

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
VÉRONIQUE LÉPINE

CRÉATION, IMPLANTATION ET ÉVALUATION DU JEU DE RÔLE
«ÊTRE PARENT ADO» AUPRÈS D'ADOLESCENTS DE SECONDAIRE III

AOÛT 2010

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
VÉRONIQUE LÉPINE

CRÉATION, IMPLANTATION ET ÉVALUATION DU JEU DE RÔLE
«ÊTRE PARENT ADO» AUPRÈS D'ADOLESCENTS DE SECONDAIRE III

AOÛT 2010

Sommaire

La grossesse chez les adolescents, qui comporte de risques importants aux niveaux physique, psychologique et social, demeure une problématique actuelle des pays industrialisés. Depuis plusieurs années, différents types d'intervenants tentent diverses stratégies pour contrer ce phénomène. Comme la méthode d'enseignement par jeu de rôle a fonctionné dans d'autres contextes pour favoriser l'adopter des comportements de santé, cette étude reprend cette pratique. Le but de l'intervention est de comparer, s'il y a lieu, les différences d'attitudes, de croyances et d'intention des adolescents face à l'utilisation d'un moyen de contraception lors d'une relation sexuelle. Le processus expérimenté par onze adolescents de secondaire III était: les questionnaires sociodémographique, pré-test et post-test, ainsi que l'expérimentation du jeu de rôle. Les réponses obtenues par les questionnaires permettent d'identifier certaines différences dans les items mesurés avant et après l'intervention. En effet, le dernier questionnaire expose des réponses plus complètes et plus précises sur la réalité d'être un parent adolescent. De plus, la motivation face à la contraception est augmentée et la poursuite d'une grossesse non planifiée est moins une option. Suite à l'analyse, des recommandations pour la pratique infirmière, pour la recherche, ainsi que pour l'éducation en santé familiale sont rédigées. L'enseignement de façon pratique, ainsi que par de nouvelles méthodes non traditionnelles sont à privilégier.

Mots clefs (français/anglais): adolescen*/teen*or ado*, grossesse/pregnancy, prévention/prevent*, enseignement/teach*, jeu de rôles/role play

Table des matières

<i>Sommaire</i>	ii
<i>Table des matières</i>	iii
<i>Liste des tableaux</i>	vi
<i>Remerciements</i>	viii
<i>Introduction</i>	1
<i>Problématique</i>	5
Grossesse à l'adolescence.....	6
Situation actuelle.....	9
<i>Contraception</i>	10
<i>Causes</i>	10
<i>Répercussions sociales de la grossesse à l'adolescence</i>	11
Situation désirable.....	11
Pistes de solution.....	12
Approche innovatrice.....	13
Intervention proposée.....	15
Pertinence de l'intervention.....	16
Objectifs de l'intervention.....	17
Objectifs personnels.....	18
<i>Revue des écrits</i>	20
Développement de l'adolescent.....	21
<i>Puberté</i>	22
<i>Maturité physique et maturité psychologique</i>	23
<i>Relation avec les risques</i>	23
<i>Influence des pairs</i>	25
<i>Différences entre les genres</i>	26
Santé sexuelle.....	27
<i>Âge de la première relation sexuelle et sexualité précoce</i>	27
<i>Comportements sexuels</i>	28
Risques et conséquences de la grossesse à l'adolescence.....	28
<i>Risque pour la mère et l'enfant</i>	29

<i>Conséquences pour la mère et l'enfant</i>	30
<i>Conséquences pour le père adolescent</i>	32
Programmes existants de prévention de la grossesse à l'adolescence.....	32
<i>Programmes axés sur la disponibilité de la contraception</i>	34
<i>Approche cognitive</i>	35
<i>Approche combinée</i>	37
Critères essentiels d'un bon programme de prévention.....	41
<i>Cadre de référence</i>	50
Modèle intégrateur de Godin.....	51
Justification du choix du modèle.....	56
Processus de consultation de Lescarbeau.....	57
<i>Méthode de l'intervention</i>	60
Description du milieu et des participants.....	62
Instruments de mesure.....	64
<i>Questionnaire sociodémographique</i>	64
<i>Questionnaire pré et post intervention</i>	65
Validation des instruments.....	66
Considérations éthiques.....	66
Déroulement de l'intervention.....	68
<i>L'entrée</i>	68
<i>L'entente</i>	69
<i>L'orientation</i>	69
<i>La planification</i>	70
<i>La réalisation</i>	71
<i>La terminaison</i>	76
<i>Résultats et évaluation de l'intervention</i>	77
Profil des participants.....	78
Mesure des concepts.....	81
<i>Mesure des attitudes</i>	82
<i>Mesure des croyances</i>	97
<i>Mesure de l'intention</i>	107
Évaluation de l'intervention.....	113
<i>Évaluation de l'atteinte des objectifs de l'intervention</i>	113
<i>Évaluation de l'atteinte des objectifs personnels</i>	115
<i>Discussion et recommandations</i>	119
Écarts entre les résultats et la littérature.....	120
<i>Jeu de rôle</i>	120

<i>Attitudes face à la contraception</i>	124
<i>Croyances face à la contraception</i>	126
<i>Intention face à la contraception</i>	127
<i>Satisfaction des participants</i>	128
Forces et limites du projet.....	129
<i>Forces du projet</i>	129
<i>Limites du projet</i>	130
Recommandations aux niveaux des champs de la pratique infirmière.....	131
<i>Pratique clinique</i>	131
<i>Recherche</i>	132
<i>Éducation</i>	133
<i>Conclusion</i>	135
<i>Références</i>	140
<i>Appendice A : Schéma du cadre d'intervention « Anticiper, reporter et entourer</i>	147
<i>Appendice B : Questionnaire sociodémographique</i>	149
<i>Appendice C : Questionnaire pré et post intervention</i>	153
<i>Appendice D : Copie du certificat d'éthique de l'UQO</i>	164
<i>Appendice E: Contrat avec le milieu</i>	167
<i>Appendice F: Affiche de recrutement</i>	174
<i>Appendice G: Lettre de recrutement</i>	176
<i>Appendice H: Formulaire de consentement</i>	179

Liste des tableaux

Tableau 1: Nombre de naissances (...) selon leur niveau de scolarité en 2009.....	9
Tableau 2: Raisons nommées justifiant la non contraception.....	85
Tableau 3: Conséquences nommées d'une grossesse à l'adolescence.....	87
Tableau 4: Conséquences nommées d'une grossesse sur la vie future.....	88
Tableau 5: Conséquences nommées d'un avortement	89
Tableau 6: Avantages et désavantages cités de l'utilisation de la contraception.....	91
Tableau 7: Sentiments face à l'utilisation de la contraception.....	93
Tableau 8 : Sentiments de contrôle face à l'utilisation de contraceptifs.....	94
Tableau 9: Niveau d'importance donné à un bon moyen de contraception.....	95
Tableau 10: Sentiment d'efficacité par rapport à l'utilisation de contraception.....	96
Tableau 11: Niveau de culpabilité lié à la non utilisation de contraception.....	97
Tableau 12: Personnes qui utilisent la contraception selon les normes perçues.....	98
Tableau 13: Niveau de responsabilité lié à l'utilisation de la contraception.....	99
Tableau 14: Niveau de principes face à l'utilisation de contraceptifs.....	100
Tableau 15: Niveau d'acceptabilité lié à la non contraception.....	101
Tableau 16: Norme perçue pour un adolescent d'utiliser de la contraception.....	102
Tableau 17: Norme perçue selon le sexe d'utiliser de la contraception.....	103
Tableau 18: Norme perçue selon l'origine d'utiliser de la contraception.....	104
Tableau 19: Niveau d'influence des attentes d'autrui sur le comportement.....	105
Tableau 20: Niveau d'influence des pensées d'autrui sur le comportement.....	106

Tableau 21: Influence des recommandations d'autrui sur le comportement.....	106
Tableau 22: Raisons dites pour lesquelles la non contraception est justifiable.....	108
Tableau 23: Raisons nommées pour lesquelles la contraception est impossible.....	109
Tableau 24: Niveau du sentiment d'efficacité par rapport à la contraception.....	109
Tableau 25: Croyance liée au refus d'utiliser un contraceptif par le(a) partenaire	111
Tableau 26: Niveaux d'intention liés à l'utilisation d'un moyen de contraception	112

Remerciements

Tout d'abord, un immense merci à la professeure Martine Mayrand Leclerc, la directrice de cet essai, pour avoir cru en moi dès le début. Merci infiniment à la professeure Francine de Montigny, ma co-directrice, qui a gentiment pris le relais. À vous deux, par votre présence, vos conseils et vos encouragements, j'ai réussi à mener à terme mon projet de maîtrise. Pendant ces cinq années d'étude, vous avez été d'un grand soutien.

Un merci spécial à mon mari et mes parents qui m'ont encouragée à poursuivre mes études au niveau de la maîtrise. Ils ont su être présents et m'ont soutenue tout au long de mon parcours, dans les bons moments comme dans les plus difficiles. Merci maman d'être un si bon exemple de détermination. Merci à mes filles : merci Arielle d'avoir laissé maman faire ses devoirs et merci Élyane d'avoir fait de beaux dodos pour que maman puisse écrire son essai. Merci à ma famille, mes amis et mes collègues pour vos continuels mots d'encouragement.

Merci à Sylvain Dault-Lagacé, un professeur dévoué qui a cru en mon projet. Merci d'avoir été disponible et de m'avoir si bien épaulée. Merci à l'école secondaire Du Versant d'avoir accepté d'être l'hôte de mon intervention. Merci aux adolescents qui ont bien voulu jouer le jeu et sans qui, tout aurait été impossible.

Introduction

La maturité sexuelle est parfois atteinte avant la maturité physique, mais généralement bien avant la maturité psychosociale, de sorte que «certains adolescents ont une vie sexuelle active avant d'avoir leur maturité psychosociale» (Tremblay, 2001). Ainsi, les jeunes s'initient plus tôt à la sexualité, malgré le fait qu'ils ne possèdent pas nécessairement les outils, sur les plans cognitif, émotionnel et social, pour faire face aux responsabilités et aux risques liés à la sexualité (Tremblay, 2001). De plus, comme les jeunes ont tendance à vivre dans le moment présent, phénomène caractéristique de la phase de l'adolescence, il est plus difficile de prévoir la relation sexuelle et de penser à la contraception, d'où l'importance d'encourager l'adoption préventive d'un comportement contraceptif (Loignon, 1996). Le même auteur souligne que l'absence de motivation est un facteur important lié à l'échec de la contraception. Comme la motivation est souvent affectée par l'anticipation des effets secondaires et des répercussions sur la santé, il est nécessaire de trouver une autre source de motivation pour les jeunes envers la contraception (Deijen, 1997). Depuis plusieurs années, différents types d'intervenants ont tenté de trouver des moyens et des façons d'encourager la contraception chez les jeunes, d'autant plus que l'absence de contraception a des conséquences graves sur leur vie, dont les plus importantes sont les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), ainsi que la grossesse non désirée.

Une étude faite en 2000 révèle que les notions généralement abordées dans le cadre des programmes d'enseignement scolaire sont: les avantages et les inconvénients des méthodes de contraception, leur mode d'utilisation et leur taux d'efficacité (Dufort, Guilbert & St-Laurent). De plus, les auteurs rapportent que les jeunes se disent ennuyés par le contenu répétitif des cours sur la prévention des grossesses, d'une année scolaire à l'autre (Dufort et al., 2000). Ils concluent que les enseignants dédient trop de temps à la théorie plutôt que de favoriser une réflexion sur l'importance d'adopter un comportement contraceptif adéquat. Ces auteurs prônent l'importance de mettre l'accent sur les répercussions d'une grossesse à l'adolescence pour augmenter la motivation, au lieu que de miser uniquement sur l'apport de connaissances théoriques (Dufort et al., 2000).

Tel que recommandé par Blais (2005), il est crucial d'innover et de trouver des façons originales, qui prennent en considération la réalité des jeunes, afin de favoriser la réflexion sur les conséquences d'une grossesse.

Cet essai présente la création, l'implantation et l'évaluation d'un jeu de rôle, nommé «devenir un parent ado» auprès d'adolescents de 3^e secondaire. Il se divise en six parties. La première partie de cet essai porte sur la problématique actuelle qu'est la grossesse chez les adolescents. Une revue des écrits, afin de bien connaître toutes les perspectives rattachées à ce sujet, est élaborée en deuxième partie. Le développement de l'adolescent, la santé sexuelle, les risques et les conséquences de la grossesse chez les adolescents, les critères essentiels d'un bon programme de prévention, les programmes

existants de prévention de la grossesse à l'adolescence à travers l'Amérique du Nord sont abordés. De plus, les fondements d'une approche innovatrice peu utilisée, qu'est le jeu de rôle, sont explorés.

Par la suite, les cadres conceptuels utilisés qui servent de cadre théorique pour le déroulement de l'intervention sont expliqués, soit le modèle intégrateur de Godin (1991) et le modèle de consultation de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2003). Ce dernier modèle guide plus particulièrement la démarche à suivre tout au long du déroulement de l'intervention.

La quatrième partie de l'essai englobe les aspects plus pratiques de l'intervention proposée, soit la méthode et le déroulement de l'intervention. Les cinquième et sixième sections présentent respectivement les résultats, l'évaluation de l'intervention et la discussion sur ces résultats obtenus, ainsi que les recommandations suggérées. Afin de bien structurer une intervention, il est nécessaire de bien cerner les problèmes initiaux dès le départ, ce qui fait l'objet du prochain chapitre.

Problématique

L'adolescence est une période de la vie où surviennent de multiples changements, tout autant physiques, psychologiques que sociaux, accompagnés par un intérêt grandissant envers la sexualité (DiCenso, Guyatt, Willan & Griffith, 2002). On observe que la sexualité, qui était autrefois un sujet tabou, est devenue aujourd'hui un thème de discussion familial pour les jeunes du XXI^e siècle. En effet, depuis quelques années, la sexualité est devenue une partie intégrante de la vie des adolescents et de leur développement. (Doss, Vesely, Oman, Aspy, Tolma, Rodine & Marshall, 2006).

Grossesse à l'adolescence

Ce nouvel intérêt vers la sexualité place les adolescents à risque d'une grossesse non désirée (DiCenso & al., 2002). Le haut taux d'adolescentes enceintes est considéré comme un problème dans plusieurs régions du monde, principalement dans les pays industrialisés. Malheureusement, il est difficile de faire des comparaisons entre les pays, puisque le taux de grossesses chez les moins de 19 ans n'est pas spécifié pour tous. Toutefois, il est important de souligner les données rapportées par Hamlyn (2002), mentionnant que les États-Unis est le pays le plus touché avec 55 grossesses par 1000 adolescentes, puis la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni avec 23 grossesses par 1000 adolescentes. Viennent ensuite l'Australie, l'Irlande, l'Allemagne, la France, l'Italie et les Pays-Bas, dont les taux ne sont pas spécifiés. (Hamlyn, 2002). En Angleterre, quelques 90 000 adolescentes deviennent enceintes chaque année, dont 8000 sont âgées

de moins de 16 ans. De plus, environ trois de ces grossesses sur quatre n'étaient pas planifiées par les jeunes mères (Hamlyn, 2002).

Le taux de grossesses pour les jeunes femmes âgées entre 15 et 19 ans aux États-Unis est passé de 4% à 5,6% entre 1990 et 2002, selon le rapport démographique fait par le *U.S. Centers for Disease Control and Prevention* (Arias, MacDorman, Strobino & Guyer, 2003). Des études plus récentes ajoutent qu'il y a environ un million d'adolescentes qui deviennent enceintes chaque année aux États-Unis, ce qui représente 13% des naissances totales du pays (Sawsan, Gantt & Rosenthal, 2004).

