infirmières dans le cadre du cours *Éducation pour la santé* faisant partie intégrante de leur formation universitaire.

5.5 RECOMMANDATIONS POUR DE FUTURES RECHERCHES

À notre connaissance, cette étude quasi-expérimentale ayant pour but d'évaluer l'effet d'un programme de prévention des ITSS en ligne est une première auprès de jeunes Québécois âgés de 16 à 24 ans. Elle constitue un point de départ pour des études futures visant à en évaluer l'effet sur les comportements sexuels à risque. En tant que modèle d'intervention comportementale, le modèle IMHC a été critiqué pour son échec à maintenir le changement de comportement sur une longue période (Global HIV Prevention Working

Group, 2008). En ce sens, il aurait été pertinent d'effectuer des mesures post-intervention au-delà de trois mois afin de vérifier si les effets bénéfiques obtenus ont perduré dans le temps, l'utilisation du condom à long terme étant souhaitable. Les recherches futures pourraient évaluer l'effet du programme *Les ITSS de A à Z!* dans d'autres environnements auprès de jeunes provenant de régions urbaines. Aussi, il serait intéressant de livrer le programme *Les ITSS de A à Z!* en offrant une session de rappel pour vérifier si cette condition est plus susceptible d'affecter le changement de comportement que de simplement transmettre tous les modules successivement. Dans une étude future, les auteurs pourraient examiner dans quelle mesure les participants du groupe d'intervention diffusent les effets positifs du programme auprès de la population. Les personnes influentes dans la société peuvent être utiles dans la diffusion d'informations à travers leurs réseaux et devenir la cible de mesures de prévention (Gomes Dias Pedrosa Da Cunha Oliveira et al., 2017).

Étant donné la complexité du comportement préventif des ITSS, il est peu probable qu'une seule intervention ait une incidence sur les taux d'incidence liés à ces infections. Un arsenal de programmes de prévention disponibles selon différents modes et pour différentes populations est nécessaire. Améliorer les connaissances, l'attitude et le comportement en matière de santé sexuelle chez les jeunes est possible, mais difficile à accomplir, cela demande du temps et des efforts soutenus (van der Geugten et al., 2015).

Le programme de prévention des ITSS en ligne *Les ITSS de A à Z!* est accessible au public sur : <http://karinelelievre01.wixsite.com/itss>. Ce chapitre a exposé une discussion des résultats en lien avec la question de recherche et la littérature existante. Les limites, les forces de l'étude, les implications pour la pratique en sciences infirmières ainsi que des recommandations pour de futures recherches ont été présentées.

CONCLUSION

La présente étude a permis d'élaborer et d'évaluer le programme de prévention en ligne *Les ITSS de A à Z!* en tant qu'intervention à court terme (quatre séances). Les résultats démontrent que les jeunes âgés de 16 à 24 ans, qui ont bénéficié du programme, ont obtenu de meilleurs scores au test de connaissances des ITSS, ont présenté une attitude plus positive à propos du condom, ont rapporté utiliser davantage de stratégies de négociation du condom et ont rapporté utiliser davantage le condom. Les effets bénéfiques du programme sur les changements de comportements des jeunes sont mis en lumière.

Pour la pratique en sciences infirmières, les résultats de cette étude constituent un incitatif pour les infirmières en santé scolaire à jouer un rôle clé dans l'éducation en matière de santé sexuelle chez les jeunes à l'aide d'un programme en ligne jugé efficace. Puisque les infirmières doivent répondre au mandat prioritaire de santé publique concernant la prévention des ITSS, ce programme devient une intervention pertinente à intégrer à leur pratique clinique. Ainsi, les gestionnaires doivent soutenir les infirmières qui interviennent auprès des jeunes en leur fournissant les ressources nécessaires afin qu'elles développent des outils novateurs facilitant leur travail.

L'utilité d'étudier l'apport que peuvent procurer les programmes de prévention en ligne en matière de santé sexuelle chez les jeunes est mise en évidence. En effet, cette étude ouvre la porte pour la réalisation d'outils comparables contribuant à l'avancement de la discipline infirmière. Les programmes de prévention en ligne sont de plus en plus utilisés comme stratégie pour rejoindre les jeunes, mais les recherches en lien avec leur efficacité sont encore peu nombreuses en contexte québécois. D'autres recherches sont nécessaires

afin d'évaluer les effets de cet outil sur les comportements sexuels des jeunes et de vérifier si ce programme engendre une diminution des cas d'ITSS chez les jeunes.

ANNEXE I
AFFICHE PROMOTIONNELLE

Veux-tu participer



à une recherche ?

Tu recevras de l'information
au mois de septembre!



Lieu : À ton école
Chercheuse : Karine Lelièvre, infirmière

ANNEXE II
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CEA RIMOUSKI-NEIGETTE



Université du Québec
à Rimouski

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SOUS FORME DE LETTRE DE PRÉSENTATION DU PROJET DE RECHERCHE

- Objet :** Invitation des élèves du centre d'éducation des adultes (CEA) de Rimouski-Neigette à participer à un projet de recherche en sciences infirmières
- Titre de la recherche :** Mesure de l'efficacité d'un programme de prévention des ITSS en ligne sur les connaissances, la motivation et les habiletés comportementales chez les jeunes de 16-24 ans fréquentant les centres de formation des adultes
- Chercheure :** Karine Lelièvre, inf. B.sc., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, profil mémoire, UQAR
- Directrice de recherche :** Nicole Ouellet, Ph.D., professeure et directrice du département des sciences infirmières, UQAR
- Codirectrice de recherche:** Sonia Dubé, inf. M.Sc., professeure en sciences infirmières, UQAR

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

L'objectif de la recherche est de vérifier dans quelle mesure un programme de prévention des ITSS en ligne permettra aux jeunes de 16-24 ans fréquentant le centre d'éducation des adultes de Rimouski-Neigette d'augmenter leurs connaissances en lien avec les ITSS, de favoriser des attitudes positives face à l'utilisation du condom et d'acquérir des habiletés comportementales concernant les stratégies de négociation du condom.

2. Participation à la recherche

Ta participation à la recherche consistera à suivre un programme de prévention des ITSS en ligne d'une durée de trois heures à raison d'une heure par semaine pendant trois semaines de suite. La semaine suivante, tu participeras à une activité d'une heure animée par la chercheure. Tu y recevras de l'information spécifique concernant les ITSS et le condom. Le programme comprend aussi des éléments de sensibilisation aux risques et conséquences des ITSS sur la santé. Il vise également à fournir des moyens pour adopter des comportements sexuels sécuritaires. De plus, tu devras remplir un questionnaire en ligne à trois reprises soit en octobre 2016, en novembre 2016 et en février 2017. Le questionnaire sera composé de questions d'ordre général et de questions concernant les comportements sexuels, les connaissances des ITSS et du condom, les attitudes à propos du condom et les stratégies de négociation du condom avec le partenaire. Répondre à l'ensemble de ce questionnaire devrait prendre entre 30

et 45 minutes à chaque fois. Tu suivras le programme et tu rempliras le questionnaire durant tes heures de cours, dans le local d'informatique, en présence de la chercheuse et d'autres élèves.

3. Critères d'inclusion

Tu pourras participer à la recherche si tu es âgé entre 16 et 24 ans, es inscrit en formation de base ou de 2^e cycle, suis ta formation de jour, étudies à temps plein, es capable de lire et d'écrire le français, es capable d'utiliser un ordinateur et n'as pas suivi le cours optionnel « Réflexion sur la sexualité humaine » entre 2014 et 2016.

4. Confidentialité

En vue de s'assurer de la confidentialité des informations que tu vas transmettre, la chercheuse utilisera un ordinateur portable qui ne sera accessible à aucune autre personne. L'ordinateur sera muni d'un mot de passe et d'un logiciel antivirus. Tes renseignements personnels seront codés, ce qui veut dire que ton nom et ton adresse courriel seront remplacés par un code. Ensuite, une liste associant ton nom de code à ton nom véritable sera conservée dans un fichier indépendant dans un ordinateur sécurisé. Les données seront conservées pendant cinq ans et détruites de façon sécuritaire par la suite. Aucun renseignement personnel ne sera transmis à des organismes ou à des personnes extérieures au projet de recherche.

5. Avantages et inconvénients

Tu pourrais retirer une certaine satisfaction personnelle à participer à cette recherche. Tu pourrais également te sentir valorisé et ainsi augmenter l'estime de toi-même. Tu pourrais accroître tes connaissances en lien avec les ITSS et cela pourrait apporter des bienfaits sur ta santé sexuelle. Aussi, c'est une occasion pour toi de réfléchir à tes propres comportements sexuels. La participation à cette recherche pourrait t'offrir la chance de discuter et de poser des questions à l'infirmière de l'école. De plus, tu pourrais collaborer à l'évaluation d'un outil en prévention des ITSS pour les jeunes adultes. Tu pourrais contribuer à fournir une piste de solution au niveau des stratégies pour diminuer les comportements sexuels à risque. De plus, tu n'auras pas à t'absenter de l'école, car la recherche s'effectuera pendant tes heures de cours.

Par contre, il se pourrait que tu ressenties de l'inconfort durant ou après la recherche tels que la gêne et la fatigue. De plus, le fait de devoir répondre à des questions pourrait susciter chez toi des sentiments désagréables. Si cela se produit, tu pourras en parler avec la chercheuse et elle pourra te guider vers une ressource qui sera en mesure de t'aider. Le temps que tu devras consacrer à la recherche sera d'environ six heures.

6. Droit de retrait

Ta participation est entièrement volontaire. Si tu refuses de participer à la recherche, il n'y aura aucun impact sur les services reçus par l'infirmière de l'école. Tu seras libre de te retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier ta décision. Si tu décides de te retirer de la recherche, tu pourras communiquer avec la chercheuse par téléphone ou par courriel selon les coordonnées indiquées à la dernière page de ce document. Ainsi, tes renseignements personnels et les données de recherche te concernant et qui auront été recueillis au moment de ton retrait seront détruits.

7. Indemnité

Aucun montant d'argent ne te sera versé pour ta participation à la présente recherche.

B) CONSENTEMENT

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

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

Signature: _____ Date: _____

Nom : _____ Prénom : _____

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

Signature de la chercheure : _____ Date: _____

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à la recherche ou pour te retirer de la recherche, tu peux communiquer avec Karine Lelièvre, étudiante chercheure,

au numéro de téléphone suivant : (418) 722-4922 poste 1212 ou à l'adresse courriel suivante:

www.karinelelievre01gmail.com

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé sera remis au participant

ANNEXE III
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CEA DE LA MITIS



Université du Québec
à Rimouski

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SOUS FORME DE LETTRE DE PRÉSENTATION DU PROJET DE RECHERCHE

- Objet :** Invitation des élèves du centre d'éducation des adultes (CEA) de la Mitis à participer à un projet de recherche en sciences infirmières
- Titre de la recherche :** Mesure de l'efficacité d'un programme de prévention des ITSS en ligne sur les connaissances, la motivation et les habiletés comportementales chez les jeunes de 16-24 ans fréquentant les centres de formation des adultes
- Chercheure :** Karine Lelièvre, inf. B.sc., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, profil mémoire, UQAR
- Directrice de recherche :** Nicole Ouellet, Ph.D., professeure et directrice du département des sciences infirmières, UQAR
- Codirectrice de recherche:** Sonia Dubé, inf. M.Sc., professeure en sciences infirmières, UQAR

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

L'objectif de la recherche est de vérifier dans quelle mesure un programme de prévention des ITSS en ligne permettra aux jeunes de 16-24 ans fréquentant le centre d'éducation des adultes de Rimouski-Neigette d'augmenter leurs connaissances en lien avec les ITSS, de favoriser des attitudes positives face à l'utilisation du condom et d'acquérir des habiletés comportementales concernant les stratégies de négociation du condom.