On constate que le Canada n'échappe pas à la problématique de la grossesse chez les adolescentes. Les dernières données connues sur le sujet révèlent qu'au pays, il y a 42,7 grossesses pour 1000 adolescentes de 15 à 19 ans (Dryburgh, 2001). Le Québec se situe juste sous la moyenne canadienne avec 35 grossesses pour 1000 jeunes filles de 14 à 19 ans, et de ce nombre, la moitié sont interrompues par un avortement volontaire (Dryberg, 2001). Toutefois, des données plus récentes du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Bédard, 2007) révèlent un taux de grossesse chez les adolescentes ayant légèrement diminué dans la province québécoise. Pour l'année 2003, le taux de grossesse des jeunes filles de 14 à 19 ans étaient de 31,5 pour 1000, soit une baisse de 3,5 grossesses pour 1000 adolescentes en six années.

Les dernières données de l'Institut de la statistique du Québec (2010) révèlent qu'en 2009, il y a eu 2701 naissances chez les mères âgées de moins de 19 ans, dont 43,4% d'entre elles sont survenues avant que ces jeunes aient complété leurs études secondaires (voir Tableau 1).

Dans la région de l'Ouest du Québec, la Direction de santé publique de l'Outaouais (2002) a publié les statistiques concernant le taux de naissance et d'interruption volontaire de grossesse (IVG) selon l'âge pour la région de l'Outaouais¹. Le taux de grossesses chez les jeunes filles de 14 à 17 ans en Outaouais, quelque soit l'issue, est de 15,3 pour 1000 adolescentes pour les années 2000 et 2001. Chez les 18-19 ans, le taux de grossesses, quelque soit l'issue, est de 77,2 pour 1000 jeunes filles. En additionnant ces deux taux, l'Outaouais afficherait donc un taux de 92,5 grossesses par 1000 adolescentes entre 14 et 19 ans, ce qui donne un résultat considérablement plus élevé que le taux provincial de l'année précédente de 31,5 pour 1000.

¹ Contrairement aux données vues précédemment, les statistiques dissocient le taux de grossesses et d'IVG pour les filles de 14 à 17 ans et celles de 18-19 ans.

Tableau 1

Nombre de naissances chez les mères de moins de 19 ans selon leur niveau de scolarité en 2009

Dernier niveau de scolarité complété	Naissances totales=2701	%
Moins que le secondaire	1183	43,8
Secondaire	1280	47,4
Collégial	68	2,5
Universitaire	10	0,4
Non déclaré	160	5,9

Situation actuelle

La grossesse pendant l'adolescence comprend plusieurs aspects qui nécessitent d'être explorés afin de bien comprendre cette problématique. En effet, il est nécessaire de dresser un portrait systémique de la situation actuelle vécue par les jeunes, plus spécialement ceux du Canada et de la province de Québec, pour tenter de trouver des pistes de solution. Les sujets traités dans la section suivante seront: la situation actuelle, la contraception, les causes, la situation désirable, les pistes de solution, une approche

innovatrice, l'intervention proposée, ainsi que les objectifs de l'intervention et les objectifs personnels.

Contraception

Bon nombre d'adolescents adoptent des comportements sexuels à risque tels que: les rapports sexuels sans préservatifs, les partenaires multiples et les rapports sexuels sous l'effet de la drogue. Parmi l'échantillon de près de 2000 jeunes âgés entre 15 et 19 ans, interrogés par Santé Canada (2000), 51% des filles et 29% des garçons sexuellement actifs, rapportaient avoir déjà eu des relations sexuelles sans l'utilisation du condom. Malheureusement, aucune spécification n'est donnée sur le taux de grossesses suite à ces comportements risqués et le nombre exact d'adolescents interrogés est aussi absent.

Causes

Dans le document élaboré pour le Fonds pour les projets nationaux du PACE et du PCNP de Santé Canada (2000): *Anticiper, reporter et entourer*, les chercheurs attribuent la forte prévalence de grossesses pendant l'adolescence à un manque d'éducation sexuelle et un manque d'accès à la contraception. Ils ajoutent que les jeunes ont « besoin d'habilités pratiques pour bien négocier leurs activités sexuelles et mieux savoir composer avec le désir » (p. 16).

Répercussions sociales de la grossesse à l'adolescence

La grossesse chez les adolescentes coûte cher à la société. On remarque dans les données statistiques (Maynard, 1996) que les parents adolescents sont plus souvent prestataires de l'aide sociale, vu leur haut taux de décrochage et de monoparentalité. La grossesse adolescente se révèle être la cause principale de décrochage scolaire au Québec (Blais, 2005). De plus, les enfants nés de parents adolescents ont davantage de troubles d'apprentissage et de comportements (Maynard, 1996). La prévention de ces grossesses non-planifiées permettrait aux jeunes de vivre une adolescence épanouie, de poursuivre des études menant à l'obtention d'un diplôme, ainsi que de choisir le moment propice pour fonder une famille.

Situation désirable

Comme il est décrit précédemment, les comportements sexuels à risque sont des facteurs importants forçant les adolescents à devoir composer avec l'arrivée d'une grossesse avant d'avoir atteint l'âge adulte. Si les jeunes ayant une vie sexuelle active, autant les filles que les garçons, adoptaient des comportements à risques minimaux, les grossesses non désirées diminueraient considérablement. Dans cette situation idéale, les adolescents seraient bien informés sur les méthodes de contraception, la façon de les obtenir et de les utiliser. De plus, ils auraient la capacité de négocier leurs activités sexuelles avec leur partenaire et de composer avec le désir. Leurs connaissances sur

l'impact et les conséquences d'avoir un enfant feraient aussi en sorte qu'ils auraient les aptitudes à faire des choix éclairés quant à leur santé sexuelle. Toutefois, il est important de noter que les échecs de la contraception ne pouvant être enrayés totalement, les grossesses non-désirées pourraient tout de même survenir.

Pistes de solution

Il est clair que la situation actuelle diffère en plusieurs points de la situation souhaitée. Les statistiques témoignent de la non-utilisation de la contraception et l'accès difficile aux moyens de contraceptions (Santé Canada, 2000). Puisque les jeunes éprouvent de la difficulté à utiliser rigoureusement une méthode contraceptive, les efforts d'éducation doivent miser sur le renforcement de la motivation (Blais, 2005).

De plus en plus, le milieu scolaire offre des ressources aux étudiants, afin de prévenir la grossesse à l'adolescence. Plusieurs recherches et intervenants (Hamlyn, 2002; Heller, 2003; Kalmuss, Davidson, Cohall, Laraque & Cassell, 2003; Landry, Darroch, Singh, Higgins & Donovan, 2003; McBride & Gienapp, 2000; Out & Lafreniere, 2001; Thistle & Ray, 2002) proposent des programmes d'enseignement visant la promotion de la santé sexuelle. Quelques unes de ces recherches proposent même d'inclure les parents dans l'enseignement, de mettre un site Internet interactif à la disposition des élèves pour des discussions ou encore d'offrir une formation plus complète provenant de l'infirmière scolaire. L'inclusion de nouvelles méthodes

d'enseignement pour stimuler l'intérêt des jeunes, tout en faisant de la prévention, est une option intéressante.

Approche innovatrice

Un projet appelé *Bébé-farine*, ayant vu le jour en Californie aux États-Unis, a été adapté et intégré dans certaines écoles secondaires du Québec dans les années 90. Cette intervention était insérée dans le cadre du cours de Formation personnelle et sociale (FPS) et consistait à confier un bébé en sac de farine à chaque jeune de la classe, garçons et filles, qui devaient, par la suite, jouer le rôle de parent 24 sur 24 pendant 11 jours. Le but ultime de ce projet était de sensibiliser les adolescents aux responsabilités engendrées par la maternité et par la paternité. Selon le rapport de Loignon (1996), le projet aurait suscité un intérêt chez un nombre non précisé de jeunes, une augmentation des connaissances sur la sexualité, la grossesse et le rôle de parent.

Dans la région de l'Outaouais, des projets semblables ont aussi été initiés dans les années 90, notamment à la polyvalente Grande-Rivière et au Collège St-Alexandre. L'infirmière responsable du projet de l'école secondaire d'Aylmer confirme la faisabilité du projet (Langlois, 2008). En effet, l'activité, d'une durée de onze jours, incluait tous les élèves du niveau secondaire III. Les "nouveaux parents" devaient s'occuper de leur bébé-farine en plus de gérer leur budget avec de la fausse monnaie. Une garderie et une direction de la protection de la jeunesse (DPJ), avaient aussi été mises en place.

L'infirmière attribue la non-répétition du projet à un manque de temps et de ressources humaines (Langlois, 2008). Comme l'expérience du jeu de rôle était vécue par tous les étudiants du même niveau scolaire, il était nécessaire de coordonner l'activité pour plus de trois cents adolescents et de leur fournir à chacun un bébé-farine. L'implication de tous les professeurs et du personnel de soutien de l'école entière était requise. De plus, les bébés devaient être confectionnés à la main. Toutefois, elle maintient que les résultats obtenus étaient positifs. À l'aide d'un questionnaire, les participants ont généralement apprécié l'activité et ont changé leur perspective face à la grossesse pendant l'adolescence. L'infirmière responsable confie qu'un commentaire récurrent de la part des participants fût que la tâche et les responsabilités liées à la parentalité sont beaucoup plus exigeantes qu'ils ne l'avaient cru.

Intervention proposée

Devant l'importance d'agir face au problème des grossesses non préméditées chez les adolescentes, il est nécessaire de trouver un moyen d'encourager l'adoption de comportements de santé. La reprise d'une méthode utilisée dans les années 90, faisant appel à la pratique, pourrait être utilisée pour la prévention des grossesses. Cette méthode d'enseignement laisse de côté l'aspect technique de la contraception. Elle préconise plutôt une démarche réflexive dans le développement de saines habitudes de vie sur le plan de la santé, tel que recommandé par le gouvernement québécois (Blais, 2005). Mettre l'accent sur les répercussions d'une grossesse à l'adolescence permet de créer une réflexion sur les enjeux réels d'une grossesse non-planifiée.

L'intervention, qui propose une prise de conscience sur les conséquences d'une grossesse à l'adolescence, rappelle un concept de la théorie de l'action raisonnée (Godin, 1991). Selon cette théorie, l'intention d'une personne à adopter ou pas un comportement est déterminé par son attitude à l'égard du comportement, ainsi qu'à «l'importance qu'elle accorde à l'opinion des gens qui lui sont proches» (Godin, 1991, p.75). Ce sont donc à partir de ces concepts que sont basés les buts et les objectifs de l'intervention.

L'activité du jeu de rôle serait adaptée, implantée et évaluée de façon à pouvoir répondre aux questions suivantes:

1. Comment l'expérience de vivre le rôle de parent pour une courte période change-t-elle les **attitudes** des adolescents face à l'utilisation d'un moyen de contraception lors de relations sexuelles?
2. Comme l'expérience de vivre le rôle de parent pour une courte période change-t-elle les **croyances** des jeunes face à l'utilisation d'un moyen de contraception lors de relations sexuelles?
3. Comment l'expérience de vivre le rôle de parent pour une courte période change-t-elle l'**intention** des adolescents face à l'utilisation d'un moyen de contraception lors de relations sexuelles?

Afin de faire des comparaisons pré et post intervention, le même questionnaire sur le fait de devenir parent à l'adolescence sera complété par les jeunes participants avant et après l'expérimentation du jeu de rôle.

Pertinence de l'intervention

Un comité d'experts de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère que les «meilleures occasions d'exercer une influence positive sur la santé des jeunes se présentent à l'école» (Desrosiers, 1999, p.1). Pourtant, la crise budgétaire du système de santé québécois a diminué les effectifs infirmiers en santé scolaire de 24% entre 1993 et 1998, malgré le nombre grandissant de jeunes qui fréquentent l'école (Desrosiers, 1999).

De plus, les infirmières doivent «mettre de côté certaines activités de prévention, de promotion et de dépistage» pour consacrer davantage de temps aux programmes d'immunisation (Desrosiers, 1999, p.1). L'intervention proposée permet de souligner le rôle de l'infirmière scolaire dans la promotion de la santé auprès de la population adolescente, plus particulièrement en prévention des grossesses. Le jeu de rôle procure aussi un nouveau moyen d'enseignement.

Objectifs de l'intervention

Tout d'abord, l'intervention inspirée par la problématique abordée applique un moyen novateur pouvant favoriser l'adoption de comportements de santé par les adolescents, dans le but ultime de réduire le nombre de grossesses non planifiées. En raison des échéanciers de l'intervention, il est impossible de mesurer à long terme les effets du projet et d'évaluer si le taux de grossesse diminue. La conception et la mise en place de l'intervention suggérée ont pour but commun de créer une prise de conscience sur les responsabilités engendrées par une grossesse pendant l'adolescence à l'aide du jeu de rôle, de sorte à augmenter leur motivation à adopter des comportements de santé.

Les objectifs visés par cette expérience de jeu de rôle sont :

1. Comparer, s'il y a lieu, les différences dans les attitudes des adolescents, soit avant et après le jeu de rôle, face à l'utilisation d'un moyen de contraception lors d'une relation sexuelle ;

2. Comparer les croyances des adolescents, soit avant et après le jeu de rôle, face à l'utilisation d'un moyen de contraception lors d'une relation sexuelle.
3. Comparer l'intention des adolescents à adopter un comportement de santé, soit l'utilisation d'un moyen de contraception lors de relations sexuelles, avant et après l'expérience du jeu de rôle.

Objectifs personnels

Dans le cadre de la création, de l'implantation et de l'évaluation du projet, il me sera possible d'acquérir de nouvelles compétences. Les objectifs personnels visés sont donc d'être capable de :

1. Négocier une entrée et une entente avec un milieu;
2. Concevoir une intervention;
3. Créer les questionnaires, qui serviront à l'évaluation de l'intervention;
4. Analyser les données recueillies afin de tirer des conclusions quant à la pertinence de l'intervention;
5. Rédiger un essai qui rendra compte du processus de la création, de la planification, de la réalisation et de l'évaluation de l'intervention.

Avant de pouvoir élaborer une intervention concrète auprès des adolescents sur la prévention des grossesses, différents aspects de la problématique et de l'état des connaissances nécessitent d'être approfondis. Le chapitre suivant traite de la revue des écrits pertinents au sujet de la création et de l'implantation du jeu de rôle créé auprès d'une clientèle spécifique, soit des adolescents.

Revue des écrits

La réussite de cette intervention repose premièrement sur la compréhension du développement physique, psychologique et social de l'adolescent vivant dans un pays industrialisé. En effet, si l'on veut que l'intervention réussisse, elle doit se baser sur des données probantes. Pour cette raison, les connaissances sur les risques et les conséquences de la grossesse à l'adolescence sont exposées. Puis, comme un nouveau projet doit se baser sur les précédents afin d'éviter de commettre les mêmes erreurs, les programmes de prévention déjà existants sont revus avec leurs forces et leurs faiblesses. Finalement, il sera question de quelques études qui proposent des critères fondamentaux que devraient inclure un bon programme de prévention des grossesses chez les adolescents.

Développement de l'adolescent

Plusieurs chercheurs ont tenté de définir l'étape du développement humain qu'est l'adolescence. Au cours de cette période, la jeune personne doit s'adapter au développement de ses comportements sexuels et de ses relations avec les autres (Ball & Bindler, 2007). L'adolescent devra construire des processus identitaires stables, tout en s'affranchissant de ses parents, en investissant de nouveaux centres d'intérêt et de nouvelles relations, et en adoptant une identité sexuelle. Afin d'être mieux éclairée sur la nature de tous ces changements, la partie qui suit porte sur le développement physique et psychologique de l'adolescent.