2. Participation à la recherche

Ta participation à la recherche consistera à recevoir les interventions usuelles de l'infirmière de ton école. C'est-à-dire que l'infirmière scolaire offrira les mêmes services qu'à l'habitude. De plus, tu devras remplir un questionnaire en ligne à trois reprises soit en octobre 2016, en novembre 2016 et en février 2017. Le questionnaire sera composé de questions d'ordre général et de questions concernant les comportements sexuels, les connaissances des ITSS et du condom, les attitudes à propos du condom et les stratégies de négociation du condom avec le

partenaire. Répondre à l'ensemble du questionnaire devrait prendre entre 30 et 45 minutes à chaque fois. Tu rempliras le questionnaire durant tes heures de cours, dans le local d'informatique, en présence de la chercheuse et d'autres élèves.

3. Critères d'inclusion

Tu pourras participer à la recherche si tu es âgé entre 16 et 24 ans, es inscrit en formation de base ou de 2^e cycle, suis ta formation de jour, étudies à temps plein, es capable de lire et d'écrire le français, es capable d'utiliser un ordinateur et n'as pas suivi le cours optionnel « Réflexion sur la sexualité humaine » entre 2014 et 2016.

4. Confidentialité

En vue de s'assurer de la confidentialité des informations que tu vas transmettre, la chercheuse utilisera un ordinateur portable qui ne sera accessible à aucune autre personne. L'ordinateur sera muni d'un mot de passe et d'un logiciel antivirus. Tes renseignements personnels seront codés, ce qui veut dire que ton nom et ton adresse courriel seront remplacés par un code. Ensuite, une liste associant ton nom de code à ton nom véritable sera conservée dans un fichier indépendant dans un ordinateur sécurisé. Les données seront conservées pendant cinq ans et détruites de façon sécuritaire par la suite. Aucun renseignement personnel ne sera transmis à des organismes ou à des personnes extérieures au projet de recherche.

5. Avantages et inconvénients

Tu pourrais retirer une certaine satisfaction personnelle à participer à cette recherche. Tu pourrais également te sentir valorisé et ainsi augmenter l'estime de toi-même. C'est une occasion pour toi de réfléchir à tes propres comportements sexuels. De plus, tu pourrais collaborer à l'évaluation d'un outil en prévention des ITSS pour les jeunes adultes. Tu pourrais contribuer à fournir une piste de solution au niveau des stratégies pour diminuer les comportements sexuels à risque. De plus, tu n'auras pas à t'absenter de l'école, car la recherche s'effectuera pendant tes heures de cours.

Par contre, le fait de devoir répondre à des questions embarrassantes pourrait susciter chez toi des sentiments désagréables. Si cela se produit, tu pourras en parler avec la chercheuse et elle pourra te guider vers une ressource qui sera en mesure de t'aider. Le temps que tu devras consacrer à la recherche sera d'environ 2 heures.

6. Droit de retrait

Ta participation est entièrement volontaire. Si tu refuses de participer à la recherche, il n'y aura aucun impact sur les services reçus par l'infirmière de l'école. Tu seras libre de te retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier ta décision. Si tu décides de te retirer de la recherche, tu pourras communiquer avec la chercheuse par téléphone ou par courriel selon les coordonnées indiquées à la dernière page de ce document. Ainsi, tes renseignements personnels et les données de recherche te concernant et qui auront été recueillis au moment de ton retrait seront détruits.

7. Indemnité

Aucun montant d'argent ne te sera versé pour ta participation à la présente recherche.

B) CONSENTEMENT

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

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

Signature : _____ Date: _____

Nom : _____ Prénom : _____

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

Signature de la chercheure : _____ Date: _____

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à la recherche ou pour te retirer de la recherche, tu peux communiquer avec Karine Lelièvre, étudiante chercheure,

au numéro de téléphone suivant : (418) 722-4922 poste 1212 ou à l'adresse courriel suivante:

www.karinelelievre01gmail.com

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé sera remis au participant

ANNEXE IV
DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

5. Nom de l'école : _____

6. Numéro du participant : _____

7. Quel est ton âge ?

8. Quel est ton sexe ?

- Féminin
- Masculin

9. Quel est ton plus haut degré de scolarité complété ?

- Primaire
- Secondaire 1
- Secondaire 2
- Secondaire 3
- Secondaire 4

10. Au cours des 12 derniers mois, as-tu reçu de l'information sur les ITSS ?

- Non → Fin du questionnaire
- Oui

11. Où as-tu reçu l'information sur les ITSS ?

Coche toutes les réponses qui te concernent.

- Télévision
- Internet
- Conférence
- Dans un cours à l'école
- Autres (préciser) : _____

12. De quelle durée a été cette activité d'information ?

ANNEXE V
COMPORTEMENTS SEXUELS PRÉTEST

COMPORTEMENTS SEXUELS (PRÉTEST)

1. Es-tu ?
 - Célibataire
 - En couple

2. As-tu déjà eu une relation sexuelle ?

(Pour cette étude, une relation sexuelle se définit comme étant une relation avec pénétration du pénis dans le vagin ou l'anus ou une relation orale)

 - Non → Fin du questionnaire
 - Oui

3. À quel âge as-tu eu ta première relation sexuelle ?

4. Si tu es une fille, est-ce que tu utilises un moyen de contraception ?
 - Aucun
 - Pilule
 - Timbre
 - Anneau vaginal
 - Contraceptif injectable
 - Stérilet
 - Condom masculin
 - Condom féminin
 - Autres (préciser) : _____
 - Ne s'applique pas

5. Si tu es un garçon, est-ce que tu utilises le condom comme moyen de contraception ?
 - Oui
 - Non
 - Ne s'applique pas

6. Au cours des 12 derniers mois, as-tu eu des relations sexuelles ?
 - Non → Passe à la question 11
 - Oui

7. Avec combien de partenaires as-tu eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois ?
 - 1 partenaire
 - 2 partenaires
 - 3 partenaires
 - 4 partenaires ou plus

8. Au cours des 12 derniers mois, as-tu déjà consommé de l'alcool avant une relation sexuelle ?
- Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais
9. Au cours des 12 derniers mois, as-tu déjà consommé de la drogue avant une relation sexuelle ?
- Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais
10. Au cours des 12 derniers mois, as-tu utilisé le condom lors de tes relations sexuelles ?
- Oui
 - Non
11. As-tu déjà contracté une ITSS ?
- (Pour cette étude, une ITSS se définit comme une infection transmissible sexuellement et par le sang)
- Non → Fin du questionnaire
 - Oui → Passe à la question 12
12. Nomme la ou les ITSS que tu as déjà attrapée(s) :
-

ANNEXE VI
CONNAISSANCES DES ITSS

CONNAISSANCES DES ITSS

1. Les ITSS peuvent être causées par :
 - Parasites
 - Champignons
 - Bactéries
 - Virus

2. Parmi ces symptômes, indiquez lequel ou lesquels peuvent être causés par la chlamydia :
 - Douleurs lors des relations sexuelles
 - Lésions aux organes génitaux
 - Pertes vaginales anormales et écoulement du pénis
 - Fatigue et perte d'appétit
 - Douleurs au bas ventre
 - Saignement entre les menstruations

3. Une personne peut attraper une ITS en pratiquant une relation orale-génitale non protégée.
 - Vrai
 - Faux

4. Une personne qui a déjà eu une chlamydia et qui a été traitée est donc immunisée, elle ne peut plus l'attraper.
 - Vrai
 - Faux

5. Si le partenaire se retire toujours avant d'éjaculer, la personne est protégée contre les ITS.
 - Vrai
 - Faux

6. Parmi les ITSS suivantes, laquelle ou lesquelles se transmettent seulement avec le contact peau à peau ?
 - Chlamydia
 - Herpès
 - VPH (virus du papillome humain)
 - Gonorrhée
 - VIH (virus de l'immunodéficience humaine)
 - Syphilis

7. Il n'est pas risqué de partager avec des amis le matériel d'inhalation (paille, billet d'argent roulé) lors de la consommation de drogue.
 - Vrai
 - Faux

8. Si une personne attrape une ITSS, elle va le savoir à cause des symptômes.
 - Vrai
 - Faux

9. Je suis un symptôme du VPH (virus du papillome humain) :
 - Douleurs lors des relations sexuelles
 - Verrues génitales (condylomes)
 - Pertes vaginales anormales
 - Douleurs en urinant
 - Écoulement du pénis

10. Si une personne emprunte un objet personnel (rasoir, brosse à dents) à un(e) ami(e), elle ne court aucun danger d'attraper une ITSS.
 - Vrai
 - Faux

11. Une personne peut mourir si elle attrape la syphilis et qu'elle n'est pas traitée.
 - Vrai
 - Faux

12. Si une personne a un feu sauvage, le fait d'avoir des relations orales-génitales avec son partenaire est risqué.
 - Vrai
 - Faux

13. Une personne vaccinée contre certaines ITSS peut cesser l'utilisation du condom.
 - Vrai
 - Faux

14. De nos jours, une personne infectée par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) peut maintenant s'en débarrasser.
 - Vrai
 - Faux

15. Si une personne utilise le condom à la fin de la relation, elle est protégée contre les ITS.
 - Vrai
 - Faux

16. La majorité des personnes infectées par la chlamydia n'ont aucun symptôme.
- Vrai
 - Faux
17. Parmi les ITSS suivantes, indique pour laquelle ou lesquelles il existe un vaccin pour les prévenir :
- Chlamydia
 - VPH (virus du papillome humain)
 - VIH (virus de l'immunodéficience humaine)
 - Syphilis
 - Hépatite B
 - Hépatite C
18. Quelles conséquences peuvent avoir les ITSS sur la santé d'une personne à long terme ?
- Réapparition de lésions tout au long de la vie
 - Infertilité
 - Cancer
 - Diabète
 - Douleur chronique au bas ventre
 - Aucune
19. En excluant l'utilisation du condom, il existe d'autres moyens de se protéger des ITSS.
- Vrai
 - Faux
20. Toutes les personnes actives sexuellement et ayant eu une seule relation non protégée devraient faire un test de dépistage des ITS.
- Vrai
 - Faux
21. Si les partenaires ont oublié une fois d'utiliser le condom, il ne sert plus à rien d'en mettre.
- Vrai
 - Faux
22. La gonorrhée peut causer des maux de gorge.
- Vrai
 - Faux

23. Si une personne est infectée par l'hépatite B ou C et qu'elle ne guérit pas, elle devient porteuse du virus et peut transmettre l'infection toute sa vie.
- Vrai
 - Faux
24. Parmi les énoncés suivants, lequel ou lesquels sont des facteurs de risque des ITSS :
- Avoir des partenaires sexuels anonymes
 - Avoir le même partenaire depuis un an
 - Avoir moins de 25 ans et être sexuellement actif
 - Avoir un ami porteur du VIH
 - Utiliser des drogues par inhalation
 - Avoir des antécédents d'ITSS
 - Avoir des relations sexuelles non protégée
25. Si une personne connaît son/sa partenaire depuis longtemps, elle ne court aucun risque de contracter une ITSS.
- Vrai
 - Faux
26. Il est recommandé d'éviter les contacts sexuels si une personne présente des lésions au niveau des organes génitaux.
- Vrai
 - Faux

ANNEXE VII
ATTITUDES À PROPOS DU CONDOM

ATTITUDES À PROPOS DU CONDOM

S'il te plaît répond à toutes les questions, même si tu n'es pas sexuellement actif ou n'as jamais utilisé de condoms ou encore n'as jamais eu de partenaire qui a utilisé le condom. Dans de tels cas, indique du mieux que tu peux comment tu te sentirais dans ces situations.

Coche la case qui représente le mieux ton opinion pour chaque affirmation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

1. Il est vraiment difficile de soulever la question de l'utilisation du condom à ma/mon partenaire.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

2. L'utilisation du condom vient interrompre les préliminaires.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

3. Les femmes pensent que les hommes qui utilisent les condoms sont des cons.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

4. Le condom est un moyen efficace de prévenir la propagation du sida et d'autres infections transmissibles sexuellement.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

5. Je me sens toujours très inconfortable quand j'achète des condoms.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

6. Les condoms ne sont pas fiables.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

7. Quand je suggère d'utiliser un condom, je suis presque toujours gêné(e).

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

8. Le condom gêne la relation sexuelle.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

9. Je pense que le condom est un excellent moyen de contraception.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

10. Je ne pense pas que l'achat de condoms est bizarre.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

11. Il est très embarrassant d'acheter des condoms.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

12. Il est facile de proposer à ma/mon partenaire d'utiliser un condom.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

13. Si un couple est sur le point d'avoir des relations sexuelles et que l'homme suggère d'utiliser un condom, il est peu probable qu'ils auront une relation sexuelle.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

14. Le condom n'offre pas une protection fiable.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

15. Le condom procure beaucoup de plaisir.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

16. Je ne sais jamais quoi dire quand ma/mon partenaire et moi avons besoin de parler de condoms ou d'un autre moyen de protection.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

17. C'est embarrassant d'être vu en train d'acheter des condoms dans un magasin.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

18. Les gens qui suggèrent l'utilisation du condom sont un peu débiles.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

19. L'utilisation du condom peut rendre le sexe plus excitant.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

20. Le condom est une méthode efficace pour empêcher une grossesse.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

21. Je suis à l'aise de parler de condoms avec ma/mon partenaire.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

22. Les hommes qui suggèrent d'utiliser un condom sont vraiment ennuyeux.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

23. Quand j'ai besoin de condoms, je suis très stressé(e) d'avoir à me les procurer.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

24. Une femme qui suggère d'utiliser un condom n'a pas confiance en son partenaire.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

25. Le condom est inconfortable pour les deux partenaires.

- Fortement en désaccord (1)
- En désaccord (2)
- Légèrement en désaccord (3)
- (4)
- Légèrement en accord (5)
- D'accord (6)
- Fortement d'accord (7)

Questionnaire original en anglais publié dans: Helweg-Larsen, M., & Collins, B. E. (1994). The UCLA multidimensional condom attitudes Scale: Documenting the complex determinants of condom use. *Health Psychology* 13. 224-237 Permission de traduire le questionnaire en français de l'auteure Marie Helweg-Larsen.

ANNEXE VIII
ÉCHELLE DE NÉGOCIATION DU CONDOM PRÉTEST

ÉCHELLE DE NÉGOCIATION DU CONDOM (PRÉTEST)

Réponds bien à toutes les questions. Coche la case qui représente le mieux ta situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Prend note que la sixième question s'applique aux filles seulement.

Durant les six derniers mois, est-ce que tu as voulu utiliser un condom avec un partenaire à un certain moment ?

Oui

Non ➔ Fin du questionnaire

| | Jamais | Une seule fois | Quelques fois | Souvent | Ne s'applique pas |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu demandé à ta/ton partenaire s'il voulait utiliser un condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu insisté pour utiliser un condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu proposé d'utiliser un condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu sorti un condom pour l'utiliser ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu dit à ton partenaire que tu pourrais tomber enceinte si tu n'utilises pas de condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu dit que tu allais te procurer un condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu dit à ta/ton partenaire que tu avais besoin d'un condom pour que ce soit sécuritaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu dit à ta/ton partenaire que tu ne voulais pas avoir de bébé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu remis un condom à ta/ton partenaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu demandé à ton/ta partenaire s'il avait un condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu dit à ta/ton partenaire de poser le condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu dit à ta/ton partenaire que tu n'aurais pas de relations sexuelles sans condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu dit à ta/ton partenaire que tu avais un condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu mis un condom à ton partenaire sans rien dire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Durant les six derniers mois, combien de fois as-tu dit à ta/ton partenaire qu'il y a beaucoup d'infections transmissibles sexuellement de nos jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questionnaire original en anglais publié dans: Tschann, J. M., Flores, E., De Groat, C. L., Deardorff, J., & Wibbelsman, C. J. (2010). Condom negotiation strategies and actual condom use among Latino youth. *Journal of Adolescent Health, 47*(3), 254-262. Permission de traduire le questionnaire en français de l'auteure Jeanne M. Tschann.

ANNEXE IX
COMPORTEMENTS SEXUELS POSTTEST

COMPORTEMENTS SEXUELS (POSTTEST)

1. Depuis le mois de décembre, as-tu utilisé le condom lors de tes relations sexuelles ?
 - Oui
 - Non
 - Ne s'applique pas

ANNEXE X

ÉCHELLE DE NÉGOCIATION DU CONDOM POSTTEST

ÉCHELLE DE NÉGOCIATION DU CONDOM (POSTTEST)

Réponds bien à toutes les questions. Coche la case qui représente le mieux ta situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Prend note que la sixième question s'applique aux filles seulement.

Durant le mois de décembre, est-ce que tu as voulu utiliser un condom avec un partenaire à un certain moment ?

Oui

Non → Fin du questionnaire

| | Jamais | Une seule fois | Quelques fois | Souvent | Ne s'applique pas |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu demandé à ta/ton partenaire s'il voulait utiliser un condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu insisté pour utiliser un condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu proposé d'utiliser un condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu sorti un condom pour l'utiliser ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu dit à ton partenaire que tu pourrais tomber enceinte si tu n'utilises pas de condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu dit que tu allais te procurer un condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu dit à ta/ton partenaire que tu avais besoin d'un condom pour que ce soit sécuritaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu dit à ta/ton partenaire que tu ne voulais pas avoir de bébé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu remis un condom à ta/ton partenaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu demandé à ton/ta partenaire s'il avait un condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu dit à ta/ton partenaire de poser le condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu dit à ta/ton partenaire que tu n'aurais pas de relations sexuelles sans condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu dit à ta/ton partenaire que tu avais un condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu mis un condom à ton partenaire sans rien dire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Depuis le mois de décembre, combien de fois as-tu dit à ta/ton partenaire qu'il y a beaucoup d'infections transmissibles sexuellement de nos jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questionnaire original en anglais publié dans: Tschann, J. M., Flores, E., De Groat, C. L., Deardorff, J., & Wibbelsman, C. J. (2010). Condom negotiation strategies and actual condom use among Latino youth. *Journal of Adolescent Health, 47*(3), 254-262. Permission de traduire le questionnaire en français de l'auteure Jeanne M. Tschann.

ANNEXE XI
PROGRAMME EN LIGNE *LES ITSS DE A À Z !*

PROGRAMME DE PRÉVENTION DES ITSS EN LIGNE

<http://karinelelievre01.wixsite.com/itss>



1. Mise en contexte

Le programme permettra aux infirmières en santé scolaire d'aborder avec les élèves fréquentant les centres d'éducation des adultes (CEA), la thématique de la santé sexuelle. Plus spécifiquement, il sera question des comportements sexuels à risque en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

2. But du programme

Le but de ce programme est de prévenir les ITSS chez les jeunes de 16-24 ans en favorisant une démarche de réflexion, de compréhension et d'intégration de compétences afin de favoriser des comportements sexuels responsables.

3. Clientèle visée

Le programme *Les ITSS de A à Z!* s'adresse aux jeunes âgés de 16 à 24 ans fréquentant les centres d'éducation des adultes (CEA).

4. Contenu du programme

Le contenu est présenté dans l'optique de donner aux jeunes une information juste et réaliste, nécessaire à une démarche de prévention efficace contre les ITSS. Le programme est divisé en cinq sections :

- Introduction
- Module 1 : Les connaissances
- Module 2 : Les attitudes
- Module 3 : Les comportements
- Conclusion

Les thèmes abordés dans chacune des sections :

- Introduction : contexte, statistiques
- Module 1 : ITSS, bactéries, virus, parasites, modes de transmission, symptômes, conséquences, traitements, facteurs de risque, prévention, ressources
- Module 2 : avantages du port du condom, mythes et réalités du condom, excuses du non-port du condom, diversité du condom
- Module 3 : pose d'un condom masculin et féminin, confection d'une digue dentaire, négociation de l'utilisation du condom avec le partenaire
- Retour sur les activités en ligne : discussion visant à revoir les connaissances, les croyances et les habiletés comportementales des jeunes.
- Conclusion : remerciements, sources

5. Durée du programme

Le programme est divisé en deux parties. La première partie comprend trois modules en ligne d'environ 60 minutes chacun. La deuxième partie consiste en une rencontre d'une heure qui porte sur l'animation d'un atelier par l'infirmière en santé scolaire. En tout, il est estimé que la durée du programme est d'environ quatre heures.