Puberté

La puberté est définie comme étant la période de la vie humaine marquant la transition entre l'enfance et l'âge adulte. Ce stade est caractérisé par la maturation des organes génitaux, l'apparition des caractères sexuels, ainsi que le début des menstruations pour les jeunes filles (Ball & Bindler, 2007). Pour ces auteures, la puberté commence entre 8 et 14 ans et dure généralement trois ans. Les règles apparaissent environ 2,5 ans après le début de la puberté. Pour le garçon, les transformations pubères s'amorcent habituellement 1,5 à 2 ans plus tard que chez le sexe féminin et dure deux fois plus longtemps.

La puberté est l'événement psychologique majeur qui caractérise l'adolescence. Malgré l'évidence de la croissance et de la maturation physique qui surviennent lors de cette période de la vie, les connaissances concernant les liens entre les deux sont limitées (Duncan, Duncan, Stycker & Chaumeton, 2007). Grâce à la sécrétion d'hormones, les changements physiques sont observables, contrairement à la perspective sociale. Cette facette de la puberté est moins documentée et plus compliquée. En effet, les concepts sociaux de la puberté, comme le rôle dans la société, l'appartenance à un groupe, les perceptions du corps, la perception de soi et l'image sexuelle sont plutôt complexes (Lerner & Steinberg, 2004). Ce ne sont pas des concepts tangibles facilement explicables ou faciles à comprendre. L'angoisse propre à cette période de changement est difficilement gérable par l'adolescent s'il ne se sent pas rassuré, estimé et valorisé. Pour cela, il ressent le besoin de s'investir avec d'autres personnes au niveau libidinal.

L'adolescent cherche des relations amicales, capables de lui procurer un sentiment de sécurité et de confiance réciproque. L'adolescent vit donc un processus de séparation et d'individuation, qui modifie ses rapports avec sa famille. Son interlocuteur privilégié n'est plus le parent, mais le ou les amis, chez qui il recherche de nouveaux modèles (Lerner & Steinberg, 2004).

Maturité physique et maturité psychologique

La maturité biologique précoce des adolescents influence l'initiation aux comportements sexuels de plus en plus tôt. Même si la croissance du corps se manifeste hâtivement, le développement psychologique demeure directement lié à l'âge réel de l'adolescent. Les adolescents « se trouvent donc moins bien développés sur les plans cognitif, émotionnel et social pour faire face aux risques inhérents à la sexualité. Par conséquent, relations sexuelles et contraception ne vont pas toujours de pairs» (Tremblay, 2001, p .44.).

Relation avec les risques

Afin de pouvoir diminuer les risques associés aux activités sexuelles, les professionnels de la santé encouragent les jeunes à repousser le plus possible l'âge de leur première relation sexuelle, ainsi que de faire l'usage d'un condom. Malgré ces messages universels, les adolescents décident quand même de prendre des risques. Du

point de vue clinique en psychologie, il est dans la nature des adolescents de prendre des risques, sans quoi ils ne pourraient pas s'approprier les changements qui s'opèrent en eux (Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, 2000).

Selon les chercheurs (Widdice, Cornell, Liang & Halpern-Felsher, 2006), la compétence à prendre une décision inclut la prise en considération des issues possibles, qu'elles soient négatives ou positives. Ils soutiennent que les jeunes adoptant des comportements à risque se croient à l'abri des conséquences négatives. Les interventions faites auprès des jeunes pour diminuer leurs comportements à risque sont généralement dirigées vers un enseignement des conséquences possibles de leurs actes sur leur santé. Toutefois, selon les dernières recherches, les effets positifs et négatifs sur leur vie sociale influenceraient autant la prise de décision quant à un comportement (Widdice & al., 2006). Pour appliquer ces interventions, il est nécessaire de préalablement identifier les résultats qui seraient qualifiés de bons ou mauvais selon la clientèle visée.

Une récente étude de Jankowski, Rosenberg, Sengupta, Rosenberg & Wolford (2007), explore les comportements à risque des adolescents, comme la cigarette, l'alcool, la drogue, les comportements suicidaires et sexuels risqués qui contribuent aux taux de morbidité chez les jeunes. À l'aide d'un outil de collecte de données, il est possible d'identifier les comportements à risque les plus adoptés par les adolescents. L'échantillon de convenance comptait 16 664 jeunes de 14 à 18 ans qui étudiaient dans trente-trois écoles publiques de l'état du New Hampshire aux États-Unis. Les participants

avaient une période allouée sur les heures de classe pour répondre au questionnaire. Les résultats révélèrent que 37% de ceux sexuellement actifs avouent ne pas avoir utilisé de condom lors de leur dernière relation sexuelle. Malheureusement, aucune spécification n'est faite quant aux facteurs qui favorisent ces comportements à risque, ni les conséquences.

Influence des pairs

Les adolescents passent davantage de temps avec leurs amis qu'avec leur famille, ce qui augmente considérablement le potentiel d'influence des pairs. En effet, les pairs représentent des modèles de rôle importants, ainsi qu'une source de soutien social concernant les diverses croyances (Duncan & al., 2007). L'importance des amis permet à l'adolescent de découvrir un autre type de relation sociale moins hiérarchique et plus démocratique. Il construit avec eux un système de valeurs et de normes, dans une structure collective externe à celle dont il est issu, la famille. Très souvent, il est intégré non à un groupe mais à plusieurs, et contrairement à l'enfance, devient ami avec des membres de l'autre sexe. L'adhésion aux principes du groupe aide l'adolescent à s'épanouir et à s'affirmer aux travers de nouvelles expériences, mais peut aussi le pousser vers des comportements à risque. Par contre, une influence positive des pairs servant de modèles de rôle diminue les risques d'activité sexuelle précoce (Doss & al., 2006).

Différences entre les genres

Widdice et ses collègues (2006) présentent une des rares études sur les comportements à risque en exposant une différence entre les résultats obtenus entre les filles et les garçons (N=418). L'étude a pour but d'identifier ce que les jeunes adolescents considèrent comme étant des conséquences positives et négatives d'avoir des relations sexuelles, ainsi que celles de l'utilisation ou la non utilisation du condom. Pour ce, l'échantillon consiste d'adolescents d'âge moyen de 14 ans. Les résultats démontrent que les adolescentes seraient davantage concernées par les infections transmises sexuellement et par les changements que l'activité sexuelle pourrait avoir sur leur relation avec leur partenaire. De leur côté, les jeunes hommes seraient préoccupés particulièrement par leur situation sociale, le fait d'être pris sur le fait ou encore par leur propre plaisir. Ces résultats nous laissent porter à croire que les jeunes adolescents penseraient surtout à leur plaisir et les filles plutôt à leur santé.

Devenir parent constitue une étape décisive qui engendre plusieurs adaptations, alors que l'adolescence se veut déjà une période de transition majeure entre l'enfance et l'âge adulte. Les transformations physiques et psychologiques de l'adolescence sont majeures en soi, alors les changements causés par la grossesse s'ajoutent à la tâche d'adaptation des jeunes. (Bérard, 2007).

Santé sexuelle

Âge de la première relation sexuelle et sexualité précoce

Au Canada, des données de 2008 reflètent que 27% des adolescents de 14 à 17 ans (n=1171) interrogés sont actifs sexuellement à un âge moyen de 15 ans. Au moment de la cueillette de données, ils avaient eu une moyenne de 2,5 partenaires (Frappier, Kaufman, Baltzer, Elliott, Lane, Pinzon & McDuff, 2008).

Le comportement sexuel des jeunes a changé au cours des trente dernières années. L'âge moyen de la première relation sexuelle est en effet trois ou quatre ans plus tôt que la génération précédente (Blais, 2005).

Plus tôt la vie sexuelle est engagée, plus tôt les adolescents sont exposés au risque de contracter une ITSS ou de vivre une grossesse. Les relations sexuelles précoces sont directement liées aux comportements à risque, comme les relations sexuelles sans contraception, la consommation d'alcool et l'usage de tabac (Rotterman, 2008).

Comportements sexuels

Les recherches américaines de Boardman, Allsworth, Phipps & Lapane (2006) ont exposé un fait important à prendre en considération. En effet, selon leurs recherches auprès de 7 643 jeunes, presque 50% des répondants de moins de 14 ans et près de 40% de ceux de 14 ans, ont indiqué que leur première relation sexuelle n'était pas voulue. Ce phénomène serait directement relié à une initiation précoce à une expérience sexuelle et à un échec de la contraception. Une relation sexuelle non voulue est définie, par des jeunes de 12 à 14 ans, comme étant non forcée, mais plutôt survenue car ils n'ont pas réussi à résister à la pression, soit des pairs ou du partenaire (Doss & al., 2006).

Risques et conséquences de la grossesse à l'adolescence

La grossesse chez les jeunes est une problématique qui a des conséquences sur la mère et l'enfant, à court et à long terme, ainsi que sur l'entourage. Afin de bien distinguer les risques des conséquences, les risques font référence à la grossesse elle-même, et les conséquences abordent davantage ce qui se passe une fois que le bébé est né.

Risques pour la mère et l'enfant

Les adolescentes enceintes ont davantage de risques pour leur santé et celle de leur bébé qu'une femme adulte, car les futures mères adolescentes ont tendance à négliger leur santé pendant la grossesse. En général, elles ont un recours tardif aux soins prénatals, ainsi qu'un suivi moins fréquent. Par conséquent, elles ont plus de chance d'avoir des complications à l'accouchement, une dépression post-partum ou de perdre leur nouveau-né (Hamlyn, 2002; Santé Canada, 2003). De plus, l'immaturation biologique de la mère adolescente peut engendrer des conséquences défavorables, comme: la prématurité, la pré-éclampsie, l'anémie, les infections urinaires et l'hémorragie postpartum (Santé Canada, 2003).

Lors d'une l'enquête faite par Santé Canada (2003), pour les années 1998-1999, 53,2 % des enfants de moins de deux ans, dont la mère avait moins de 20 ans au moment de la cueillette de données, ont été exposés au tabac dans l'utérus, comparativement à 11,8 % de ceux dont la mère avait 35 ans ou plus. De plus, 14,1 % des enfants de moins de deux ans dont la mère avait moins de 25 ans au moment de l'enquête ont été exposés à l'alcool lors de la grossesse (Santé Canada, 2003).

Finalement, une proportion relativement plus élevée d'adolescentes affirment être victimes d'abus sexuel et de violence physique pendant la grossesse (Santé Canada, 2003).

Conséquences pour la mère et l'enfant

L'arrivée d'un bébé n'est pas sans conséquence, particulièrement pour une mère adolescente. En vérité, plus les nouvelles mamans sont jeunes, plus elles sont à risque de ne pas terminer leurs études, d'avoir d'autres grossesses non-planifiées, d'avoir des problèmes financiers et de vivre la monoparentalité (Hillis, Anda, Dube, Felitti, Marchbanks & Marks, 2004; Maynard, 1993). De plus, un lien constant a été observé entre la sous-scolarisation de la mère et des répercussions défavorables sur la santé périnatale. Les taux de prématurité, d'hypotrophie néonatale, de mortinatalité et de mortalité infantile sont plus élevés chez les femmes peu scolarisées. «Les mécanismes qui font que le niveau de scolarité de la mère finit par avoir une incidence sur la santé périnatale sont complexes et font souvent intervenir des variables telles que l'âge de la mère, l'utilisation des soins de santé et la prévalence de comportements à risque, comme le tabagisme maternel» (Santé Canada, 2003). Les taux de sous-scolarisation de la mère ont été estimés à partir des données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) (Santé Canada, 2003). Le lien entre le niveau de scolarité de la mère et trois déterminants de la santé périnatale (soit le tabagisme pendant la grossesse, la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement maternel) est également établi. Effectivement, une forte corrélation a été remarquée entre ces déterminants durant les trois périodes visées par l'ELNEJ.

Par ces faits, les jeunes filles sont plus à risque de voir leur bébé décéder *in utero* ou d'avoir un accouchement prématuré. Si la grossesse est menée à terme, les impacts possibles sur l'enfant sont : un faible poids, un pauvre développement cognitif, un niveau peu élevé d'études et davantage d'activités criminelles. Également, ces enfants sont plus à risque de négligence, d'abus, d'abandon ou de problèmes de comportement pendant l'enfance (Hillis & al., 2004). Ces bébés reçoivent généralement moins de soins, ont des quotients intellectuels moins élevés, ont davantage de difficultés à l'école car ils ont été moins stimulés, sont en moins bonne santé et reçoivent moins de soutien de leur environnement. À long terme, les recherches dévoilent que le taux d'incarcération et le taux de grossesse pendant l'adolescence sont supérieurs chez les jeunes gens nés de parents adolescents (Maynard, 1993).

Aux États-Unis, le taux de morbidité infantile chez les bébés de moins d'un an est plus élevé chez les enfants qui ont une mère adolescente qui, soit n'a pas terminé ses études secondaires, est célibataire, a débuté les soins prénataux après le premier trimestre ou encore qui a fait usage de tabac pendant la grossesse (Arias & al., 2003).

Conséquences pour le père adolescent

En 2003, Badlissi expose, dans un article destiné aux intervenants en contact avec les adolescents, les conséquences d'une grossesse sur le père adolescent. Suite à cette expérience exigeante et qui provoque souvent une perte d'identité, l'auteur soutient que le jeune père va habituellement abandonner l'école et avoir un travail mal rémunéré. Selon ses écrits, la probabilité veut qu'il quitte la mère pendant la grossesse ou durant les deux premières années suivant la naissance de l'enfant.

Programmes existants de prévention de la grossesse à l'adolescence

La majorité des programmes de prévention de la grossesse à l'adolescence se concentre sur l'une des trois approches suivantes : l'éducation sexuelle, l'encouragement à l'abstinence, dans le but de reporter le plus tard possible la première relation sexuelle, ou l'augmentation de la disponibilité des méthodes contraceptives. Malgré les espoirs des éducateurs en santé, l'évidence veut que l'efficacité des programmes d'éducation sexuelle ait peu d'influence sur le taux de grossesse chez les jeunes (Out & Lafreniere, 2001). En 2002, un groupe de chercheurs (DiCenso, Guyatt, William & Griffith) a recensé vingt-six programmes d'intervention visant à repousser le moment de la première relation sexuelle, à augmenter l'utilisation de la pilule contraceptive comme méthode de contraception, ainsi qu'à réduire le taux de grossesses chez les adolescents. Leur but était de faire une revue de l'efficacité de ces derniers. Pour ce faire, les auteurs

ont utilisé divers essais publiés et non publiés qui évaluaient les programmes de prévention des grossesses à l'adolescence. Ces programmes, appliqués auprès des jeunes âgées de 11 à 18 ans, avaient diverses formes: l'éducation en classe, les projets cliniques à l'école, les cliniques de planification familiale et les projets communautaires. Les recherches se sont déroulées aux États-Unis, au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Europe (excluant l'Europe de l'Est). La synthèse des résultats démontre que ces interventions ne repoussent nullement l'âge de la première relation sexuelle, n'augmentent pas l'utilisation de la contraception orale et qu'en général, ne réduisent pas le taux de grossesses chez les jeunes filles. De plus, quatre programmes basés sur l'abstinence et un programme d'enseignement sexuel engendrent une augmentation des grossesses, ainsi qu'une augmentation du nombre de partenaires sexuelles chez les jeunes hommes. Toutefois, il y avait une diminution significative du nombre de grossesses chez les adolescentes recevant un programme combiné d'interventions. Un programme combiné d'interventions implique qu'au moins deux méthodes différentes sont utilisées auprès de la clientèle, par exemple, l'enseignement théorique et la distribution de moyens contraceptifs.

Seulement un des programmes étudiés est appliqué au Canada, soit dans 21 écoles de l'Ontario. Dans ce programme, nommé McMaster, qui est basé sur la théorie cognitive du comportement, les étudiants de 7e et 8e années sont soumis à dix rencontres. Lors de ces sessions, les sujets traités sont: la résolution de problèmes, la prise de décision, la puberté, les rôles, la pression des médias et des pairs, la

responsabilité dans les relations, l'intimité, la grossesse à l'adolescence et le rôle de parent. Malheureusement, il n'est pas mentionné la façon dont ces sujets sont abordés avec les jeunes. De plus, aucun des programmes étudiés ne fait mention de l'utilisation du jeu de rôle dans son application.

Programmes axés sur la disponibilité de la contraception

Tout d'abord, les méthodes d'enseignement sur la contraception et la prévention de la grossesse durant l'adolescence diffèrent d'un pays à l'autre, d'une ville à l'autre, mais aussi d'un enseignement à l'autre. L'étude américaine de Franklin et Corcoran (2000) consiste à comparer deux systèmes de distribution de contraceptifs qui avaient pour but de prévenir les infections transmises sexuellement et prévenir les grossesses chez les jeunes. Selon la première méthode, implantée en 1988, les adolescents doivent commander leurs contraceptifs et aller les récupérer par après. Puis, en 2000, un système de distributrice automatique des différents contraceptifs est érigé dans une école. Les personnes n'ont qu'à aller chercher directement les condoms ou les pilules contraceptives dans la machine. Avec la méthode de 1988, les résultats démontrent que 41% des jeunes ont commandé tous les contraceptifs voulus et que 59% en ont demandé au moins un, comparativement à la seconde où 99% des adolescents ont pu accéder à tous les contraceptifs souhaités dans les distributrices. Toutefois, il est difficile de se prononcer sur l'efficacité de ces méthodes, puisque le degré d'utilisation des contraceptifs est inconnu.

Approche cognitive

L'approche cognitive consiste à un enseignement théorique pour combler un manque de connaissances. Une étude de Heller (2003) a révélé que plusieurs femmes éduquées ont des conceptions erronées sur les menstruations et l'ovulation. Cette confusion est attribuée à un manque ou à une mauvaise éducation sexuelle. Si tel est le cas pour des femmes instruites, la situation est aussi véridique pour les adolescentes du secondaire. Donc, il est crucial de clarifier l'information dès le début de la puberté, afin d'aider les étudiants à prévenir une grossesse non désirée. La chercheuse a donc évalué le programme d'enseignement sur le processus de l'ovulation et des menstruations à l'aide de la méthode du calendrier. L'enseignement comporte des données de base sur la durée de vie des ovules, des spermatozoïdes et les changements causés par l'ovulation. Le point majeur de cet enseignement est que la date de l'ovulation et la période de fertilité n'est pas précisément déterminable pour chacune des femmes. La méthode du calendrier doit être combinée à une autre méthode de contraception, comme la température basale ou l'observation de la glaire vaginale, pour être efficace. D'autant plus que cette méthode nécessite une grande discipline pour être efficace, elle est donc moins appropriée pour des adolescentes. L'auteure conclue que l'abstinence, soit aucune relation sexuelle avec pénétration, est une méthode infaillible pour la prévention des grossesses. De plus, l'utilisation de contraceptifs est inévitable, puisqu'à elle seule, la méthode du calendrier est jugée incomplète.

Un autre programme, basé sur l'approche cognitive, a vu le jour en Angleterre. Une étude de Wallace, Evers, Wareing, Dunn, Newby, Paiva et Johnson (2007) a utilisé le « modèle transthéorique des étapes du changement » (traduction libre) afin d'observer l'activité sexuelle des étudiants de 13 à 16 ans. Selon ce modèle, le changement de comportement progresse selon une série d'étapes. Donc, pour amorcer un changement de comportement, les interventions doivent être adaptées à l'étape où l'adolescent se trouve. Par exemple, chez les jeunes déjà sexuellement actifs, le but premier est d'augmenter l'utilisation du condom lors des rapports sexuels. Par contre, chez les jeunes encore vierges, le but des interventions est de retarder le plus possible l'instant de la première relation sexuelle. L'étude avait pour but d'utiliser ce modèle pour trouver des liens entre les expériences sexuelles et les comportements à risque. Le moyen utilisé pour la cueillette des données était un questionnaire anonyme distribué auprès de 3820 jeunes volontaires. Malheureusement, il a été impossible de trouver des associations entre les différents stades et les comportements à risque pour le futur. Les résultats ont toutefois révélé que l'enseignement sur l'utilisation du condom est nettement insuffisant pour générer un changement de comportement. En effet, les adolescents connaissent bien cette pratique et sont ouverts à son utilisation. Le problème se trouverait plutôt au niveau de la négociation entre les partenaires sexuels quant à son utilisation, lorsqu'un des deux ne veut pas en faire l'usage.

Approche combinée

Le cadre d'intervention « Anticiper, reporter et entourer » proposé par Santé Canada (2000) est représenté par un schéma (voir appendice A). La première sphère nommée « Anticiper » a pour but de réduire le nombre de jeunes qui voient la venue d'un bébé comme une perspective d'amour et d'avenir. Certains jeunes sont qualifiés « d'aliénés par la société » en ne faisant pas partie d'un groupe social (cercle d'amis, équipe de sport...), d'une famille ou d'une école, ce qui diminue leurs chances de s'engager et de s'épanouir, augmentant ainsi les risques d'une grossesse. «L'absence de choix et d'occasions pour s'engager et s'épanouir à l'intérieur [...] d'un groupe social peut exacerber les risques ou contribuer à la résilience de l'individu» (p. 27). Les stratégies d'anticipation cherchent donc à favoriser cette résilience chez les jeunes en travaillant sur les facteurs atténuants suivants :

- des caractéristiques personnelles telles la compétence sociale, la capacité de résoudre des problèmes, l'autonomie, la persévérance et une vision positive des choses;
- des capacités d'adaptation dans les familles;
- des familles et des écoles qui établissent des attentes élevées mais réalisables, où les enfants peuvent participer et contribuer pleinement;
- les milieux sociaux qui soutiennent la famille et voient les enfants comme une précieuse ressource commune (p. 27).

Par la suite, la deuxième sphère nommée « Reporter », a pour but d'encourager les jeunes à reporter une grossesse à un moment ultérieur où ils auront des meilleures perspectives d'avenir. Les « outils principaux de ce volet stratégique sont donc une bonne éducation sexuelle et un accès gratuit et confidentiel aux moyens de contraception. » Finalement, la dernière sphère « Entourer » se veut pour les parents adolescents qui ont besoin de soutien et d'encadrement. Pour chacune des sphères, des stratégies sont décrites afin d'atteindre les buts visés, c'est-à-dire : avoir une raison de reporter une grossesse, avoir le savoir-faire pour reporter la grossesse et avoir une base solide pour le soutien aux adolescentes enceintes et aux jeunes familles. Ce « modèle a eu une efficacité démontrée partout aux États-Unis, autant en milieu rural qu'urbain » (Santé Canada, 2000, p. 31). Cette méthode a été adaptée et appliquée dans certains milieux autochtones au Canada. Toutefois, aucune donnée n'est disponible sur les retombées qu'elle a engendrées.

Il est intéressant de faire un lien entre les trois sphères de ce programme de prévention et les trois niveaux de prévention. Tel que défini par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie. La prévention secondaire vise à diminuer la durée d'évolution de la maladie et le niveau tertiaire tente de réduire la prévalence des incapacités liés à la maladie ou les récurrences. Dans le cas du cadre d'intervention « Anticiper, reporter et entourer », il s'agit d'agir avant que la grossesse soit envisagée (anticiper), de repousser une grossesse à un autre moment lorsque cette dernière est

considérée (reporter) et de soutenir les jeunes parents dans leur rôle lorsque la grossesse est survenue (entourer) (Santé Canada, 2000).

Enfin, un tout autre genre d'intervention sur la prévention des grossesses a été testé aux États-Unis. En effet, un projet similaire à celui des bébés farine expérimenté en Outaouais a été évalué. L'étude faite par Out et Lafreniere (2001) a été réalisée avec un échantillon de 114 adolescents de 15 à 19 ans. Le but était d'examiner l'efficacité du programme *Baby think it over*, soit une simulation du rôle parental qui cherche à modifier les attitudes des jeunes face à la grossesse à l'adolescence et le rôle de parent. Un questionnaire pré et post-test a servi à mesurer les attitudes, les comportements et les connaissances liés à la contraception et à la fertilité. Les résultats affichent que 41,2% des répondants sont actifs sexuellement. De ce nombre, 83% ont eu leur première relation sexuelle avant l'âge de seize ans. De ces ados ayant des rapports sexuels réguliers, 19% d'entre eux avouent utiliser des contraceptifs moins de la moitié du temps.

L'échantillon, composé de 24 garçons et 90 filles, fut divisé en deux groupes. Le premier groupe de cinquante-trois étudiants a eu la responsabilité d'une « poupée-simulatrice » pour une période de 2 à 3 jours, variation représentée par une journée de fin de semaine ou non. Ils avaient, vingt-quatre heures par jour, la responsabilité de prendre les soins de « l'enfant ». Ces poupées, inventées par un ingénieur en aéronautique, contenaient un micro-ordinateur qui simulait les pleurs de l'enfant de façon aléatoire à

des intervalles allant de quinze minutes à six heures. Le bébé pouvait être programmé sous différents tempéraments et dormait entre trois à six heures à la fois. Le poupon devait aussi être consolé, nourri, réconforté et changé de couche. L'autre groupe de soixante-et-un jeunes devait répondre au questionnaire seulement.

En plus du questionnaire pré et post-test, des données qualitatives ont été recensées. En effet, suite à l'expérience du jeu de rôle, les adolescents devaient répondre à la question suivante : « Essaie d'imaginer te réveiller demain matin et te rendre compte que tu es devenu parent. Identifie ce qui changera et ce qui restera pareil dans ta vie. » Les réponses furent classées dans quatre catégories : les implications d'être parent, les conséquences sur l'éducation, les conséquences économiques et les conséquences sociales.

Une fois les réponses analysées, celles du groupe d'intervention ont rapporté davantage de sentiments négatifs quant au fait de devenir parent. Ils ont pu fournir des exemples concrets d'activités et de conséquences au fait d'être parent à l'adolescence. Il est certain que les jeunes qui ont vécu l'expérience de la poupée ont été exposés à différents aspects de la vie avec un enfant à leur âge que les autres n'ont pas vécu. Par contre, les résultats n'ont pas montré de différences significatives entre les deux groupes. Tous les jeunes ont su donner plusieurs exemples dans chacune des catégories de question. De plus, les conséquences à long terme n'ont pas été explorées. Une hypothèse quant à ces résultats est le fait que les jeunes qui n'ont pas eu la poupée ont

quand même observé leurs pairs. Ils ont observé les comportements, et selon les chercheurs, ce serait suffisant pour induire des changements marquants d'attitude et conclure à une contamination expérimentale. Ainsi, si une étude semblable était à faire, certains changements devraient être apportés comme, par exemple, choisir un groupe témoin dans une école différente.

Comme ce dernier type d'intervention est très intéressant, mais nécessite des améliorations, il est important d'aller rechercher ce qui est important d'inclure dans un programme de prévention des grossesses chez les adolescents, afin de maximiser ses chances de réussites.

Critères essentiels d'un bon programme de prévention

Le cadre canadien d'intervention vu précédemment nommé : *Anticiper, reporter et entourer: Cadre d'intervention pour réduire le taux de grossesse chez les adolescentes au Canada* a été soumis pour réduire le taux de grossesse chez les adolescentes au pays (Santé Canada, 2000). Des principes sont énoncés dans le document afin de sous-tendre le cadre des interventions :

- 1- La réduction des grossesses non-désirées chez les jeunes devrait se faire dans un contexte de promotion de la santé. Selon les auteurs, « les stratégies qui se fondent sur les déterminants d'une saine croissance pour améliorer la santé et le bien-être de tous les

jeunes devraient contribuer à réduire les circonstances négatives dans la vie des enfants. » (p. 21) Donc, le comportement sexuel devrait être considéré comme partie intégrante du développement normal de l'adolescent lors l'enseignement qui visera à leur faire adopter des habitudes de vie saines.

- 2- La problématique qu'est la grossesse chez les adolescentes doit être connue des intervenants sous les différents angles (pratiques sanitaires personnelles, capacité personnelle et résistance à l'adversité, institutions communautaires, environnement socio-économique et environnement physique) pour une bonne préparation des programmes d'enseignement et leur évaluation.
- 3- La promotion d'une « sexualité saine » doit être basée sur la «connaissance de soi, la chance de connaître des expériences et un développement sexuels sains, ainsi que sur la capacité d'être intime.» (p. 22)

Il est spécifié que :

«La santé sexuelle ne se limite pas à connaître les moyens de contraception et les comportements à risque, mais consiste aussi à savoir négocier des décisions difficiles sur les rapports sexuels, sur l'abstinence et sur l'activité sexuelle. (...) Il faut reconnaître autant l'expérience des hommes que celle des femmes. Un survol de la recherche existante démontre que la

grossesse chez l'adolescente est directement liée aux idéaux, aux exigences et aux comportements que la société véhicule autant pour les garçons que pour les filles.» (p. 22).

- 4- Les interventions doivent « viser la globalité et la flexibilité », afin de pouvoir s'adapter à différents groupes communautaires et culturels.
- 5- Il est primordial de « viser la coordination des conseils et du soutien » auprès des jeunes qui sont plus à risque ou vulnérables.
- 6- Les besoins des jeunes hommes ont besoin d'être pris en compte.
- 7- Le partenariat avec les organismes communautaires favorise l'implantation des programmes.
- 8- L'implication des « jeunes dans la conception et l'implantation des programmes » est nécessaire pour le rendre pertinent aux perceptions et à la vie réelle des adolescents selon leur milieu socio-économique. De plus, il est crucial de repérer les obstacles qui pourraient nuire à leur participation et de les éliminer.

Les recherches de Kalmuss et al. (2003) recommandent, tout comme Santé Canada (2000), des programmes spécifiques ou adaptables pour les groupes minoritaires. Les auteurs ajoutent que:

- 1- L'enseignement, quel qu'il soit, débute plus tôt, soit dès la préadolescence;

- 2- Des liens soient faits entre les programmes de diminution des comportements à risques et les programmes pour les jeunes ayant des difficultés socio-économiques;
- 3- Les programmes doivent tenir compte des adolescents qui n'ont pas de comportement à risque;
- 4- Les programmes doivent tenir compte de l'influence des pairs, les normes sociales et de la pression à avoir des relations sexuelles;
- 5- Les programmes doivent être construits en ne présumant pas que tous les rapports sexuels sont volontaires;
- 6- Les programmes doivent inclure toutes les facettes de la sexualité (hétérosexualité, homosexualité, bisexualité);
- 7- Les programmes ne doivent pas être construits en présumant que les adolescents sont ambivalents face à la possibilité d'une grossesse.

Quelques années auparavant, Blake, Simkin, Ledsky, Perkins et Calabrese (2001) avaient suggéré, suite à leurs recherches, que les parents devraient être inclus dans l'éducation sexuelle faite à l'école. Ainsi, l'enseignement est fait tout en favorisant la communication, les confidences et en renforçant le lien parent-enfant. Leur étude, réalisée auprès de 351 jeunes de niveau secondaire III, vise une intervention majoritairement auprès des jeunes n'ayant pas encore eu de relation sexuelle. Cinq exercices sur différents sujets entourant la santé sexuelle devaient être faits à la maison avec la participation des parents. Les résultats furent concluants. Les travaux faits à la

maison ont eu pour conséquence d'augmenter la communication entre le parent et l'adolescent, tout en ayant un impact déterminant sur le comportement sexuel du jeune. Par contre, l'influence à long terme est inconnue.