| SECTIONS | OBJECTIFS GÉNÉRAUX | THÈMES | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES | STRATÉGIES PÉDAGOGIQUES | INDICATEURS ET OUTILS D'ÉVALUATION |
|--|---|--|--|---|---|
| INTRODUCTION | <p>Connaître le contexte de l'élaboration du programme</p> <p>Connaître la définition du mot ITSS</p> | <p>1. Contexte</p> <p>2. Définition ITSS</p> | | | |
| MODULE 1 LES CONNAISSANCES (1h) | Acquérir des connaissances liées aux ITSS et au condom (savoir). | <p>1. Les ITSS</p> <p>-Causes</p> <p>-Modes de transmission</p> <p>-Symptômes possibles</p> <p>2. Les bactéries :</p> <p>-Caractéristiques</p> <p>-Chlamydia</p> <p>-Gonorrhée</p> <p>-Syphilis</p> <p>3. Les virus :</p> <p>-Caractéristiques</p> <p>-Herpès</p> | <p>Le jeune sera capable de :</p> <p>1.1 Identifier les causes des ITSS.</p> <p>1.2 Reconnaître les modes de transmission des ITSS.</p> <p>1.3 Reconnaître que les ITSS ne procurent pas toujours de symptômes.</p> <p>2.1 Connaître les caractéristiques des bactéries.</p> <p>2.2 Identifier les caractéristiques, les modes de transmission, les symptômes, les conséquences et les traitements de la chlamydia.</p> <p>2.3 Identifier les modes de transmission, les symptômes, les conséquences et les traitements de la gonorrhée.</p> <p>2.4 Identifier les modes de transmission, les symptômes, les conséquences et les traitements de la syphilis.</p> <p>3.1 Connaître les caractéristiques des virus.</p> <p>3.2 Identifier les modes de transmission, les symptômes, les conséquences et les traitements de l'herpès.</p> | <p>1.1 Exposé</p> <p>1.2 Exposé</p> <p>1.3 Exposé</p> <p>2.1 Exposé</p> <p>2.2 Schéma/exposé</p> <p>2.3 Schéma/exposé</p> <p>2.4 Schéma/exposé</p> <p>3.1 Exposé</p> <p>3.2 Schéma/exposé</p> | <p>1.1 Test de connaissances Question 1</p> <p>1.2 Test de connaissances Questions 3-5-29</p> <p>1.3 Test de connaissances Question 8</p> <p>2.1 Test de connaissances Question 4</p> <p>2.2 Test de connaissances Questions 2-16-18-29</p> <p>2.3 Test de connaissances Questions 18-22-29</p> <p>2.4 Test de connaissances Question 11</p> <p>3.2 Test de connaissances Question 6-12</p> |

| | | | | |
|--|----------------------------------|--|-----------------------|--|
| | -Hépatite B et C | 3.3 Identifier les modes de transmission, les symptômes, les conséquences et les traitements de l'hépatite B et C. | 3.3 Schéma/exposé | 3.3 Test de connaissances Questions 18-23 |
| | -VPH | 3.4 Identifier les caractéristiques, les modes de transmission, les symptômes, les conséquences et les traitements du VPH. | 3.4 Schéma/exposé | 3.4 Test de connaissances Questions 6-9-18 |
| | -VIH | 3.5 Identifier les modes de transmission, les symptômes, les conséquences et les traitements du VIH. | 3.5 Schéma/exposé | 3.5 Test de connaissances Question 14 |
| | 4. Les parasites : | | | |
| | -Caractéristiques | 4.1 Connaître les caractéristiques des parasites. | 4.1 Exposé | |
| | -Trichomonas | 4.2 Connaître les modes de transmission, les symptômes, les conséquences et les traitements du trichomonas. | 4.2 Schéma/exposé | |
| | -Gale | 4.3 Connaître les modes de transmission, les symptômes, les conséquences et les traitements de la gale. | 4.3 Schéma/exposé | |
| | -Morpions | 4.4 Connaître les modes de transmission, les symptômes, les conséquences et les traitements des morpions. | 4.4 Schéma/exposé | |
| | 5. Les facteurs de risque | 5.0 Reconnaître les facteurs de risque des ITSS. | 5.0 Jeu-questionnaire | 5.0 Test de connaissances Question 24 |
| | 6. La prévention | | | |
| | -Moyens de prévention | 6.1 Reconnaître l'existence des moyens de se protéger des ITSS. | 6.1 Schéma/exposé | 6.1 Test de connaissances Question 19 |
| | -Apparences | 6.2 Reconnaître qu'il ne faut pas se fier aux apparences des personnes. | 6.2 Schéma/exposé | 6.2 Test de connaissances Question 25 |
| | -Condom masculin | 6.3 Connaître le moment où mettre le condom masculin et les raisons de l'utiliser. | 6.3 Jeu-questionnaire | 6.3 Test de connaissances Questions 15-21 |
| | -Condom féminin | 6.4 Connaître le moment où mettre le condom féminin et les raisons de l'utiliser. | 6.4 Jeu-questionnaire | 6.4 Test de connaissances Question 15 |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> -Digue dentaire -Vaccination -Nombre partenaire -Jouets sexuels -Objets personnels -Matériel -Contacts sexuels -Dépistage -Consommation <p>7. Les ressources</p> | <p>6.5 Connaître le moment où mettre la digue dentaire et les raisons de l'utiliser.</p> <p>6.6 Identifier les ITSS pour lesquelles il existe un vaccin.</p> <p>6.7 Reconnaître que limiter le nombre de partenaire est un moyen de prévenir les ITSS.</p> <p>6.8 Reconnaître qu'il est possible de contracter une ITSS en partageant un jouet sexuel.</p> <p>6.9 Reconnaître qu'il est possible de contracter une ITSS en empruntant un objet personnel.</p> <p>6.10 Reconnaître le risque de partager le matériel lors de consommation de drogue.</p> <p>6.11 Reconnaître le danger d'avoir un contact sexuel avec une personne qui a des lésions aux organes génitaux.</p> <p>6.12 Reconnaître les raisons de faire un test de dépistage des ITSS.</p> <p>6.13 Connaître les risques de la consommation sur la santé sexuelle</p> <p>7.0 Connaître les ressources en liens avec les ITSS.</p> | <p>6.5 Jeu-questionnaire</p> <p>6.6 Schéma/exposé</p> <p>6.7 Schéma/exposé</p> <p>6.8 Schéma/exposé</p> <p>6.9 Schéma/exposé</p> <p>6.10 Schéma/exposé</p> <p>6.11 Schéma/exposé</p> <p>6.12 Schéma/exposé</p> <p>6.13 Schéma/exposé</p> <p>7.0 Liens sur site web</p> | <p>6.6 Test de connaissances Questions 13-17</p> <p>6.9 Test de connaissances Question 10</p> <p>6.10 Test de connaissances Question 7</p> <p>6.11 Test de connaissances Question 26</p> <p>6.12 Test de connaissances Question 20</p> |
| <p>MODULE 2 LES ATTITUDES (1h)</p> | <p>Adopter des attitudes positives face à l'utilisation du condom (savoir-être).</p> | <p>1. Avantages du port du condom</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fiabilité et efficacité -Plaisir -Santé -Partage responsabilité <p>2. Mythes et réalités du condom</p> | <p>Le jeune sera capable de :</p> <p>1.1 Reconnaître la fiabilité et l'efficacité du condom.</p> <p>1.2 Reconnaître le plaisir relié à l'utilisation du condom.</p> <p>1.3 Reconnaître les avantages de l'utilisation du condom pour la santé</p> <p>1.4 Reconnaître que le partage de la responsabilité de la contraception est un avantage de l'utilisation du condom</p> | <p>1.1 Jeu questionnaire</p> <p>1.2 Jeu questionnaire</p> <p>1.3 Exposé</p> <p>1.4 Exposé</p> | <p>1.1 Échelle attitudes Questions 4-6-9-14-20</p> <p>1.2 Échelle attitudes Questions 2-8-15-19-25</p> |






| | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| | | <p>-Préjugés</p> <p>-Réalités</p> <p>3. Excuses du non port du condom</p> <p>-Négociation et utilisation</p> <p>4. Diversité des condoms</p> <p>-Achat de condoms</p> <p>-Gratuité et accessibilité des condoms</p> | <p>2.1 Reconnaître les préjugés face à l'utilisation du condom.</p> <p>2.2 Reconnaître les réalités face à l'utilisation du condom.</p> <p>3.1 Reconnaître les embarras à propos de la négociation et de l'utilisation du condom.</p> <p>4.1 Reconnaître les embarras à propos de l'achat de condoms.</p> <p>4.2 Connaître les endroits où les condoms sont gratuits.</p> | <p>2.1 Jeu questionnaire</p> <p>2.2 Jeu questionnaire</p> <p>3.1 Exposé</p> <p>4.1 Exposé</p> <p>4.2 Schéma/exposé</p> | <p>2.1 Échelle attitudes Questions 3-13-18-22-24</p> <p>3.1 Échelle attitudes Questions 1-7-12-16-21</p> <p>4.1 Échelle attitudes Questions 5-10-11-17-23</p> |
| <p>MODULE 3</p> <p>LES</p> <p>COMPORTEMENTS</p> <p>(1h)</p> | <p>Acquérir des aptitudes comportementales face à l'utilisation du condom et de la digue dentaire (savoir-faire).</p> <p>Acquérir des aptitudes comportementales face à l'utilisation de stratégies de négociation du condom (savoir-faire).</p> | <p>1. Pose d'un condom masculin et féminin</p> <p>-Condom masculin</p> <p>-Condom féminin</p> <p>2. Confection d'une digue dentaire</p> <p>-Digue dentaire</p> <p>3. Stratégies de négociation du condom avec le partenaire</p> <p>-Information sur les risques</p> <p>-Communication directe verbale/non verbale</p> <p>-Insistance de l'utilisation du condom</p> | <p>Le jeune sera capable de :</p> <p>1.1 Connaître les étapes de la pose d'un condom masculin.</p> <p>1.2 Connaître les étapes de la pose d'un condom féminin.</p> <p>2.2 Connaître les étapes de la confection d'une digue dentaire à l'aide d'un condom masculin.</p> <p>3.1 Connaître les stratégies d'information sur les risques</p> <p>3.2 Connaître les stratégies de communication verbale et non verbale</p> <p>3.3 Connaître les stratégies d'insistance au port du condom</p> | <p>1.1 Démonstration par vidéo</p> <p>1.2 Démonstration par vidéo</p> <p>2.2 Schéma/exposé</p> <p>3.1 Démonstration par vidéo</p> <p>3.2 Démonstration par vidéo</p> <p>3.3 Démonstration par vidéo</p> | <p>3.1 Échelle stratégies Questions 6-8-9-11-12-13-16</p> <p>3.2 Échelle stratégies Questions 4-5-7-10-14-15</p> <p>3.3 Échelle stratégies Questions 2-3</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| <p style="text-align: center;">ATELIER ANIMÉ INFIRMIÈRE SANTÉ SCOLAIRE (1h)</p> | <p>Valider les connaissances, les croyances et les habiletés comportementales suite au programme.</p> | <p>1. Connaissances des ITSS</p> <p>2. Attitudes face à l'utilisation du condom</p> <p>3. Habiletés de l'utilisation du condom</p> <p>4. Habiletés de la négociation du condom</p> | <p>Le jeune sera capable de :</p> <p>1.1 Reconnaître les mythes et réalités en lien avec les ITSS</p> <p>2.1 Reconnaître les mythes et réalités à propos du condom</p> <p>3.1 Connaître les étapes d'une relation sexuelle avec condom</p> <p>4.1 Connaître les solutions aux raisons pour ne pas mettre le condom</p> | <p>1.1 Questionnaire</p> <p>2.1 Quiz/exposé</p> <p>3.1 Jeu/démonstration</p> <p>4.1 Questionnaire</p> | |
| <p style="text-align: center;">CONCLUSION</p> | | <p>1. Remerciements</p> <p>2. Sources</p> | | | |

ANNEXE XII
ATELIER ANIMÉ PAR L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE

ATELIER Les ITSS de A à Z !



| | | |
|--|--|--|
| <p>SECTION 1 LES CONNAISSANCES DES ITSS ET DU CONDOM</p> <p>Durée : 20 minutes</p> | <p>Mythes et Réalités</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Former des équipes de 3-4 élèves ➤ Distribuer la feuille : Mythes et réalités sur les ITSS ➤ Identifier en équipe si les énoncés correspondent à un mythe ou une réalité ➤ Reprendre les 15 énoncés en groupe ➤ Demander les réponses des élèves ➤ Encourager les élèves à fournir des explications en lien avec leurs réponses ➤ Expliquer les réponses à l'aide des diapositives du PowerPoint |
| <p>SECTION 2 LES ATTITUDES FACE À L'UTILISATION DU CONDOM</p> <p>Durée : 20 minutes</p> | <p>QUIZ</p>  <p>TOUT SUR LE CONDOM !</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Distribuer une main bleue et une main rouge à chacun des élèves ➤ Main rouge = faux ➤ Main bleue = vrai ➤ Distribuer une feuille du Quiz à chaque élève ➤ Poser les questions du Quiz : Tout sur le condom! ➤ Expliquer les réponses à l'aide de la feuille : Réponses Tout sur le condom! ➤ Discuter des réponses avec les élèves |
| <p>SECTION 3 LES COMPORTEMENTS FACE À L'UTILISATION DU CONDOM</p> <p>Durée : 20 minutes</p> | <p>JEU</p>  <p>Raisons/Solutions</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Distribuer un carton des 15 étapes à chaque élève ➤ Inviter les élèves à faire une ligne, dans l'ordre approprié, qui représente le déroulement d'une relation sexuelle avec l'utilisation du condom ➤ Demander aux élèves la raison pour lesquelles ils ont choisi cette place ➤ Discuter de l'ordre avec les élèves et les placer dans le bon ordre au besoin ➤ Former des équipes 3-4 élèves ➤ Distribuer la feuille : Raisons/Solutions ➤ Demander aux élèves de trouver des arguments en faveur du port du condom et l'inscrire sur la feuille ➤ Inviter les élèves à partager leurs réponses avec le groupe ➤ Faire un retour sur les réponses et remettre la feuille : Comment négocier le port du condom |

ANNEXE XIII

VERSION ORIGINALE QUESTIONNAIRE ATTITUDE À PROPOS DU CONDOM

ATTITUDES ABOUT CONDOMS

Please respond to all questions even if you are not sexually active or have never used (or had a partner who used) condoms. In such cases indicate how you think you would feel in such a situation.

Choose a number on the scale below that best represents your feelings about each statement. There are no right or wrong responses to any of these statements. Write the number that best represents your opinion in the blank beside each question.

| | | | | | |
|----------------------|----------|----------------------|-------------------|--------|-------------------|
| Strongly Disagree | Disagree | Slightly Disagree | Slightly Agree | Agree | Strongly Agree |
| 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... | 6.....7 |

- ___ 1. It is really hard to bring up the issue of using condoms to my partner.
- ___ 2. Use of a condom is an interruption of foreplay.
- ___ 3. Women think men who use condoms are jerks.
- ___ 4. Condoms are an effective method of preventing the spread of AIDS and other sexually transmitted diseases.
- ___ 5. I always feel really uncomfortable when I buy condoms.
- ___ 6. Condoms are unreliable.
- ___ 7. When I suggest using a condom I am almost always embarrassed.
- ___ 8. Condoms ruin the sex act.
- ___ 9. I think condoms are an excellent means of contraception.
- ___ 10. I don't think that buying condoms is awkward.
- ___ 11. It is very embarrassing to buy condoms.
- ___ 12. It is easy to suggest to my partner that we use a condom.
- ___ 13. If a couple is about to have sex and the man suggests using a condom, it is less likely that they will have sex.
- ___ 14. Condoms do not offer reliable protection.
- ___ 15. Condoms are a lot of fun.
- ___ 16. I never know what to say when my partner and I need to talk about condoms or other protection.
- ___ 17. It would be embarrassing to be seen buying condoms in a store.
- ___ 18. People who suggest condom use are a little bit geeky.
- ___ 19. The use of condoms can make sex more stimulating.
- ___ 20. Condoms are an effective method of birth control.
- ___ 21. I'm comfortable talking about condoms with my partner.
- ___ 22. Men who suggest using a condom are really boring.
- ___ 23. When I need condoms, I often dread having to get them.
- ___ 24. A woman who suggests using a condom does not trust her partner.
- ___ 25. Condoms are uncomfortable for both parties.

From Helweg-Larsen, M., & Collins, B. E. (1994). The UCLA multidimensional condom attitudes Scale: Documenting the complex determinants of condom use. *Health Psychology* 13. 224-237

ANNEXE XIV

TRADUCTION QUESTIONNAIRE ATTITUDE À PROPOS DU CONDOM

ATTITUDES ABOUT CONDOMS

Please answer all of the questions, even if you are not sexually active, have never used condoms, or have never had a partner who used condoms. In these cases, give the best answer for how you would feel in the following situations.

Check the box that best represents your opinion for each statement. There are no good or bad answers.

- 1. It is very difficult to bring up the question of using a condom with my partner.**
 - Strongly disagree (1)
 - Disagree (2)
 - Somewhat disagree (3)
 - (4)
 - Somewhat agree (5)
 - Agree (6)
 - Strongly agree (7)

- 2. Using a condom interrupts foreplay.**
 - Strongly disagree (1)
 - Disagree (2)
 - Somewhat disagree (3)
 - (4)
 - Somewhat agree (5)
 - Agree (6)
 - Strongly agree (7)

- 3. Women think that men who use condoms are stupid.**
 - Strongly disagree (1)
 - Disagree (2)
 - Somewhat disagree (3)
 - (4)
 - Somewhat agree (5)
 - Agree (6)
 - Strongly agree (7)

- 4. Condoms are an efficient way to prevent the spreading of AIDS and other sexually transmitted infections.**
 - Strongly disagree (1)
 - Disagree (2)
 - Somewhat disagree (3)
 - (4)
 - Somewhat agree (5)
 - Agree (6)
 - Strongly agree (7)

- 5. I always feel very uncomfortable when I buy condoms.**
 - Strongly disagree (1)
 - Disagree (2)
 - Somewhat disagree (3)
 - (4)
 - Somewhat agree (5)
 - Agree (6)
 - Strongly agree (7)

6. Condoms are not trustworthy.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

7. When I suggest using a condom, I am almost always shy.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

8. Condoms ruin sex.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

9. I think condoms are an excellent method of contraception.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

10. I do not think buying condoms is weird.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

11. It is very embarrassing to buy condoms.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

12. It is easy to suggest to my partner that they use a condom.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

13. If a couple is about to have sex, and the man suggests using a condom, they probably will not have sex.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

14. Condoms are not a trustworthy form of protection.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

15. Condoms increase pleasure.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

16. I never know what to say when my partner and I need to discuss condoms or another method of protection.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

17. It is embarrassing to be seen buying condoms in a store.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

18. People who suggest using condoms are a little stupid.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

19. Using a condom can make sex more exciting.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

20. Condoms are an efficient method to prevent pregnancy.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

21. I am comfortable talking about condoms with my partner.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

22. Men who suggest using a condom are really annoying.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

23. When I need condoms, I am very stressed to have to get them.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

24. A woman who suggests using a condom does not trust her partner.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

25. Condoms are uncomfortable for both partners.

- Strongly disagree (1)
- Disagree (2)
- Somewhat disagree (3)
- (4)
- Somewhat agree (5)
- Agree (6)
- Strongly agree (7)

Questionnaire original en anglais publié dans: Helweg-Larsen, M., & Collins, B. E. (1994). The UCLA multidimensional condom attitudes Scale: Documenting the complex determinants of condom use. *Health Psychology 13*. 224-237 Permission de traduire le questionnaire en français de l'auteure Marie Helweg-Larsen.

ANNEXE XV

VERSION ORIGINALE DE L'ÉCHELLE DE NEGOCIATION DU CONDOM

CONDOM NEGOTIATION SCALE

READ: Now I'd like you to think about the times since [JA1DATE] that you wanted to use a condom.

M0. So, since [JA1DATE], was there a time when you wanted to use a condom with [PARTNER]?

1 Yes

0 No *End of questionnaire*

M1. How often since [JA1DATE], did you ask your partner if he wanted to use a condom? (Choose one)

0 Never

1 Once

2 A few times

3 More than a few times

M2. How often since [JA1DATE] did you insist on using a condom? (Choose one)

0 Never

1 Once

2 A few times

3 More than a few times

M3. How often since [JA1DATE] did you offer to put the condom on? (Choose one)

0 Never

1 Once

2 A few times

3 More than a few times

M4. How often since [JA1DATE] did you just pull out a condom to use? (Choose one)

0 Never

1 Once

2 A few times

3 More than a few times

M5. How often since [JA1DATE] did you tell your partner that you could get pregnant if you didn't use a condom? (Choose one)

0 Never

1 Once

2 A few times

3 More than a few times

- M6. How often since [JA1DATE] did you say you would go get a condom? (Choose one)
- 0 Never
 - 1 Once
 - 2 A few times
 - 3 More than a few times
- M7. How often since [JA1DATE] did you tell your partner that you needed a condom to be safe? (Choose one)
- 0 Never
 - 1 Once
 - 2 A few times
 - 3 More than a few times
- M8. How often since [JA1DATE] did you tell your partner that you didn't want to have a baby? (Choose one)
- 0 Never
 - 1 Once
 - 2 A few times
 - 3 More than a few times
- M9. How often since [JA1DATE] did you hand a condom to your partner? (Choose one)
- 0 Never
 - 1 Once
 - 2 A few times
 - 3 More than a few times
- M10. How often since [JA1DATE] did you ask your partner if he had a condom? (Choose one)
- 0 Never
 - 1 Once
 - 2 A few times
 - 3 More than a few times
- M11. How often since [JA1DATE] did you tell your partner to put a condom on? (Choose one)
- 0 Never
 - 1 Once
 - 2 A few times
 - 3 More than a few times

- M12. How often since [JA1DATE] did you tell your partner that you wouldn't have sex without a condom? (Choose one)
- 0 Never
 - 1 Once
 - 2 A few times
 - 3 More than a few times
- M13. How often since [JA1DATE] did you tell your partner that you had a condom? (Choose one)
- 0 Never
 - 1 Once
 - 2 A few times
 - 3 More than a few times
- M14. How often since [JA1DATE] did you put a condom on your partner without saying anything? (Choose one)
- 0 Never
 - 1 Once
 - 2 A few times
 - 3 More than a few times
- M15. How often since [JA1DATE] did you tell him that there are a lot of sexually transmitted diseases out there? (Choose one)
- 0 Never
 - 1 Once
 - 2 A few times
 - 3 More than a few time

ANNEXE XVI

TRADUCTION DE L'ÉCHELLE DE NÉGOCIATION DU CONDOM

CONDOM NEGOTIATION SCALE

Answer all questions. Check the box that best represents your opinion for each statement. There are no good or bad answers.

Please note that question number six only applies to girls.

During the last six months, did you want to use a condom with a partner at some point ?

Yes

No End of questionnaire

| | Jamais | Une seule fois | Quelques fois | Souvent | Ne s'applique pas |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. During the last six months, how many times did you ask your partner if he/she wanted to use a condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. During the last six months, how many times did you insist on using a condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. During the last six months, how many times did you propose using a condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. During the last six months, how many times did you get a condom out to use it ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. During the last six months, how many times have you told your partner that you could get pregnant if you do not use a condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. During the last six months, how many times have you said you were going to get condoms ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. During the last six months, how many times have you said to your partner that you need a condom for this to be safe ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. During the last six months, how many times have you said to your partner that you do not want to have a baby ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. During the last six months, how many times have you given your partner a condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. During the last six months, how many times have you asked your partner if he/she had a condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. During the last six months, how many times have you told your partner to put on a condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. During the last six months, how many times have you told your partner that you would not have sex without a condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. During the last six months, how many times have you told your partner that you had a condom ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. During the last six months, how many times have you put a condom on your partner without saying anything ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. During the last six months, how many times have you told your partner that there are many sexually transmitted infections today ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questionnaire original en anglais publié dans: Tschann, J. M., Flores, E., De Groat, C. L., Deardorff, J., & Wibbelsman, C. J. (2010). Condom negotiation strategies and actual condom use among Latino youth. *Journal of Adolescent Health, 47*(3), 254-262. Permission de traduire le questionnaire en français de l'auteure Jeanne M. Tschann.