Toujours en 2001, McKay, Fisher, Maticka-Tyndale et Barrett avaient, eux aussi, défini les bases d'un bon programme de prévention des grossesses à l'adolescence, suite à une critique sur l'efficacité de quelques récents rapports. Les auteurs concluent qu'un bon programme devrait comprendre trois éléments cruciaux, soit : donner de l'information sur la promotion de la santé sexuelle, encourager les facteurs qui vont initier les changements dans les comportements et enseigner les comportements à adopter pour avoir une bonne santé sexuelle. Il est important de noter que l'environnement doit être favorable à l'enseignement et aux différents changements entrepris. Pour une efficacité des programmes, il faut les dix caractéristiques suivantes :

1. Se concentrer sur la réduction d'un ou plusieurs comportements à risque pour diminuer les grossesses non désirées et les infections transmises sexuellement;
2. Utiliser des modèles théoriques;
3. Renforcer les messages clairs sur l'abstinence, les condoms ou autres formes de contraceptions;
4. Enseigner les précautions de base et les risques encourus lors de relations sexuelles;
5. Inclure des activités qui se réfèrent à la pression sociale;

6. Donner des exemples et faire de la pratique (ex. jeu de rôle) utilisant la communication et la négociation;
7. Enseigner plusieurs méthodes et personnaliser l'information;
8. Inclure des méthodes d'enseignement appropriées à l'âge, à l'expérience sexuelle et la culture des étudiants;
9. Avoir le temps nécessaire;
10. Sélectionner des enseignants ou des ressources pour appuyer le programme afin d'avoir un enseignement adéquat.

Finalement, en 2004, Sawsan et al. (2004) publient eux aussi une liste des caractéristiques que doivent contenir un programme de prévention des comportements sexuels à risque, soit :

- Mettre l'emphase sur la diminution des comportements à risque;
- Présenter de l'information précise et appropriée selon l'âge des participants sur les risques associés aux activités sexuelles non-protégées, sur l'utilisation de la contraception et sur les ITSS;
- Inclure tous les participants dans l'activité;
- Accorder du temps pour les échanges entre les participants;
- Enseigner des stratégies de communication pour éliminer la pression sociale qui pourrait influencer l'activité sexuelle;
- Appliquer un modèle théorique efficace dans les changements de comportements à risque.

Pour tenter une intervention auprès des adolescents dans le but de prévenir les grossesses non désirées, il est crucial de bien examiner les critères vus précédemment et s'en inspirer. Dans trois des quatre recherches, il est question de la pression sociale que vivent les jeunes. Ce serait donc un premier élément à tenir compte. Un autre point qui est revenu à trois reprises est l'âge auquel il est préférable d'intervenir. Kalmuss et al. (2003) suggèrent même de débiter l'enseignement sexuel dès la préadolescence. Toutefois, cet élément est contradictoire avec un autre critère mentionné, soit: se concentrer sur la réduction des comportements à risque. À la préadolescence, les comportements sexuels à risque sont moins probables, puisque la majorité des adolescents deviennent actifs sexuellement pendant l'adolescence (Frappier & al., 2008). De leur côté, deux autres groupes de chercheurs (McKay & al., 2001; Sawsan & al., 2004) suggèrent plutôt d'adapter l'enseignement à l'âge des participants.

Toutefois, malgré le fait que certains éléments ne se répètent pas dans plusieurs articles, quelques points mentionnés retiennent l'attention. Premièrement, McKay et al. (2001) sont les seuls à mentionner l'utilisation du jeu de rôle pour initier des changements de comportement. Cette méthode d'enseignement est rarement sujette à la recherche, puisque les écrits n'en font que rarement mention. Les auteurs de Santé Canada (2000) conseillent de promouvoir la sexualité saine en favorisant la chance de connaître des expériences. Cet énoncé pourrait s'appliquer aussi à l'intervention par le jeu de rôle.

Aussi, Kalmuss et al. (2003) mentionnent d'inclure les adolescents qui n'ont pas de comportements à risque. Santé Canada (2000) ajoute de tenir compte des besoins des jeunes hommes et non pas seulement des adolescentes. Finalement, il est mentionné à deux reprises d'utiliser un modèle théorique pour procéder à l'intervention (McKay & al., 2001; Sawsan & al., 2004). Sawsan et al. précisent même d'utiliser un modèle théorique efficace dans les changements de comportement à risque.

Il est vrai que de baser une intervention sur des critères favorise la réussite de cette dernière. Toutefois, au-delà des concepts à inclure, il est intéressant d'explorer la représentation sociale que représente la grossesse à l'adolescence. Pour une prévention efficace, les messages des divers praticiens de la santé ne doivent pas heurter de front les représentations des adolescents (Dufort, Guilbert & St-Laurent, 2006). Une étude de Dufort et al. (2006) montre comment les «jeunes et les praticiens construisent leur vision du monde et de la société, en analysant leurs discours sur le phénomène de la grossesse à l'adolescence» (Dufort & al., 2006, p. 2). Cette recherche permet de sortir de l'analyse classique de la problématique qu'est la grossesse chez les jeunes, et conduire à une approche moins stigmatisante de la part des intervenants.

Il serait donc intéressant, pour guider la planification, la réalisation et l'analyse du projet, d'utiliser un modèle théorique qui a déjà été employé dans le but de favoriser un changement de comportement. De plus, si ce modèle a été appliqué auprès

d'adolescents, il serait encore plus adéquat pour l'intervention prévue. Le prochain chapitre décrit le cadre théorique qui servira de ligne directrice pour toutes les étapes du projet, soit: l'adaptation, l'implantation et l'évaluation d'un jeu de rôle, nommé «Être Parent Ado», pour la prévention des grossesses auprès d'adolescents âgés de 14 à 16 ans.

Cadre théorique

L'objectif principal de cet essai est la création, l'implantation et l'évaluation d'une intervention auprès des adolescents, dont le but ultime est de contribuer à prévenir les grossesses non-désirées. Suite à l'utilisation du jeu de rôle comme moyen d'enseignement, il sera possible de comparer les différences de croyances, d'attitudes et d'intention des participants envers l'utilisation d'un moyen de contraception, soit avant et après l'activité. Cette démarche est soutenue par deux modèles théoriques. Le premier, qui sert principalement à l'adaptation de l'activité, à la construction des outils d'évaluation et à l'analyse des résultats, est le modèle intégrateur de Godin (1991). Le second, le processus de consultation proposé par Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2003), guide la démarche à suivre, afin de bien structurer les étapes de l'intervention dans le milieu.

Modèle intégrateur de Godin

La modification d'un comportement est un processus complexe qui peut résulter en un succès ou en un échec. La croyance populaire chez les professionnels de la santé est que l'éducation est le passeport direct vers le changement. En d'autres mots, si les personnes étaient correctement informées des risques qu'ils prennent et des conséquences qui en résultent, elles modifieraient leurs comportements problématiques. Prendre pour acquis cette devise est une erreur, surtout en prenant l'exemple des fumeurs qui connaissent très bien les effets néfastes de la cigarette sans toutefois changer cette habitude (Godin, 2004). Selon Godin (2004), la motivation à changer un

comportement est souvent liée à un autre intérêt que la santé, comme par exemple, l'apparence physique ou l'acceptation sociale.

Dans son modèle, Godin a intégré plusieurs théories de prédiction du comportement, soit : les modèles de croyances relatives à la santé selon la théorie sociale cognitive de Bandura, la théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié de Fishbein et Ajzen, le modèle des croyances relatives à la santé élaboré dans les années 50, ainsi que la théorie des comportements interpersonnels de Triandis. Ces diverses théories tentent d'expliquer pourquoi les individus adoptent ou non un certain comportement (Godin cité dans Fisher, 2002).

Le comportement lié à la santé est défini par Godin (dans Fisher, 2002) comme étant « une action faite par un individu et ayant une influence positive ou négative sur la santé » (p. 375). Il spécifie que le comportement est prédit par l'intention, pour autant que les conditions soient favorables à la réalisation de celle-ci. Godin critique le modèle de Ajzen et Fishbein (1975, 1980) qui avait établi que l'intention représentait la motivation ou la volonté de la personne à réaliser un comportement. Godin (1996) précise que l'intention, c'est la perception de l'individu de la probabilité que le comportement soit adopté par lui. L'intention est définie par huit variables divisées en trois catégories (Godin, 1996). Il est important de mentionner que les variables externes comme l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, l'expérience sexuelle, le niveau de connaissance sur la sexualité et les traits de personnalité auront aussi une influence sur

l'intention au travers des trois catégories de facteurs. Le modèle intégrateur est représenté de façon schématique pour favoriser sa compréhension (voir Figure 1).

La première catégorie de facteurs se réfère à l'*attitude* des personnes à l'égard du comportement à adopter et s'exprime sous forme cognitive ou affective. La *composante cognitive* est la pensée envers le comportement donné, c'est-à-dire l'analyse subjective des avantages et des désavantages qui résulteraient de l'adoption du comportement. La *composante affective* est la réponse émotionnelle de la personne suite à la pensée de faire un tel comportement. « Si un sentiment positif résulte de cette pensée, il s'en suivra un état physiologique que l'organisme tentera de maximiser en fréquence et en intensité » (Godin dans Fisher, 2002, p. 385). Donc, les sentiments et les émotions ressentis à l'idée d'adopter un certain comportement, appelés les *croyances comportementales*, peuvent favoriser le changement. Ces croyances comportementales représentent l'évaluation des conséquences qui peuvent découler du comportement adopté (Bédard, 2005). L'anticipation de regrets face à l'adoption possible d'un comportement ou non peut aussi influencer l'intention (Godin dans Fischer, 2002).

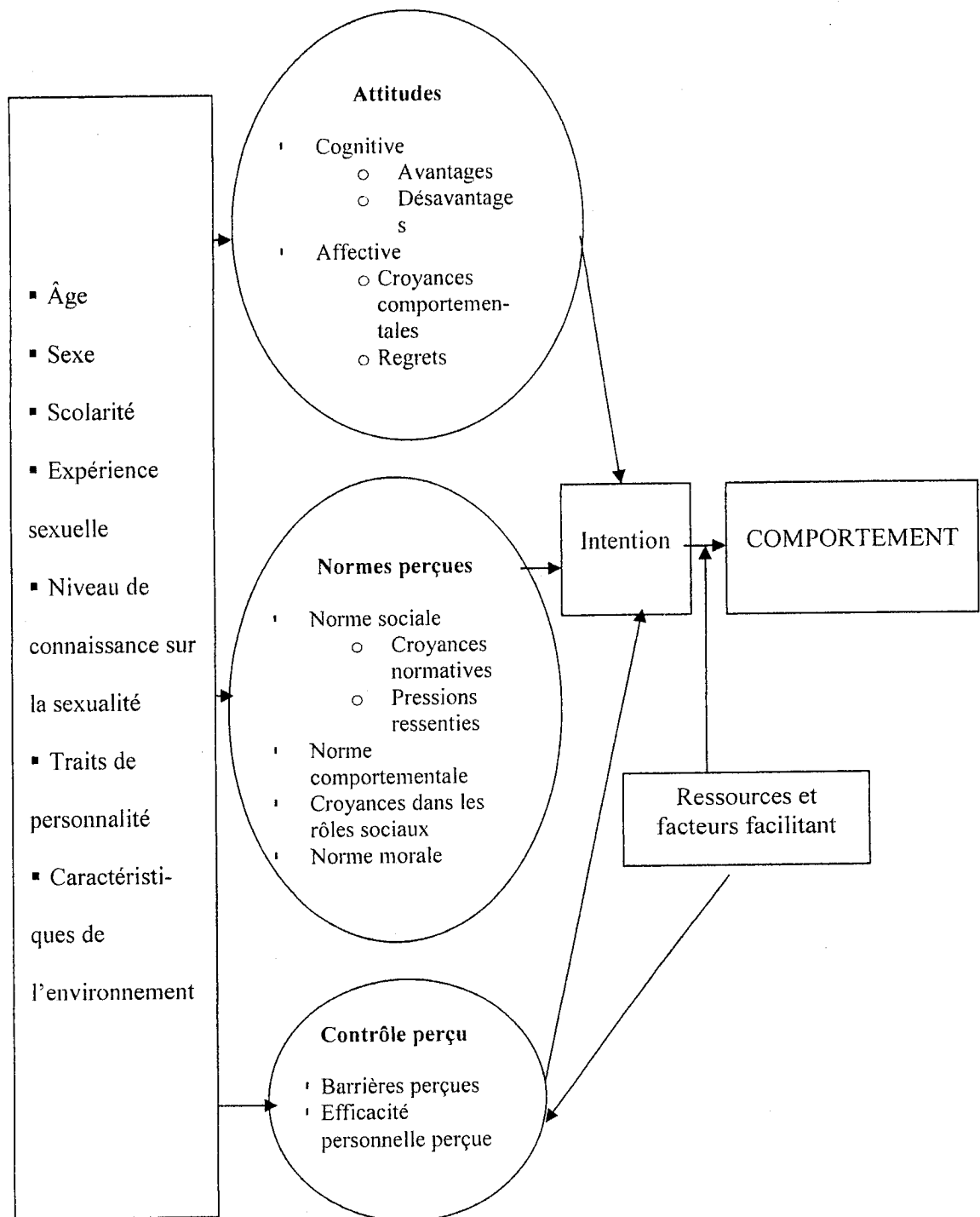


Figure 1 : Modèle intégrateur (Godin dans Fisher, 2002, avec permission de l'auteur 2008)

La seconde catégorie de facteurs renferme les *normes perçues* qui influencent la motivation à agir. Il y a la *norme sociale*, qui est la perception des attentes de l'entourage face à l'adoption d'un comportement. Cette norme est définie par les *pressions ressenties* et les *croyances normatives*. Ces dernières sont la perception du degré d'approbation perçu d'autres personnes importantes pour la personne au sujet de l'adoption du comportement (Triandis, 1980 cité par Godin dans Fisher, 2002). Les pressions ressenties évoquent la perception des pressions que des personnes significatives font sur l'individu en faveur de l'adoption du comportement. La seconde variable, la *norme comportementale*, est celle qui prime dans l'environnement social et se traduit par la mesure de la prévalence de ce comportement (De Vries, Backbier, Kok & Dijkstra, 1995) En troisième lieu, la *croyance dans les rôles sociaux* se résume en la perception que l'individu a de ce qu'une autre personne, dans une situation sociale similaire à la sienne, doit faire par rapport au comportement en question. Finalement, la *norme morale* se réfère aux principes moraux de la personne, à ses convictions (Godin dans Fisher, 2002). « Cette norme mesure le sentiment d'obligation personnelle quant à l'adoption du comportement. La personne évalue jusqu'à quel point le comportement est en accord ou non avec ses principes » (Godin dans Fisher, 2002, p. 386).

La dernière catégorie renferme la capacité à adopter le comportement, soit le *contrôle perçu* que la personne a sur l'adoption d'un certain comportement. Cette capacité se définit par les *barrières perçues* (Ajzen, 1991; Triandis, 1980 cités par

Godin dans Fisher, 2002) et l'*efficacité personnelle* (Bandura, 1994 cité par Godin dans Fisher, 2002). Les barrières, qui peuvent être physiques ou psychologique, nuisent à l'adoption du comportement. De son côté, l'*efficacité personnelle* représente le sentiment de capacité à adopter un comportement, malgré les difficultés possibles (Godin cité dans Fisher, 2002).