ANNEXE XVII
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

| | |
|------------------------|--|
| Titulaire du projet : | Karine Lelièvre |
| Unité de recherche : | Maîtrise en sciences infirmières |
| Nom de la directrice : | Nicole Ouellet |
| Titre du projet : | Mesure de l'efficacité d'un programme de prévention des ITSS en ligne sur les connaissances, la motivation et les habiletés comportementales chez les jeunes de 16-24 ans fréquentant les centres d'éducation des adultes. |

Le CÉR de l'Université du Québec à Rimouski certifie, conjointement avec la personne titulaire de ce certificat, que le présent projet de recherche prévoit que les êtres humains qui y participent seront traités conformément aux principes de l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains ainsi qu'aux normes et principes en vigueur dans la Politique d'éthique avec les êtres humains de l'UQAR (C2-D32).

Réservé au CÉR

| | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| N° de certificat : | CÉR-93-670 |
| Période de validité du certificat : | 14 novembre 2016 au 13 novembre 2017 |



Marc-André Villard, président par intérim du CÉR-UQAR

14 nov. 2016

Date

Certificat émis par le sous-comité d'évaluation délégué. Ce certificat sera entériné par le CÉR-UQAR lors de sa réunion du 2 février 2017.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adohinzin, C. C. Y., Meda, N., Belem, A. M. G., Ouédraogo, G. A., Berthé, A., Sombié, I., ... Fond-Harmant, L. (2017). Utilisation du préservatif masculin: connaissances, attitudes et compétences de jeunes burkinabè. *Santé Publique*, 29, 95-103.
- Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Dans F. Gino (Éd.), *Organizational behavior and human decision processes* (Vol. 50, pp. 179-211): Elsevier.
- Aliabadi, N., Carballo-Diequez, A., Bakken, S., Rojas, M., Brown III, W., Carry, M., ... Schnall, R. (2015). Using the Information-Motivation-Behavioral skills model to guide the development of an HIV prevention smartphone application for high-risk MSM. *AIDS Education and Prevention*, 27(6), 522-537.
- Aliyu, A. A., Dahiru, T., Ladan, A. M., Shehu, A. U., Abubakar, A. A., Oyefabi, A. M., & Yahaya, S. S. (2013). Knowledge, sources of information, and risk factors for sexually transmitted infections among secondary school youth in Zaria, Northern Nigeria. *Journal of Medicine in the Tropics*, 15(2), 102-106.
- Bahrami, Z., & Zarani, F. (2015). Application of the Information-Motivation and Behavioral Skills (IMB) model in risky sexual behaviors amongst male students. *Journal of Infection and Public Health*, 8(2), 207-213.
- Bailey, J. V., Murray, E., Rait, G., Mercer, C. H., Morris, R. W., Peacock, R., ... Nazareth, I. (2010). Interactive computer-based interventions for sexual health promotion. *The Cochrane Library*, (9), 76.
- Bandura, A. (1985). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bantuelle, M., & Demeulemeester, R. (2008). *Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire*. (pp. 134). Saint-Denis, FRA: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips).

- Bernhardt, J. M., Mays, D., & Kreuter, M. W. (2011). Dissemination 2.0: closing the gap between knowledge and practice with new media and marketing. *Journal of Health Communication, 16*(1), 32-44.
- Bogani, G., Cromi, A., Serati, M., Monti, Z., Apolloni, C., Nardelli, F., ... Ghezzi, F. (2015). Impact of school-based educational programs on sexual behaviors among adolescents in northern Italy. *Journal of Sex and Marital Therapy, 41*(2), 121-125. doi: 10.1080/0092623X.2014.958791
- Borawski, E. A., Tufts, K. A., Trapl, E. S., Hayman, L. L., Yoder, L. D., & Lovegreen, L. D. (2015). Effectiveness of health education teachers and school nurses teaching sexually transmitted infections/human immunodeficiency virus prevention knowledge and skills in high school. *Journal of School Health, 85*(3), 189-196.
- Bowassa, G. E., Okoko, A., Moyon, E., Motoula-Latou, D., Oko, A., Kambourou, j., ... Moyon, G. (2016). Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes scolarisés face au VIH/SIDA à Brazzaville. *Revue du CAMES: science de la santé, 3*(2), 85-88.
- Boyce, W., Doherty-Poirier, M., MacKinnon, D., Fortin, C., Saab, H., King, M., & Gallupe, O. (2006). Sexual health of Canadian youth: findings from the Canadian youth, sexual health and HIV/AIDS study. *Canadian Journal of Human Sexuality, 15*(2), 59-68.
- Boyce, W., Doherty, M., Fortin, C., & McKinnon, D. (2003). *Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le SIDA au Canada: facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements*. (pp. 169). Toronto, ON: Conseil des ministres de l'éducation du Canada.
- Boyce, W., Fergus, S., & Gallupe, O. (2009). Non-use of condoms at last intercourse among Canadian youth: influence of sexual partners and social expectations. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 18*(1-2), 27-35.
- Brown, L. K., DiClemente, R., Crosby, R., Fernandez, M. I., Pugatch, D., Cohn, S., ... Silver, B. (2008). Condom use among high-risk adolescents: anticipation of partner disapproval and less pleasure associated with not using condoms. *Public Health Reports, 123*(5), 601-607.
- Bull, S., Pratte, K., Whitesell, N., Rietmeijer, C., & McFarlane, M. (2009). Effects of an Internet-based intervention for HIV prevention: the youthnet trials. *AIDS and Behavior, 13*(3), 474-487.
- Camara, F. (2017). *Comportements sexuels à risque chez les adolescents de niveau collégial en Guinée: exploration des facteurs personnels et interpersonnels associés*. (Mémoire de maîtrise inédit). Université Laval, Québec, QC.

- Camilleri, M., Kohut, T., & Fisher, W. (2015). Condom use behavioural skills mediate the relationship between condom use motivation and condom use behaviour among young adult heterosexual males: an information-motivation-behavioural skills analysis. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 131-140. doi: 10.3138/cjhs.242-A1
- Carde, E., & Baillergeau, É. (2013). *L'offre de services en santé sexuelle destinés aux jeunes de Montréal: quelle adaptation aux besoins et quelle accessibilité.* (pp. 60). Montréal, QC: Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS).
- Carey, M. P., & Lewis, B. P. (1999). Motivational strategies can enhance HIV risk reduction programs. *AIDS and Behavior*, 3(4), 269-276.
- Centres de formation Rimouski-Neigette et Mont-Joli-Mitis. (2016). *Fichier de données des élèves 2015-2016.* Rimouski, QC.
- Chang, S. J., Choi, S., Kim, S.-A., & Song, M. (2014). Intervention strategies based on Information-Motivation-Behavioral Skills model for health behavior change: a systematic review. *Asian Nursing Research*, 8(3), 172-181.
- Charania, M. R., Crepaz, N., Guenther-Gray, C., Henny, K., Liau, A., Willis, L. A., & Lyles, C. M. (2011). Efficacy of structural-level condom distribution interventions: a meta-analysis of US and international studies, 1998–2007. *AIDS and Behavior*, 15(7), 1283-1297.
- Charton, L., & Messier-Bellemare, C. (2013). Internet, santé sexuelle et stratégies de négociation: une étude exploratoire. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, (10), 25-44.
- Cissé, C. T. (2013). *Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescents en milieu scolaire sur les infections sexuellement transmissibles (IST) en Commune du District de Bamako.* (Thèse de doctorat inédite). Université de Bakamo, Bakamo.
- Cook, T. D., Campbell, D. T., & Shadish, W. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference.* Houghton Mifflin Boston.
- Coslin, P. G. (2003). *Les conduites à risque à l'adolescence.* Paris, FRA: Armand Colin.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Barnekow Rasmussen, V. (2004). *Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey.* (Vol. 4). Copenhagen, DEN: World Health Organization.
- Deardorff, J., Tschann, J. M., Flores, E., & Ozer, E. J. (2010). Sexual values and risky sexual behaviors among Latino youths. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(1), 23-32.

- Delaquis, S. R., Gueye, N. R., & de Moissac, D. L. (2015). Les comportements sexuels et le harcèlement sexuel en milieu postsecondaire dans l'Ouest canadien. *Can J Public Health, 106*(8), 489-495.
- DeSouza, E., Madrigal, C., & Millan, A. (1999). A cross cultural validation of the multidimensional condom attitudes scale. *Revista Interamericana de Psicología, 33*(1), 191-204.
- Direction de la santé publique. (2017). *Nombre de cas de chlamydie génitale par groupe d'âge, par sexe et par MRC, Bas-Saint-Laurent, 2007 provenant du fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO)*. Rimouski, QC: Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Direction de la santé publique. (2018a). *Nombre de cas de Chlamydie génitale par groupe d'âge, par sexe et par MRC, Bas-Saint-Laurent, 2017 provenant du fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO)*. Rimouski, QC: Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Direction de la santé publique. (2018b). *Nombre de cas déclarés d'infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) et taux d'incidence brut pour le Bas-Saint-Laurent et le Québec, de 2011 à 2017 provenant du fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire (MADO)*. Rimouski, QC: Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Djossa Adoun, S., & Gagnon, M.-P. (2014). *Les technologies de l'information et de la communication (TIC) et la promotion de la santé sexuelle auprès des adolescents et jeunes adultes: au-delà de l'efficacité*. Communication présentée au JFIM (Journées francophones d'informatique médicale), Fès, Maroc.
- Djossa Adoun, S., & Medetongnon, A. (2016). *Les technologies de l'information et de la télécommunication (TIC) pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR) au sein des jeunes des Premières Nations du Québec: faisabilité et pistes d'intervention*. (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, Québec, QC.
- Dumas, J., Haig, T., Lévy, J., Otis, J., Cyr, C., & Lavoie, R. (2010). Évaluation de RÉZO, un programme internet de prévention des ITSS et du VIH/sida destiné aux HARSAH au Québec. *Santé Publique, 21*(hs2), 141-151.
- Dumont, M., Leclerc, D., & McKinnon, S. (2009). Evolution temporelle du stress, du rendement scolaire et des ressources psychosociales selon cinq profils de détresse psychologique d'adolescents. Dans N. Rousseau (Éd.), *Enjeux et défis associés à la qualification: La quête d'un premier diplôme d'études secondaires* (pp. 123-145). Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Dunne, A., McIntosh, J., & Mallory, D. (2014). Adolescents, sexually transmitted infections, and education using social media: a review of the literature. *The Journal for Nurse Practitioners*, *10*(6), 401-408.
- Eaton, L. A., Huedo-Medina, T. B., Kalichman, S. C., Pellowski, J. A., Sagherian, M. J., Warren, M., ... Johnson, B. T. (2012). Meta-analysis of single-session behavioral interventions to prevent sexually transmitted infections: implications for bundling prevention packages. *American Journal of Public Health*, *102*(11), 34-44.
- Espelage, D. L., Low, S., Polanin, J. R., & Brown, E. C. (2013). The impact of a middle school program to reduce aggression, victimization, and sexual violence. *Journal of Adolescent Health*, *53*(2), 180-186.
- Feder, K. L. (2007). *Abstinence-only programs and sexually transmitted infection rates among adolescents in northern Kentucky*. (Master of Science in Nursing). Northern Kentucky University Kentucky, USA.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Addison-Wesley series in social psychology.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, *111*(3), 455-474.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Amico, K. R., & Harman, J. J. (2006). An information-motivation-behavioral skills model of adherence to antiretroviral therapy. *Health Psychology*, *25*(4), 462-473.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Bryan, A. D., & Misovich, S. J. (2002). Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, *21*(2), 177-186.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Misovich, S. J., Kimble, D. L., & Malloy, T. E. (1996). Changing AIDS risk behavior: effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, and behavioral skills in a college student population. *Health Psychology*, *15*(2), 114-123.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., & Shuper, P. A. (2009). The information-motivation-behavioral skills model of HIV preventive behavior. Dans R. J. Diclemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (Éds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (2, Vol. 2, pp. 21-64). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Fisher, W. A., Fisher, J. D., & Shuper, P. A. (2014). Social psychology and the fight against AIDS: An information–Motivation–Behavioral skills model for the prediction and promotion of health behavior change. Dans J. M. Olson, & M. P. Zanna (Éds.), *Advances in Experimental Social Psychology* (1, Vol. 50, pp. 105-193): Elsevier.

- Fleming, R. (2011). Imperative issues affecting school nurse practice: implications for the future of school nursing and child health in Washington state. *Washington State Nurses Association*, 1-20.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (3). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Frappier, J., Kaufman, M., Baltzer, F., Elliott, A., Lane, M., Pinzon, J., & McDuff, P. (2008). Sex and sexual health: a survey of Canadian youth and mothers. *Paediatrics and Child Health*, 13(1), 25.
- French, S. E., & Holland, K. J. (2013). Condom negotiation strategies as a mediator of the relationship between self-efficacy and condom use. *Journal of Sex Research*, 50(1), 48-59. doi: 10.1080/00224499.2011.626907
- Fullerton, T., Meaney, G. J., Rye, B. J., & Loomis, C. (2013). Condom and hormonal contraceptive use by young women: an Information-Motivation-Behavioral Skills assessment. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 45(3), 196-209. doi: 10.1037/a0033309
- Gibbons, M. C., Fleisher, L., Slamon, R. E., Bass, S., Kandadai, V., & Beck, J. R. (2011). Exploring the potential of Web 2.0 to address health disparities. *Journal of health Communication*, 16(1), 77-89.
- Global HIV Prevention Working Group. (2008). *Behavior Change and HIV Prevention: (Re)Considerations for the 21st Century*. (pp. 26).
- Gold, M. A., Tzilos, G. K., Stein, L. A. R., Anderson, B. J., Stein, M. D., Ryan, C. M., ... DiClemente, C. (2016). A randomized controlled trial to compare computer-assisted motivational intervention with Didactic Educational Counseling to reduce unprotected sex in Female adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(1), 26-32. doi: 10.1016/j.jpjag.2015.06.001
- Gomes Dias Pedrosa Da Cunha Oliveira, A. C., Caramelo, F., Patrício, M., Camarneiro, A. P., Cardoso, S. M., & Rui Pita, J. (2017). Impact of an educational intervention program on the sexual behaviors of higher education students. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 71-82.
- Gouvernement du Canada. (2014). Utilisation sécuritaire des condoms. Repéré le 2018-10-28, à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/sante-sexuelle/utilisation-securitaire-condoms.html>
- Granich, R., Gupta, S., B Suthar, A., Smyth, C., Hoos, D., Vitoria, M., ... Ridzon, R. (2011). Antiretroviral therapy in prevention of HIV and TB: update on current research efforts. *Current HIV research*, 9(6), 446-469.

- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence* (7). St Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Guiella, G. (2012). *Comportements sexuels chez les adolescents en Afrique sub-Saharienne: l'exemple du Burkina Faso, du Ghana, du Malawi et de l'Ouganda*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal Montréal, QC.
- Hagan, L. (2006). L'éducation pour la santé: notions théoriques et guide d'intervention. Dans G. Carroll (Éd.), *Pratiques en santé communautaire* (Les Éditions de la Chenelière, pp. 75-90). Montréal.
- Hagan, L. (2014). *Éduquer à la santé: l'essentiel de la théorie et des méthodes* (2). Québec, QC: Presses de l'Université Laval.
- Harrison, A., Smit, J., Hoffman, S., Nzama, T., Leu, C.-S., Mantell, J., ... Exner, T. (2012). Gender, peer and partner influences on adolescent HIV risk in rural South Africa. *Sexual health*, 9(2), 178-186.
- Helweg-Larsen, M. (2010). UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale. Dans T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (Éds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (pp. 162-164). New-York, NY: Routledge.
- Helweg-Larsen, M., & Collins, B. E. (1994). The UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale: documenting the complex determinants of condom use in college students. *Health Psychology*, 13(3), 224.
- Higgins, J. A., & Yu, W. (2015). The role of young adults' pleasure attitudes in shaping condom use. *American Journal of Public Health*, 105(7), 1329-1332. doi: 10.2105/AJPH.2015.302567
- Holland, K. J., & French, S. E. (2012). Condom negotiation strategy use and effectiveness among college students. *Journal of sex research*, 49(5), 443-453.
- Jennings, J. M., Howard, S., & Perotte, C. L. (2014). Effects of a school-based sexuality education program on peer educators: the Teen PEP model. *Health Education Research*, 29(2), 319-329. doi: 10.1093/her/eyt153
- Jeong, S., Cha, C., & Lee, J. (2017). The effects of STI education on Korean adolescents using smartphone applications. *Health Education Journal*, 76(7), 775-786. doi: 10.1177/0017896917714288
- Kang, M., Skinner, R., & Usherwood, T. (2010). Interventions for young people in Australia to reduce HIV and sexually transmissible infections: a systematic review. *Sexual Health*, 7(2), 107-128.

- Kelsey, M., Blocklin, M., Layzer, J., Price, C., Juras, R., & Freiman, L. (2016). Replicating reducing the risk: 12-month impacts of a cluster randomized controlled trial. *American Journal of Public Health, 106*(1), 45-52. doi: 10.2105/AJPH.2016.303409
- Kersaudy-Rahib, D., Clément, J., Lamboy, B., & Lydié, N. (2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST): synthèse de la littérature. *Santé publique, 1*(1), 13-23.
- Kim, C. R., & Free, C. (2008). Recent evaluations of the peer-led approach in adolescent sexual health education: a systematic review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 40*(3), 144-151.
- Kudo, Y. (2013). Effectiveness of a condom use educational program developed on the basis of the Information–Motivation–Behavioral Skills model. *Japan Journal of Nursing Science, 10*(1), 24-40. doi: 10.1111/j.1742-7924.2012.00207.x
- La société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2016). Le sexe et moi: votre ressource de confiance en matière de santé sexuelle et génésique. Repéré le 2017-01-10, à <https://www.sexandu.ca/fr>
- Laghdir, Z. (2011). *Étude sur le comportement sexuel, les attitudes et les connaissances en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes et les adultes des premières nation. Région du Québec*. (pp. 170): Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.
- Lee, Y. M., Florez, E., Holm, K., Horwitz, J., & Waters, R. (2016). Latino adolescent perspectives toward sexually transmitted infection educational programs. *International Journal of Nursing Knowledge, 27*(1), 17-23. doi: 10.1111/2047-3095.12074
- Lehoux, G. (2016). *Les habitudes sexuelles et contraceptives des jeunes adultes de 18-25 ans*. (pp. 28): SOS Grossesse.
- Lenglengue, O. (2010). *Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents en matière de planification familiale : cas de la commune rurale de Niaogho au Burkina Faso*. (Mémoire de maîtrise inédit). Université internationale d'Andalousie, Andalousie, ES.
- Les Centres de formation Rimouski-Neigette et Mont-Joli-Mitis. (2018). Repéré le 2018-09-17, à <http://lescentresdeformation.com/>
- Lester, C., & Allan, A. (2006). Teenage sexual health needs: asking the consumers. *Health Education, 106*(4), 315-328.
- Lightfoot, M. (2012). HIV prevention for adolescents: Where do we go from here ? *American Psychologist, 67*(8), 661-671.

- Liu, Z., Wei, P., Huang, M., Liu, Y. b., Li, L., Gong, X., ... Li, X. (2014). Determinants of consistent condom use among college students in China: application of the Information-Motivation-Behavior Skills (IMB) model. *Research and Theory for Nursing Practice*, 9(9), 1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0108976
- Lustria, M. L. A., Cortese, J., Gerend, M. A., Schmitt, K., Kung, Y. M., & McLaughlin, C. (2016). A model of tailoring effects: a randomized controlled trial examining the mechanisms of tailoring in a web-based STD screening intervention. *Health Psychology: Official Journal of The Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 35(11), 1214-1224.
- Mahat, G., & Scoloveno, M. A. (2018). Effectiveness of adolescent peer education programs on reducing HIV/STI Risk: an integrated review. *Research and Theory for Nursing Practice*, 32(2), 168-198. doi: 10.1891/1541-6577.32.2.168
- Maisto, S. A., Carey, M. P., Carey, K. B., Gordon, C. M., Schum, J. L., & Lynch, K. G. (2004). The relationship between alcohol and individual differences variables on attitudes and behavioral skills relevant to sexual health among heterosexual young adult men. *Archives of Sexual Behavior*, 33(6), 571-584.
- Marcell, A. V., Allan, E., Clay, E. A., Watson, C., & Sonenstein, F. L. (2013). Effectiveness of a brief curriculum to promote condom and health care use among out-of-school young adult males. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(1), 33-40. doi: 10.1363/4503313
- Markham, C. M., Peskin, M. F., Shegog, R., Baumler, E. R., Addy, R. C., Thiel, M., ... Tortolero, S. R. (2014). Behavioral and psychosocial effects of two middle school sexual health education programs at tenth-grade follow-up. *Journal of Adolescent Health*, 54(2), 151-159.
- Marois, N., Poliquin, H., & Prost, M. (2010). Lutte contre les ITSS: Les organisations sont-elles suffisamment compétentes pour y faire face ? *Perspective infirmière*, 7(2), 11-12.
- Marsch, L. A., Grabinski, M. J., Bickel, W. K., Desrosiers, A., Guarino, H., Muehlbach, B., ... Acosta, M. (2011). Computer-assisted HIV prevention for youth with substance use disorders. *Substance Use & Misuse*, 46(1), 46-56.
- Marsch, L. A., Guarino, H., Grabinski, M. J., Syckes, C., Dillingham, E. T., Xie, H., & Crosier, B. S. (2015). Comparative effectiveness of web-based vs. educator-delivered HIV prevention for adolescent substance users: a randomized, controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 59(1), 30-37.
- McCall, D., & McKay, A. (2004). School-based and school-linked sexual health education and promotion in Canada. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada: JOGC* 26(6), 596-605.