Justification du choix du modèle

Le modèle de Godin permet de bien explorer les facteurs prédisposants favorables ou non à l'adoption d'un comportement. Il tient compte des dimensions cognitives et affectives de l'individu, tout en considérant l'environnement social et les valeurs. De plus, ce cadre, en plus d'être spécialement conçu pour le domaine de la santé, intègre bien certains des concepts identifiés par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Blais, 2005) en ce qui a trait aux facteurs qui influencent l'adoption d'un comportement qui doivent être pris en considération lors de la prévention des grossesses dans les écoles secondaires. Les facteurs identifiés par le Ministère sont: ceux qui facilitent l'action, ceux qui prédisposent à l'action et ceux qui renforcent l'action (Blais, 2005). Tous ces facteurs influencent l'adoption du comportement, ce qui est directement lié à la variable de l'*intention*. Les facteurs qui prédisposent l'action comprennent: les variables sociodémographiques, les connaissances, la perception, mais aussi les croyances, les attitudes et les normes, qui sont les concepts principaux du modèle de Godin.

Ce cadre théorique est une source d'inspiration et guide l'élaboration des questionnaires distribués en pré et post intervention et éventuellement quant au type même de l'intervention à effectuer suite à l'analyse des données des questionnaires. Ces questionnaires mesureront, si tel est le cas, jusqu'à quel point le jeu de rôle a contribué à modifier les attitudes, l'intention et les croyances des jeunes face à l'utilisation d'un moyen contraception lors d'une relation sexuelle.

Le modèle intégrateur de Godin permet de bâtir l'intervention en soi, ainsi que les questionnaires. Toutefois, l'ajout d'un deuxième cadre qui permet de structurer l'intervention entière, allant du premier contact avec le milieu d'intervention jusqu'à la terminaison, permet de favoriser un bon déroulement et d'éviter les oublis.

Processus de consultation de Lescarbeau

Les auteurs du processus de consultation ont élaboré une marche à suivre lorsqu'un consultant intervient dans un milieu (Lescarbeau & al., 2003). Cette façon de procéder est un cadre simple qui permet de bien structurer l'*entrée* dans ce milieu, l'*entente* avec les demandeurs, l'*orientation* à prendre, la *planification*, la *réalisation* de l'intervention, puis clore avec la *terminaison*.

La première étape du processus, l'*entrée*, se caractérise par le premier contact entre le demandeur et l'intervenant. Cet « épisode exploratoire fournit aux partenaires l'occasion de faire connaissance, d'échanger de l'information et de s'entendre sur la pertinence ou non de poursuivre la démarche » (Lescarbeau & al., 2003, p. 76). Dans ce cas-ci, l'*entrée* consiste à approcher un milieu où se retrouvent des adolescents dans le groupe d'âge pressenti pour l'intervention. Une fois le milieu trouvé, si les deux parties s'entendent pour continuer un bout de chemin ensemble, l'*entente* consiste à s'entendre formellement sur le déroulement des activités à venir et les rôles de chacun des partis. À ce stade, le projet doit aussi être approuvé par le comité d'éthique de l'université, ainsi que par celui du milieu s'il y en a un. Puis, l'intervenant a la tâche de décider l'*orientation* que le projet va prendre en choisissant un cadre de référence qui teintera la façon de procéder lors de l'activité, mais aussi lors de l'évaluation des résultats. Lorsque les lignes conductrices de la démarche sont tracées, l'étape de la *planification* sert à créer un plan d'action plus concret avec les actions à entreprendre et des échéanciers approximatifs. Cela peut s'illustrer sous la forme d'un calendrier des opérations pour imaginer la suite des événements. Comme l'intervention se passe auprès d'adolescents qui vont à l'école, les dates qui seront choisies pour le projet sont importantes. Les dates d'examen, de congés et de sorties scolaires doivent être prises en considération.

Une fois que le plan d'action définitif est approuvé par les deux parties, l'étape de la *réalisation* consiste à mobiliser les membres autour du projet, à préparer et accomplir les activités prévues. Lors de ce stade, l'intervenant doit aussi évaluer les

progrès, assurer l'autorégulation (gérer les obstacles qui surviennent), faciliter l'enracinement (intégration du changement dans le milieu), traiter les résistances, favoriser la concertation, assister les personnes et le système-client et finalement, encourager la prise des responsabilités. En dernier lieu, lorsque toutes les activités prévues dans le plan d'action ont été complétées, l'étape de la *terminaison* permet de mettre un terme à l'engagement. Pour se faire, le consultant procède à l'évaluation de l'intervention, qu'il remet par écrit au client avec quelques recommandations s'il y a lieu. La méthodologie utilisée pour la réalisation de l'intervention «Être Parent Ado» est décrite dans le chapitre suivant.

Méthode d'intervention

L'intervention vise à créer, implanter et évaluer un jeu de rôle auprès de filles et de garçons âgés entre 14 et 16 ans. L'évaluation du jeu de rôle se fait par l'exploration de l'intention, des attitudes et des croyances des adolescents face à l'utilisation des moyens contraceptifs, soit avant et après avoir expérimenté le jeu de rôle «Être Parent Ado». Comme des interventions semblables ont déjà été expérimentées par le passé, mais qu'aucun résultat basé sur des données scientifiques n'a été publié, il est pertinent d'effectuer une cueillette de données à la fois qualitative et quantitative. La section quantitative permettra d'illustrer concrètement les résultats obtenus à l'aide des questionnaires avant et après l'activité, alors que la section qualitative complètera les données. Cette dernière section est essentielle, puisque certaines données nécessitent d'être nommées par le participant, sans être suggérées.

Le présent chapitre fait état de la description du milieu, des instruments de mesure, de la validation des instruments, des considérations éthiques puis, du déroulement de l'intervention selon les étapes suggérées par Lescarbeau et al. (2003).

Description du milieu et des participants

Les milieux où se retrouvent principalement les adolescents de 14 à 16 ans sont les écoles secondaires. Dans la région de Gatineau, trois commissions scolaires se partagent huit écoles secondaires publiques, en plus de quatre écoles secondaires privées. Dans la ville de Gatineau, secteur Gatineau, quatre écoles secondaires publiques se divisent la population étudiante adolescente de 11 à 18 ans, pour un total de 7 677 élèves au 30 septembre 2008, soit au moment de l'expérimentation du jeu de rôle (Commission scolaire des Draveurs, 2008). À cette même période, l'école participante au projet comptait 1 337 élèves, dont 233 en secondaire III. Le choix de cette école secondaire s'est fait en fonction de l'intérêt présenté par la direction et le corps professoral de participer à l'activité du jeu de rôle «Être Parent Ado».

Le recrutement de ces jeunes se fait sur une base volontaire, utilisant un mode d'échantillonnage de convenance. Tel qu'entendu avec le milieu, il est convenu que le recrutement des élèves se fait par l'intermédiaire du professeur prédéterminé par la direction, qui enseigne aux élèves de secondaires II ou III, niveaux qui correspondent à l'âge de la clientèle visée, doit de 14 à 16 ans. Comme il en a été question précédemment dans la section des recommandations pour les critères d'un bon programme de prévention, les auteurs ne sont pas unanimes quant au moment le plus propice pour débiter l'enseignement sur la prévention des grossesses. L'activité du jeu de rôle nécessite une certaine implication des participants, alors si ces derniers sont trop

jeunes, les risques que le projet n'atteigne pas les objectifs escomptés sont plus élevés. Certains auteurs suggéraient un enseignement adapté à l'âge des participants (McKay & al., 2001; Sawsan & al., 2004) et d'autres conseillaient de se concentrer sur la réduction des comportements à risque (Kalmuss & al., 2003). En considérant ces derniers énoncés, en plus du fait que l'âge moyen de la première relation sexuelle au Canada se situe autour de 14 ans, ce groupe d'âge a été retenu.

Le but ultime du projet est de prévenir les grossesses non-désirées pendant l'adolescence. Ainsi, l'intervention s'adresse à tous les adolescents de 14 à 16 ans, peu importe leur sexe, qui s'intéressent à l'intervention. En fait, le seul critère d'exclusion au jeu de rôle est le vécu d'une grossesse par le passé, quelle que soit l'issue finale. Toutefois, si un parent refuse de laisser son enfant participer, une discussion doit avoir lieu entre l'intervenante, le parent et l'adolescent pour en venir à une décision finale. Au sens de la loi et tel que stipulé dans le Code civil du Québec (article 14, alinéa 2), un jeune de 14 ans et plus n'a pas besoin de l'accord d'un parent quant aux décisions sur sa santé, s'il est jugé apte à le faire (Clinique juridique de l'Université du Québec à Montréal, 2002). Par contre, pour un meilleur déroulement de l'intervention, le soutien parental est souhaité, surtout que le jeu de rôle se déroulera aussi à la maison les soirs, les nuits et la fin de semaine, ce qui chambardera la routine familiale.

Dans les projets faits par le passé dans les écoles de la région, tous les élèves d'un même niveau étaient soumis à l'activité. Par contre, la lourdeur de la tâche

engendrée par un échantillon d'une telle ampleur risque de favoriser son abandon (Langlois, 2008, communication personnelle). Le fait d'avoir seulement quelques adolescents qui vivent le jeu de rôle devrait être plus réaliste. En effet, au quotidien, seulement quelques jeunes se retrouvent devant l'éventualité d'une grossesse ou d'être un parent. Toutefois, il est nécessaire d'avoir au moins une dizaine de jeunes qui vivent l'expérience, pour des fins de comparaisons et alimenter l'apport de nouvelles connaissances. De plus, si le nombre de participants est trop bas et que quelques jeunes ne terminent pas l'expérience, les données recueillies seront insuffisantes pour pouvoir tirer des conclusions. Ainsi, l'échantillon visé est d'un minimum de 10 participants.

Instruments de mesure

Pour recueillir les données, deux outils sont utilisés : le questionnaire sociodémographique et un questionnaire qualitatif auto-rapporté utilisé en pré et en post intervention, tous deux développés dans le cadre de cet essai.

Questionnaire sociodémographique

Ce questionnaire permet de recueillir de l'information précise sur la situation actuelle des adolescents participant au projet. À l'aide de ce questionnaire, il est possible de connaître l'âge des participants, leur genre, leur situation familiale, leur statut socio-

économique, leurs habitudes liées à la sexualité, leur histoire sexuelle, ainsi que les sources de l'enseignement sexuel reçu. Ce questionnaire est complété par les adolescents avant le début de l'activité (voir Appendice B).

Questionnaire pré et post intervention

Avant le début du jeu de rôle, un questionnaire pré intervention est complété par les participants (voir Appendice C). Ce même questionnaire leur est remis deux semaines après la fin de l'activité pour qu'il soit complété à nouveau. Le délai d'environ quatorze jours pour la cueillette des résultats a été établi pour permettre aux jeunes de revivre leur routine «normale» d'adolescent, sans toutefois être trop long et risquer qu'ils oublient le quotidien qu'ils ont vécu avec leur poupée. Ainsi, la prise de conscience espérée par l'activité devrait mieux se refléter dans les résultats obtenus.

Ce questionnaire, construit à l'aide du document « Les théories sociales cognitives : guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire » (Godin & Gagné, 1999), en lien avec le modèle intégrateur (Godin, 1991), permet d'évaluer les prises de conscience effectuées par les jeunes, au niveau de leurs croyances, de leurs attitudes et de leur intention d'utiliser un moyen de contraception lors de leurs prochaines relations sexuelles. En effet, les questions explorent ces différents aspects au travers des paramètres établis par le modèle. Les participants doivent répondre à ces questions avec des courtes réponses ou à l'aide d'une échelle de Likert,

tel que suggéré par le document guide. Par la suite, l'analyse des résultats obtenus par ce questionnaire révèle, s'il y a lieu, des différences entre les réponses recueillies avant le jeu de rôle et après. Il est souhaité que les résultats puissent contribuer à mieux comprendre l'efficacité de ce genre d'activité dans la prévention des grossesses auprès des étudiants de 14 à 16 ans.

Validation des instruments

Les deux outils utilisés pour recueillir les données, soit le questionnaire sociodémographique et le questionnaire pré et post intervention ont été validés, au niveau de l'apparence par la directrice et la co-directrice d'essai. La validité d'apparence est aussi faite par une adolescente âgée de 14 ans qui ne participe pas à l'activité. Suite à ces validations, les questions ont été simplifiées et mises à la deuxième personne du singulier.

Considérations éthiques

Avant toute mise en place de l'intervention, le projet est soumis au Comité d'éthique de la Recherche de l'Université du Québec en Outaouais (voir Appendice D). Le milieu choisi n'a pas de comité d'éthique qui lui est propre. Seule l'approbation du responsable du milieu est nécessaire. Toutefois, la directrice de l'établissement scolaire avait préalablement soumis le projet à l'assemblée des directeurs, où il a été accepté à

l'unanimité. Un contrat pour le projet a été émis entre le milieu et l'étudiante. (voir Appendice E)

Néanmoins, il est important de spécifier certains aspects éthiques qui sont pris en considération pour l'intervention. La confidentialité des participants et le libre consentement sont respectés tout au long de l'intervention. En effet, le consentement libre et éclairé est observé, car les participants doivent signer, ainsi qu'un de leur parent ou tuteur, un formulaire qui précise toutes les informations pertinentes pour l'intervention, ainsi que les mesures prises pour préserver l'anonymat. Il est spécifié que la lecture des résultats ne permettra pas de les identifier. De plus, la responsable du projet s'engage à répondre aux interrogations supplémentaires des parents ou des adolescents et même de les rencontrer au besoin. Finalement, si un élève se retire en cours de route, ses premiers questionnaires complétés, soit le questionnaire sociodémographique et le questionnaire pré-test, sont détruits et non-utilisés pour l'analyse des données.

Le risque pour les participants est minime pour ce projet. Un inconfort pourrait survenir lors de l'activité face aux diverses responsabilités engendrées par le jeu de rôle. Par contre, à l'instar de ce risque, les participants auront le bénéfice de faire une prise de conscience sur les conséquences de la parentalité à l'adolescence. Toutefois, dans le but de prévenir et limiter les inconvénients qui pourraient survenir lors de leur participation au projet, les adolescents et leur famille sont invités à communiquer avec l'infirmière de

leur école, le travailleur social ou le psychologue de l'établissement, ou encore directement avec l'étudiante responsable de l'intervention. Par ailleurs, comme l'activité se déroule dans un groupe précis, le professeur responsable de la classe peut aussi être consulté.

Déroulement de l'intervention

Afin de bien structurer le processus de l'intervention, la méthode de Lescarbeau et al. (2003) guide la démarche avec le milieu choisi.

L'entrée

Pour cette première étape, la directrice de l'unité 1 de l'école secondaire publique ciblée, est contactée par message courriel, pour présenter le projet et l'intérêt de la responsable de l'activité pour le milieu. La directrice démontre son intérêt envers la possibilité de la réalisation du jeu de rôle dans son école. Il est entendu qu'une rencontre aura lieu, au cours du mois de mai, pour une présentation plus complète de l'intervention envisagée. Un document descriptif et explicatif concernant le jeu de rôle «Être Parent Ado» est rédigé en fonction de cette rencontre par la responsable du projet.

L'entente

Au cours de l'entente, la directrice et la responsable s'accordent sur les modalités du déroulement du projet. La directrice de l'établissement a déjà désigné un professeur comme personne-ressource pour toute la durée de l'intervention. Ce dernier démontre son intérêt à la directrice, ce qui est facilitant pour l'application du projet. Il est entendu que les adolescents approchés pour le recrutement se trouvent dans un cours donné par ce professeur, qui enseigne dans la concentration *plein-air*.

L'orientation

Pendant l'orientation, le projet d'intervention est soumis au Comité d'éthique de l'établissement universitaire fréquenté par l'initiatrice du projet. Tel que mentionné précédemment, aucune autorisation est nécessaire de la part de la commission scolaire pour l'adoption du projet. La directrice de l'établissement a déjà présenté les grandes lignes de l'activité à la directrice générale de l'école, ainsi qu'aux directeurs des autres niveaux. De plus, elle a informé les autres professeurs de son unité du jeu de rôle, ainsi que l'infirmière de l'école. Cette dernière, qui vient tout juste d'entrer en fonction, spécifie qu'elle ne peut participer activement à la mise en place de l'activité, puisqu'elle est nouvelle en poste. Par contre, elle accepte de rencontrer, au besoin, les élèves qui ont des questions au sujet de la prévention des grossesses, de la contraception ou tout autre sujet lié à l'intervention.

La planification

Une fois le certificat d'éthique obtenu de l'Université du Québec en Outaouais, une nouvelle rencontre entre la directrice, le professeur et la responsable de l'intervention est planifiée. Lors de cette réunion, la responsable avait prévu d'informer ses partenaires du contexte éthique de l'intervention, des objectifs visés, de son rôle dans le recrutement et le déroulement de l'intervention. Toutefois, comme il s'est passé quelques semaines entre la première rencontre avec la directrice et la seconde, le contexte n'était plus le même. Pendant les vacances de l'été, elle a été nommée directrice générale de l'école par intérim, et le nouveau directeur de l'unité 1 avait été mis au courant du projet sur la prévention des grossesses. La directrice lui a demandé de poursuivre les démarches avec l'initiatrice du projet. Au moment de la rencontre, le directeur avait omis d'avertir le professeur ressource. Finalement, ce dernier était présent dans l'établissement et la rencontre a pu avoir lieu. Selon l'horaire des cours donnés par le professeur au groupe de concentration *plein-air* de niveau secondaire III, des moments propices pour exposer le projet aux étudiants, distribuer le questionnaire sociodémographique et le questionnaire pré intervention, débiter et finir le jeu de rôle, ainsi que distribuer des questionnaires post intervention sont identifiés. Il est important de prendre en considération que le jeu de rôle doit durer entre 4 et 5 jours, incluant une fin de semaine. La durée de l'intervention a été établie en fonction du fait qu'une activité trop longue risque de diminuer l'intérêt des participants (Langlois, communication personnelle). Les périodes d'étude et d'examens sont aussi des facteurs à examiner dans

la décision des dates à adopter. Tel que mentionné plus tôt, il est convenu que le projet soit offert à une classe de concentration *plein-air* de secondaire III, et que selon le nombre de volontaires, le projet soit proposé à une ou des classes supplémentaires, selon les besoins de recrutement pour atteindre un nombre minimal de 10 participants. Aucun nombre maximal n'est établi.

Un contrat d'intervention est signé par le professeur de l'établissement et l'infirmière. Une copie est laissée à l'attention du directeur, ainsi que tous les documents descriptifs du projet, afin qu'il puisse signer l'entente de façon éclairée. Il est entendu qu'il informera, au cours de la prochaine réunion de professeurs, les autres professeurs qui enseignent au groupe ciblé, du déroulement de l'activité et de ses implications. Dans le contrat, il est clairement indiqué que le directeur s'engage à informer du projet les autres professeurs de l'établissement.

La réalisation

Recrutement. Comme les deux groupes de concentration plein-air sont désignés pour le recrutement et que ces élèves sont soumis à plusieurs activités extérieures et de fins de semaine, un calendrier est élaboré avec le professeur responsable pour la suite des événements. Il n'y a pas beaucoup de marge de manœuvres, puisque les élèves quittent l'école à trois reprises dans les semaines qui suivent pour des séjours à l'extérieur. Le recrutement doit donc se faire dans les plus brefs délais pour que le projet puisse être

mis en place dans la semaine qui suit. Il est entendu que dès le lendemain, le professeur ressource remettra aux élèves l'affiche de publicité (Voir appendice F) pour les inviter à se joindre au projet. À ce moment, les jeunes sont informés que la responsable viendra leur présenter son projet plus en détails à leur retour de leur première expédition, soit 11 jours plus tard.

Tel que convenu, la responsable du projet se présente à la date choisie pour présenter le projet d'intervention aux élèves du premier groupe à la fin de leur cours de biologie, puis au deuxième groupe au début de leur cours de mathématique. Elle leur présente l'activité (voir Appendice G) et les encourage à en discuter avec leur famille. Tel que mentionné dans la lettre de recrutement, la participation à ce projet leur donne l'occasion d'expérimenter une méthode d'enseignement peu utilisée et de vivre une prise de conscience sur les responsabilités engendrées par la parentalité lors de l'adolescence.

Il est important de noter que le critère d'exclusion est mentionné dès ce premier contact avec les adolescents, pour ainsi éviter des conflits entre les jeunes et leurs parents. Par exemple, dans le cas où une jeune fille aurait subi un avortement et que ses parents ne sont pas au courant, elle n'aura pas à justifier son refus à participer à l'intervention. À la fin de la rencontre, le formulaire de consentement est aussi remis (Voir Appendice H) et expliqué. Dans les jours qui suivent cette rencontre, les étudiants sont invités à exprimer leur désir de participation au professeur responsable. Tel que mentionné précédemment, selon les nombres de jeunes intéressés, une rencontre avec

une autre classe d'une autre concentration sera organisée pour l'exposition du projet si les volontaires ne sont pas assez nombreux.

Deux jours après la rencontre, le professeur de l'établissement avise que huit élèves ont remis leur formulaire de consentement signé par eux-mêmes ainsi que par un parent. Une autre classe est donc approchée pour participer au projet. Le professeur présente lui-même le projet et remet les documents aux élèves d'une autre classe, toujours de secondaire trois, mais dans une autre concentration. Les jeunes intéressés par le projet sont invités à téléphoner à la responsable du projet s'ils ont besoin de davantage d'information et à se présenter le lendemain au local déterminé pour le début de l'activité. Six élèves du dernier groupe invité au projet se sont ainsi ajoutés aux huit premiers volontaires, pour le début de l'activité.

La collecte des données. Le formulaire de consentement a été signé lorsque le jeune l'a apporté à la maison avant le commencement du projet. À la date prévue du début du jeu de rôle, les adolescents se présentent, pendant l'heure du dîner, au local désigné pour toutes les rencontres concernant l'activité du jeu de rôle. Avant de leur remettre le nécessaire pour l'activité, le questionnaire sociodémographique leur est remis. Chacun des questionnaires comporte le code du profil, dans le haut de la première page. Il est demandé aux participants d'inscrire, sur cette ligne, leur date de fête. Les questionnaires seront appariés, à la fin de l'activité, grâce à ce code. Le questionnaire pré-intervention leur est ensuite distribué. Une fois les questionnaires complétés et remis à la responsable

du projet, les valises et les bébés sont remis aux nouveaux parents. Comme l'heure du dîner tire à sa fin, les jeunes sont invités à aller reconduire leur bébé à la garderie fictive mise en place, soit dans le local de vie spirituelle, près de la cafétéria.

Il est entendu que l'activité prend fin 5 jours plus tard, dès leur arrivée à l'école le matin. Le jeu de rôle a donc débuté le vendredi midi pour se terminer le mercredi matin lors de la remise des poupées et des valises. La responsable du projet invite les jeunes à se prononcer sur leur appréciation de l'activité et les changements à apporter si le jeu de rôle se perpétue.

Les limites anticipées de l'intervention. La première limite de l'intervention est que le jeu de rôle est entièrement basé sur la participation réelle des adolescents. Comme les jeunes jouent le jeu de parents dans tous leurs milieux (école, famille, sport...), il est impossible de pouvoir s'assurer de leur participation en tout temps. Les résultats obtenus peuvent donc être erronés si l'activité n'est pas réellement vécue par les adolescents. Il n'y a aucune façon objective de le savoir.

De plus, comme la participation est sur une base volontaire, il n'est pas certain que des jeunes nécessitant une prise de conscience sur les conséquences d'une grossesse pendant l'adolescence participent. Il est fort probable que les jeunes soient réalistes face aux responsabilités encourues et que le jeu de rôle ne serve qu'à consolider ces acquis.

Comme les participants sont tous dans la même école et dans trois classes d'un même niveau, il est impossible de transposer les résultats pour d'autres classes de la même école, et encore moins dans une autre école ou un autre niveau. Seulement des conclusions générales peuvent être tirées.

Finalement, le projet nécessite l'implication de toutes les personnes dans l'entourage du participant, tant à l'école qu'à la maison. À l'école, les professeurs et le personnel de soutien informés du projet par la direction, sont encouragés fortement à contribuer au projet. Un parent de chaque participant, qui a signé le formulaire, a consenti à jouer le rôle à la maison. Par contre, si le jeune fréquente d'autres endroits publics ou d'autres personnes qui n'ont pas connaissance du jeu de rôle, cela pourrait rendre difficile l'expérience ou même nuire au projet.

L'analyse des résultats. Une fois les trois questionnaires complétés, il est possible de les apparier à l'aide du code du profil inscrit sur la première page de chacun. Comme les questionnaires pré et post intervention comportent des données qualitatives et quantitatives, ces dernières seront analysées de façon descriptive. Le nombre de participants étant trop peu nombreux, il est impossible de faire des différences de moyennes. Les questions qualitatives sont examinées par une analyse de contenu (Miles et Huberman, 2003). Chacune des variables, soit l'intention, les croyances et les attitudes, sont analysées à l'aide des résultats obtenus aux questions leur étant reliées.

La terminaison

Une fois que le questionnaire post intervention est rempli par les participants, la présence de la responsable du projet dans le milieu n'est plus requis. Par contre, lors de la remise des questionnaires complétés, les adolescents sont remerciés pour leur participation à l'intervention. Le professeur qui a gentiment accepté de parrainer le projet dans sa classe est aussi remercié, ainsi que la directrice générale et le directeur d'unité, qui ont appuyé l'intervention au sein de leur école. Il est entendu que les résultats de l'intervention, une fois compilés, seront acheminés par écrit à la directrice générale et au professeur impliqué. Une copie de l'essai est aussi transmise à la commission scolaire de l'école en question, pour une diffusion des résultats.

Résultats et évaluation de l'intervention

La section qui suit présente les résultats obtenus à l'aide des différents questionnaires utilisés, ainsi que l'évaluation des objectifs de l'intervention et des objectifs personnels.

La présentation des résultats se fait en deux segments: le profil des participants et la mesure des différents items (attitudes, croyances et intention). Les réponses aux questionnaires donnent accès à des données qualitatives et quantitatives. Toutefois, à la lumière des résultats obtenus, il est impossible d'en faire une analyse qualitative approfondie, en raison de la présence d'énoncés courts et répétitifs par les participants, plus facilement quantifiables que qualifiables. Ce phénomène s'appelle la récurrence des termes.

Profil des participants

Au début de l'activité, 14 participants ont complété les questionnaires sociodémographique et pré-test, puis ont débuté le jeu de rôle. Toutefois, onze jeunes ont complété le projet en assistant à la dernière rencontre où le dernier questionnaire, soit le post-test, a été rempli. Le profil des participants est élaboré seulement à partir des questionnaires des adolescents qui ont passé par toutes les étapes du projet.

L'activité a été complétée par 11 adolescents fréquentant une école secondaire de l'Outaouais et étant dans une groupe de concentration, soit plein-air ou arts de la rue, de niveau secondaire III. Le groupe comportait six filles (55%) et cinq garçons (45%) tous âgés de 14 ans et de citoyenneté canadienne. Au Québec, en 2008, soit au même moment où le projet a été expérimenté, la province comptait 95 358 adolescents de 14 ans, dont 46 374 filles (49%) et 48 984 garçons (51%) (Ministère de la Famille, des Aînés et de la condition féminine, 2005). Le groupe qui a testé le jeu de rôle n'est pas exactement représentatif de la population québécoise du même âge, mais s'y rapproche.

La composition familiale des participants est peu diversifiée, puisque 82% des jeunes vivent avec leurs deux parents (n=9), soit au sein d'une famille nucléaire. Les deux autres vivent en garde partagée (18%). De plus, aucun d'eux n'est enfant unique et un seul jeune fait partie d'une famille reconstituée. Le dernier recensement au Québec concernant la composition des familles date de 2001. À ce moment là, la province dénombrait 2 019 555 familles. «Les familles, au sens de statistiques Canada, incluent les couples ou les parents seuls avec des enfants ainsi que les couples sans enfant à la maison» (Ministère de la Famille, des Aînés et de la condition féminine, 2005, p.12). Selon ce même document, les enfants (N=2 190 140) dans les familles de recensement vivent à 77,4% (n=1 696 190) dans une famille biparentale et à 22,6% (n=493 950) dans une famille monoparentale. Comme les données provinciales datent de sept ans avant le projet et qu'elles englobent toutes les familles ayant des enfants, peu importe leur âge, il

est difficile de comparer la composition familiale du groupe de participants avec la population actuelle.

Quant à la façon dont les jeunes ont entendu parler de la sexualité, les réponses sont étonnantes. En effet, la majorité des adolescents répondent que le thème de la sexualité, peu importe sa forme (relations sexuelles, moyens de contraception, ITSS, grossesse...), a été abordé avec une infirmière (n=9) et/ou un professeur (n=9) et/ou un parent (n=7). Il est étonnant de constater que trois jeunes, dont un garçon et deux filles, n'ont jamais discuté de sexualité avec aucun de leur parent. Compte tenu de l'exposition des jeunes à la technologie, il est surprenant que moins de la moitié d'entre eux aient entendu parler de sexualité à la télévision (n=5) et encore moins par internet (n=3). C'est à croire que la discussion entre amis serait plus populaire (n=6) que les discussions en ligne ou les sites dédiés aux thèmes sexuels. Les autres sources d'information au sujet de la sexualité sont un frère ou une sœur (n=2), un médecin (n=2), une revue (n=3) ou dans un livre (n=1).

Dans les écrits, il est question de la nature de l'éducation sexuelle faite aux adolescents dans les écoles, mais il est plus rare de mentionner les autres sources d'éducation possible (McCall & McKay, 2004). Toutefois, avec l'enseignement qui est normalement fait dans les écoles, on peut se demander comment il se fait que ce ne soit pas la totalité des étudiants qui ait entendu parler de sexualité à l'école, soit par l'infirmière ou un professeur. Comme il n'existe plus de cours officiel qui aborde le sujet

de la santé sexuelle dans les écoles du Québec, peut-être que ces résultats indiquent que l'éducation sexuelle n'est pas toujours introduite aux autres disciplines scolaires, tel que recommandé par le gouvernement.

Pour l'ensemble de l'échantillon, un seul participant avait déjà eu une relation sexuelle avant l'amorce du projet. Ce participant avait eu une relation non protégée, mais dans les derniers trois mois, déclarait utiliser un moyen contraceptif. De même, un seul partenaire était rapporté.

En prenant en compte que l'âge moyen de la première relation sexuelle, au Canada, est de 15 ans (Frappier & al., 2008), le groupe d'adolescents qui a participé à l'activité pourrait être représentatif de la réalité canadienne. Malheureusement aucune donnée récente n'est disponible à ce sujet pour le Québec ou pour l'Outaouais.

Une fois le groupe de participants connu, il est nécessaire de comptabiliser et d'analyser les réponses obtenus dans les questionnaires pré et post test, afin de pouvoir répondre aux questions et aux objectifs du projet.