- Mercier, H. (2013, Et la sexualité, ça va ? *Gazette des femmes*. Repéré à <http://www.gazettedesfemmes.ca/6535/et-la-sexualite-ca-va/>
- Ministère de l'Éducation de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. (2015). *Statistiques de l'éducation: éducation préscolaire, enseignement primaire et secondaire*. Québec, QC: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec année 2007 (et projections 2008)*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2010). *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. (pp. 76). Montréal, QC.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2015a). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2015b). *Programme national de santé publique 2015-2025*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2016). ITSS: Accueil. Repéré le 2017-01-17, à <http://itss.gouv.qc.ca/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2017). *Joindre, dépister et détecter, traiter - Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique*. Gouvernement du Québec.
- Miranda, J. (2009). *Participants' preferences for HIV prevention interventions*. (Thesis for the degree of Doctor of Philosophy). University of Toronto, Toronto, ON.
- Misovich, S. J., Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1996). The perceived AIDS-preventive utility of knowing one's partner well: a public health dictum and individuals' risky sexual behaviour. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 5(2), 83-90.
- Modieli Amdou, D. (2008). *Déterminants des comportements sexuels à risque d'infection aux IST/VIH/sida chez les adolescents au Niger*. (Mémoire d'Études Supérieures Spécialisées en Démographie). Université de Yaoundé II, Yaoundé, CMR.
- Ndebele, M., Kasese-Hara, M., & Greyling, M. (2012). Application of the Information, Motivation and Behavioural Skills (IMB) Model for Targeting HIV-risk Behaviour Among Adolescent Learners in South Africa. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 9(1), 37-47.

- Nicoud, A. (2010). Le retour des cours d'éducation sexuelle réclamé. *La presse*. Repéré à <http://www.lapresse.ca/actualites/education/201009/01/01-4311709-le-retour-des-cours-deducation-sexuelle-reclame.php>
- Noar, S. M. (2007). An interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS care*, 19(3), 392-402.
- Noar, S. M., Pierce, L. B., & Black, H. G. (2010). Can computer-mediated interventions change theoretical mediators of safer sex ? A meta-analysis. *Human Communication Research*, 36(3), 261-297.
- Ntirampeba, E., & De Sutter, P. (2017). Les facteurs qui influencent la faible utilisation des préservatifs par la population sexuellement active du Burundi. *Sexologies*, 26(4), 228-235.
- O'Connor, E. A., Lin, J. S., Burda, B. U., Henderson, J. T., Walsh, E. S., & Whitlock, E. P. (2014). Behavioral sexual risk-reduction counseling in primary care to prevent sexually transmitted infections: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 161(12), 874-883.
- O'Neill, M., & Stirling, A. (2006). Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé ? Dans M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson, & I. Rootman (Éds.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* (pp. 42-61). Québec, QC: Presses de l'Université Laval.
- O'Sullivan, L. F., Udell, W., Montrose, V. A., Antoniello, P., & Hoffman, S. (2010). A cognitive analysis of college students' explanations for engaging in unprotected sexual intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1121-1131.
- Offir, J. T., Fisher, J. D., Williams, S. S., & Fisher, W. A. (1993). Reasons for inconsistent AIDS-preventive behaviors among gay men. *Journal of Sex Research*, 30(1), 62-69.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire*. (pp. 128). Montréal.
- Osborn, C. Y., & Egede, L. E. (2010). Validation of an Information–Motivation–Behavioral Skills model of diabetes self-care (IMB-DSC). *Patient Education and Counseling*, 79(1), 49-54.
- Otis, J., Gaurdeau, L., Duquet, F., Michaud, F., & Nonn, E. (2012). *L'intégration et la coordination des actions en éducation à la sexualité en milieu scolaire dans le contexte en transformation des réseaux de l'éducation et de la santé* [Rapport de synthèse]. (2 Éd.). Montréal, QC: Université du Québec à Montréal.
- Parenteau, E. (2013). *L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par*

- le sang (ITSS)*. (Vol. 1, pp. 37). Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3). Montréal, QC: Édition Chenelière.
- Perron, M. (2009). Les inégalités sociogéographiques des parcours scolaires dans les régions du Québec: constats selon le genre, le lieu de résidence et l'origine sociale. Dans N. Rousseau (Éd.), *Enjeux et défis associés à la qualification: la quête d'un premier diplôme d'études secondaires* (pp. 54-76). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Peskin, M. F., Shegog, R., Markham, C. M., Thiel, M., Baumler, E. R., Addy, R. C., ... Emery, S. T. (2015). Efficacy of It's Your Game-Tech: a computer-based sexual health education program for middle school youth. *Journal of Adolescent Health, 56*(5), 515-521. doi: 10.1013/j.jadohealth.2015.01.001
- Petrova, D., & Garcia-Retamero, R. (2015). Effective Evidence-Based Programs For Preventing Sexually-Transmitted Infections: a Meta-Analysis. *Current HIV Research, 13*(5), 432-438.
- Pica, L. A., Traoré, I., Bernèche, F., Laprise, P., Cazale, L., Camirand, H., ... Plante, N. (2012). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui: leur santé physique et leurs habitudes de vie*. (Vol. 1, pp. 258). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Picot, J., Shepherd, J., Kavanagh, J., Cooper, K., Harden, A., Barnett-Page, E., ... Frampton, G. K. (2012). Behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13–19 years: a systematic review. *Health Education Research, 27*(3), 495-512. doi: 10.1093/her/cys014
- Potter, S. C., Coyle, K. K., Glassman, J. R., Kershner, S., & Prince, M. S. (2016). It's Your Game. . . Keep It Real in South Carolina: a Group Randomized Trial Evaluating the Replication of an Evidence-Based Adolescent Pregnancy and Sexually Transmitted Infection Prevention Program. *American Journal of Public Health, 106*, 60-69. doi: 10.2105/AJPH.2016.303419
- Potvin, P., Fortin, L., Marcotte, D., Royer, É., & Deslandes, R. (2004). Guide de prévention du décrochage scolaire. *Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec (CTREQ)*, 6(1), 1-80.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390-395.

- Rapoff, M. A. (2013). E-health interventions in pediatrics. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 1*(4), 309-313.
- Renaud, L., & Sauvé, L. (2010). Validation par les experts et évaluation de l'efficacité d'un jeu éducatif en ligne sur les attitudes des jeunes de 13 et 14 ans à l'égard de la santé sexuelle. *Revue des sciences de l'éducation, 36*(3), 671-694.
- Richard, L., Fortin, S., & Bérubé, F. (2004). Prévention et promotion de la santé pour les enfants et les jeunes: description et enjeux de la pratique infirmière en CLSC. *Santé publique, 16*(2), 273-285.
- Rosengard, C., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2006). Correlates of condom use and reasons for condom non-use among drug users. *The American journal of drug and alcohol abuse, 32*(4), 637-644.
- Rotermann, M. (2012). *Comportement sexuel et utilisation du condom chez les 15 à 24 ans en 2003 et en 2009-2010*. (Vol. 23). Ottawa, ON: Statistique Canada.
- Roy, J. (2006). La santé des enfants d'âge scolaire et des adolescents. Dans G. Carroll (Éd.), *Pratiques en santé communautaire* (pp. 289-304). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Sadovszky, V., Draudt, B., & Boch, S. (2014). A systematic review of reviews of behavioral interventions to promote condom use. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 11*(2), 107-117. doi: 10.1111/wvn.12017
- Salam, R. A., Faqqah, A., Sajjad, N., Lassi, Z. S., Das, J. K., Kaufman, M., & Bhutta, Z. A. (2016). Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. *Journal of Adolescent Health, 59*(4), 11-28.
- Samkange-Zeeb, F. N., Spallek, L., & Zeeb, H. (2011). Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. *BMC Public Health, 11*(1), 727.
- Segbedji, K. A. R., Djadou, K. E., Tchagbele, O.-B., Azoumah, K. D., Geraldo, A., Agbeko, F., ... Atakouma, Y. D. (2016). Santé sexuelle des adolescents collégiens: connaissances, attitudes et pratiques face aux risques des infections sexuellement transmissibles au nord-est de Lomé. *Revue du CAMES: Science de la santé, 4*(2), 85-89.
- Simon, L., & Daneback, K. (2013). Adolescents' use of the internet for sex education: A thematic and critical review of the literature. *International Journal of Sexual Health, 25*(4), 305-319.
- Sowell, R. L., Seals, B. F., & Phillips, K. D. (1996). Knowledge and risk behaviors of people seeking HIV antibody testing at a community site. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 7*(3), 33-41.

- Starosta, A. J., Berghoff, C. R., & Earleywine, M. (2015). Factor structure and gender stability in the multidimensional condom attitudes scale. *SAGE Journals*, 22(3), 374-384.
- Stone, N., Graham, C., Anstee, S., Brown, K., Newby, K., & Ingham, R. (2018). Enhancing condom use experiences among young men to improve correct and consistent condom use: feasibility of a home-based intervention strategy (HIS-UK). *Pilot and feasibility studies*, 4(1), 63.
- Swanson, H. L., Harris, K. R., & Graham, S. (2013). *Handbook of learning disabilities* (2). New York, NY: Guilford Press.
- Tolli, M. (2012). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies. *Health education research*, 27(5), 904-913.
- Trenholm, C., Devaney, B., Fortson, K., Clark, M., Quay, L., & Wheeler, J. (2008). Impacts of abstinence education on teen sexual activity, risk of pregnancy, and risk of sexually transmitted diseases. *Journal of Policy Analysis and Management*, 27(2), 255-276.
- Tschann, J. M., Flores, E., De Groat, C. L., Deardorff, J., & Wibbelsman, C. J. (2010). Condom negotiation strategies and actual condom use among Latino youth. *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 254-262.
- Tung, W.-C., Hu, J., Efird, J. T., Yu, L., & Su, W. (2012). HIV-related knowledge, attitudes and behaviours among college students in China. *Health Education Journal*, 71(5), 606-616.
- Unger, J. B., & Molina, G. B. (1999). The UCLA multidimensional condom attitudes scale: validity in a sample of low-aculturated Hispanic women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 21(2), 199-211.
- van der Geugten, J., van Meijel, B., den Uyl, M. H. G., & de Vries, N. K. (2015). Evaluation of a sexual and reproductive health education programme: students' knowledge, attitude and behaviour in Bolgatanga municipality, northern Ghana. *African Journal of Reproductive Health*, 19(3), 126-136.
- Walsh, J. L., Senn, T. E., Scott-Sheldon, L. A., Vanable, P. A., & Carey, M. P. (2011). Predicting condom use using the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) model: a multivariate latent growth curve analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(2), 235-244.
- Wilson, K., Asbridge, M., Kisely, S., & Langille, D. (2010). Associations of risk of depression with sexual risk taking among adolescents in Nova Scotia high schools. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(9), 577-585.

- Ybarra, M. L., Korchmaros, J. D., Prescott, T. L., & Birungi, R. (2015). A randomized controlled trial to increase HIV preventive information, motivation, and behavioral skills in Ugandan adolescents. *Annals of Behavioral Medicine, 49*(3), 473-485.
- Zarani, F., Besharat, M. A., Sadeghian, S., & Sarami, G. (2010). The effectiveness of the information-motivation-behavioral skills model in promoting adherence in CABG patients. *Journal of health psychology, 15*(6), 828-837.
- Zukoski, A. P., Harvey, S. M., & Branch, M. (2009). Condom use: Exploring verbal and non-verbal communication strategies among Latino and African American men and women. *Aids Care, 21*(8), 1042-1049.