Mesure des concepts

En lien avec le cadre de référence, il est possible, à partir des réponses des participants, de comparer les attitudes, les croyances et l'intention des jeunes face à

l'utilisation d'un moyen de contraception lors d'une relation sexuelle. Comme le modèle de Godin a été utilisé pour l'élaboration des questionnaires, les questions ont été faites en fonction de l'évaluation de différents concepts, soit les *attitudes*, les *normes perçues* et le *contrôle perçu*, qui influent sur l'*intention* d'adopter un comportement de santé. Les questions relatives aux attitudes permettent d'atteindre le premier objectif, qui est de «comparer, s'il y a lieu, les différences d'attitudes des adolescents, soit avant et après le jeu de rôle, face à l'utilisation d'un moyen de contraception lors d'une relation sexuelle». Puis, les questions liées aux *normes perçues* servent à «comparer les croyances des adolescents, soit avant et après le jeu de rôle, face à l'utilisation d'un moyen de contraception lors d'une relation sexuelle». Une troisième série de questions correspondant au *contrôle perçu* ne correspond pas à l'évaluation directe d'un objectif. Toutefois, afin de pouvoir «comparer l'intention des adolescents à adopter un comportement de santé, soit l'utilisation d'un moyen de contraception lors de relations sexuelles, avant et après l'expérience du jeu de rôle» les questions liées aux trois items précédents, soit les *attitudes*, les *normes perçues* et le *contrôle perçu*, en plus des questions inhérentes aux *intentions*, sont nécessaires pour l'analyse.

Mesure des attitudes

La mesure des *attitudes* est la partie qui renferme le plus de questions, dont certaines à réponses courtes et d'autres qui sont évaluées sur l'échelle de Likert. La comparaison de cet item, à l'aide des treize questions posées avant et après le jeu de rôle,

permet de connaître la vision des adolescents face à l'utilisation de moyens de contraception lors de relations sexuelles.

Les réponses obtenues à la question portant sur la nécessité d'utiliser un moyen de contraception lors de relations sexuelles révèlent que les participants connaissent les conséquences possibles d'une relation sexuelle non-protégée. Au pré-test, 90,9% ont répondu (n=10) qu'il est nécessaire d'utiliser un moyen de contraception pour la prévention des ITSS et pour la prévention des grossesses. Il faut préciser que ce ne sont pas nécessairement tous les répondants qui ont donné les deux réponses précédentes. En effet, le participant #1 a inscrit que l'utilisation de préservatifs servait à la prévention des ITSS, le participant #2 que c'était pour la prévention des grossesses, tandis que tous les autres ont mentionné ces deux réponses. De plus, deux autres participants (18,2% ou n=2) ont répondu aussi: «devenir père malgré soi», ce qui implique que ce sont des garçons qui ont ajouté cette réponse. Au post-test, 72,7% (n=8) ont écrit que l'utilisation d'un moyen de contraception est nécessaire pour la prévention des ITSS et 81,8% (n=9) pour la prévention des grossesses. De ces nombres, 63,6% (n=7) ont mentionné ces deux réponses sur leurs questionnaires. Ce sont les deux seules réponses qui ont été recensées au post-test.

La question: «Quelles peuvent être les conséquences d'une relation sexuelle sans préservatif» ressemble beaucoup à la question précédente et recherche le même genre de réponse. Les participants ont donc répondu sensiblement les mêmes affirmations. Par

conséquent, 100% des élèves (n=11) ont mentionné l'ITSS, dont un qui a même précisé qu'il pouvait mourir de cette infection. La presque totalité a aussi pensé à la grossesse comme conséquence, soit 90,9% (n=10) et un dernier jeune, qui est une fille, a ajouté aux deux réponses précédentes, une troisième réponse qui est : «déséquilibre mental». Au post-test, toujours 100% (n=11) des adolescents ont noté que les ITSS peuvent être une conséquence d'une relation sexuelle sans protection et 81,8% (n=9) mentionnent la grossesse. La notion du déséquilibre mental n'a pas été rapporté dans le post-test.

La question suivante est l'opposé de la précédente, soit: «Quelles peuvent être les conséquences d'une relation sexuelle avec préservatif?». Les jeunes n'ont pas seulement interprété le mot «conséquences» comme étant des retombées négatives, mais ont aussi nommé des retombées positives de la contraception (voir Tableau 2). Toutefois, au post-test, des sentiments négatifs ont été cités. À deux reprises, l'énoncé «moins de plaisir» a été retrouvé, ainsi que «moins de bonheur» à une occasion. Aussi, le fait que la contraception coûte des sous a été signalé. Au post-test, les réponses sont plus nombreuses, variées et élaborées. Le jeu de rôle a peut-être influencé une réflexion au niveau des attitudes des jeunes envers les moyens contraceptifs.

Tableau 2
Raisons nommées justifiant la contraception

<i>Pré test</i>	<i>n</i>	<i>Post test</i>	<i>n</i>
Aucune raison	4	Aucune conséquence négative	3
Sentiments positifs	3	Sentiments négatifs	3
Échec de la contraception	2	Sentiments positifs	2
Ne sais pas	2	Éviter ITSS	2
Bonne santé	1	Échec de la contraception	1
Éviter ITSS	1	Ne sais pas	1
Éviter grossesse	1	Moins d'argent	1
		Éviter la grossesse	1
		Traumatisme	1

Les trois questions suivantes se rapportent aux croyances comportementales du modèle de Godin, soit à l'idée d'adopter ou non le comportement. Donc, advenant la non adoption du comportement souhaité, qui est l'utilisation d'un moyen de contraception, les questions cherchent à savoir les conséquences possibles advenant une grossesse. À la question 6, qui est: «Quelles peuvent être les conséquences d'une grossesse sur ton adolescence?», aucun participant n'a pensé à nommer l'avortement comme une issue possible au pré test. Il est toutefois mentionné au post test. Le jeu de rôle peut avoir influencé l'ajout de cette réponse. De plus, aucune conséquence positive d'une grossesse

n'a été spécifiée, pas plus au pré qu'au post test. Les réponses obtenues sont nombreuses et très variées (voir Tableau 3). C'est pourquoi elles ont été regroupées en catégories. Ces catégories regroupent les items semblables, mais nommés différemment par les participants à l'activité. Par exemple, les réponses: cœur brisé, peine, dépression et culpabilité sont placés dans la catégorie *sentiments négatifs* envers les conséquences d'un avortement. Dans le pré et le post test, la préoccupation principale des jeunes, advenant une grossesse, concerne l'école. Au post test, les conséquences négatives au point de vue physique sont identifiées et celles sur le temps et les loisirs sont moins rapportées. Un autre point à souligner est qu'au pré test, la peur du rejet de la famille avait été évoqué. Puis, au post test, c'est plutôt le rejet des amis qui fait peur.

Les conséquences recherchées sont à long terme, en demandant: «Quelles peuvent être les conséquences d'une grossesse pendant l'adolescence sur ta vie?». Après le jeu de rôle, les réponses obtenues (voir Tableau 4) étaient plus nombreuses, variées et élaborées. Encore une fois, aucune conséquence positive n'a été évoquée, pas plus au pré qu'au post test. Dans le questionnaire post test, il a été question de la vie sociale qui est affectée par la parentalité. Il est possible que l'activité a permis une prise de conscience sur l'emploi du temps qui doit être modifié quand il faut s'occuper d'un enfant.

Tableau 3

Conséquences nommées d'une grossesse à l'adolescence

<i>Pré test</i>	<i>n</i>	<i>Post test</i>	<i>n</i>
Conséquences négatives au niveau scolaire	7	Conséquences négatives au niveau scolaire	7
Conséquences négatives sur la vie	4	Conséquences négatives sur le plan physique	6
Conséquences négatives sur temps vs loisirs	3	Conséquences négatives sur la vie	4
Conséquences négatives au niveau de la future carrière	2	Rejet des pairs	1
Conséquences négatives sur le plan physique	2	Perturbation	1
Perte de confiance	1	Vivre un avortement	1
Victime de jugements des autres	1		
Rejet de la famille	1		
Grosses responsabilités	1		
Pas d'argent	1		
Plus influençable	1		
Besoin d'un appartement	1		

Tableau 4
Conséquences nommées d'une grossesse sur la vie future

<i>Pré test</i>	<i>n</i>	<i>Post test</i>	<i>n</i>
Études non complétées	4	Études non complétées	2
Faire des sacrifices	2	Faire des sacrifices	2
Difficultés financières	2	Être un parent-enfant	2
Traumatisme	1	Grandes responsabilités	2
Peur/refus d'avoir d'autres enfants	1	Refus d'avoir d'autres enfants	1
Avoir un enfant	1	Avoir un enfant	1
Monoparentalité	1	Davantage de tâches	1
Sentiment d'échec	1	Sentiment d'échec	1
Être un parent-enfant	1	Vie sociale limitée	1
Être jugé	1	Difficultés financières	1
Sans emploi	1	Retard dans les études	1
Ne le sait pas	1	Pas un bon emploi	1
Aucune réponse	1	Refus de se marier	1
		Conséquences négatives sur le	
		plan physique	1
		Ne le sait pas	1

Tableau 5
Conséquences nommées d'un avortement

<i>Pré test</i>	<i>n</i>	<i>Post test</i>	<i>n</i>
Sentiments négatifs	16	Sentiments négatifs	8
Conséquences négatives au plan physiques	3	Problèmes psychologiques	2
Perte d'un enfant	2	Problèmes psychologiques	1
Profiter de son adolescence	1	Ne le sait pas	1
		Ne pas avoir d'enfant à charge	1

Si les jeunes n'adoptent pas le comportement désiré, l'utilisation d'un moyen de contraception, une grossesse peut survenir. Par contre, le fait de mener à terme cette grossesse n'est pas la seule solution envisageable. La question 8 concerne justement l'option de l'avortement et les sentiments qui pourraient survenir dans une situation pareille. Toutefois, contrairement aux questions précédentes, certains adolescents ont mentionné, au pré test et au post, des conséquences positives que pourraient avoir un avortement sur leur vie (voir Tableau 5). Les sentiments négatifs énumérés au pré test sont nombreux: déséquilibre, troublé pour la vie, dépression, tristesse, remord, moral rabaissé, regret, culpabilité, rejet, perturbation et vide. Au post-test, les sentiments négatifs sont moins nombreux et moins élaborés. Il est possible que l'activité du jeu de rôle ait changé l'attitude des jeunes envers l'avortement. Cet acte n'est peut-être plus vu

aussi négativement qu'avant avoir joué le jeu de parent, mais plutôt comme une conséquence ou une issue probable d'une grossesse non planifiée.

Les deux dernières questions à réponses courtes visant à explorer l'item de l'attitude des jeunes, cherchent à faire nommer respectivement les avantages et les désavantages à utiliser un contraceptif lors de relations sexuels. Dans les deux temps de mesure, les avantages principaux de la contraception sont nommés à plusieurs reprises, soit pour la prévention des ITSS et des grossesses non désirées. Les autres réponses sont aussi similaires dans les deux tests (voir Tableau 6). Toutefois, à la question 10 sur les désavantages, le post-test obtient plus de différentes réponses (voir Tableau 6). Si l'on réfère aux réponses obtenues au questionnaire sociodémographique, une seule des participantes a déjà eu des relations sexuelles sur les onze adolescents. Serait-il possible que cette situation ait changée au cours de l'intervention, ce qui expliquerait pourquoi les réponses sont plus élaborées au second questionnaire?

Tableau 6
Avantages et désavantages cités de l'utilisation de la contraception

<i>Avantages</i>			
<i>Pré test</i>	<i>n</i>	<i>Post test</i>	<i>n</i>
Éviter de contracter une ITSS	8	Éviter de contracter une ITSS	8
Éviter une grossesse	7	Éviter une grossesse	6
Sécurité	3	Sécurité-protection	4
Plaisir	1	Plaisir	1
Confiance	1		
Bonne attitude	1		
Ne le sait pas	1		
<i>Désavantages</i>			
<i>Pré test</i>	<i>n</i>	<i>Post test</i>	<i>n</i>
Aucun	5	Aucun	5
Je ne le sais pas	4	Sentiments négatifs	5
Sentiments négatifs	2	Je ne sais pas	2
		Manque de réalisme	1

Les questions suivantes ont été répondues sur l'échelle de Likert. À la question: «Pour moi, utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des trois prochains mois serait...», demande au répondant de terminer la phrase par le terme proposé qui le représente le mieux. La question se divise en 5 parties, soit de *a* à *e* (voir Tableau 7, p. 88). À la lumière de ces réponses, les répondants ont généralement des sentiments favorables envers l'utilisation d'un moyen contraceptif. Cependant, ce sont les deux questions liées au confort qui engendrent des réponses négatives face à la contraception. Malgré leur inexpérience dans l'utilisation de moyens de contraceptions, les jeunes semblent détenir d'autres croyances par rapport au confort des condoms.

La question suivante se divise aussi en deux parties. Suite à l'énoncé: « Si tu utilisais un condom lors de chaque relation sexuelle...», les répondants devaient noter la fin de la phrase selon leur niveau d'accord (voir Tableau 8, p. 89). À la première partie, soit «...cela serait un bon moyen de contraception», les réponses sont semblables pour les deux temps. Par contre, à la partie *b*, qui est: « ...cela nuirait à la spontanéité de la relation sexuelle», les résultats sont différents. Au pré test, les réponses sont étendues dans les sept choix de l'échelle de Likert. Au second test, 27,3% (n=3) des réponses sont «très en désaccord» tandis que 36,4% (n=4) sont plutôt «très en accord». Pour des jeunes qui n'ont pas eu de relation sexuelle à 90,9% (n=10), ce changement de réponse est étonnant. Au pré test, 27,3% (n=3) ont choisi la réponse neutre «ni l'un ni l'autre» contrairement au post test, où aucun adolescent n'a opté pour cette réponse.

Tableau 7

Sentiments face à l'utilisation de la contraception

	Très	Assez	Légèrement	NN ²	Légèrement	Assez	Très
a	Désagréable				Agréable		
Pré test	1		1	3		2	4
Post test	2					3	6
b	Inutile				Utile		
Pré test						1	10
Post test		1					10
c	Imprudent				Prudent		
Pré test						1	10
Post test						1	10
d	Improbable				Probable		
Pré test	1			1		1	8
Post test				1		1	9
e	Déplaisant				Plaisant		
Pré test	1	1		5		1	2
Post test	1				2	3	5

² NN=Ni l'un ni l'autre

Tableau 8

Sentiments de contrôle face à l'utilisation de contraceptifs

	Très	Assez	Légèrement	NN ³	Légèrement	Assez	Très
a) Efficacité	En désaccord				En accord		
Pré test						2	9
Post test		1					10
b) Spontanéité	En désaccord				En accord		
Pré test	2	1	1	3	1	2	1
Post test	3		2		1	1	4

Puis, à la question 14: «Quelle importance donnes-tu à un bon moyen de contraception?», les réponses sont semblables avant et après le jeu de rôle (voir Tableau 9, p.90). Dans les deux cas, toutes les réponses se trouvent dans les cases «assez important» ou «très important». Notons qu'avant l'intervention, 72,7% (n=8) ont choisi l'option «très important». Cependant, au post-test, 90,9% (n=10) ont choisi cette réponse.

³ NN=Ni l'un ni l'autre

Tableau 9

Niveau d'importance donné à un bon moyen de contraception

	Très peu	Assez	Peu	NN ⁴	Légèrement	Assez	Très
	important				important		
Pré test						3	8
Post test						1	10

À la question 15: « Pour toi, utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle au cours des trois prochains mois serait...», les participants rapportent une différence dans les réponses des deux périodes qui laisse croire que l'intervention a peut-être joué un rôle motivateur dans l'adoption du comportement de santé, soit l'utilisation du préservatif. En effet, au pré-test, 9,1% (n=1) a répondu «légèrement difficile», 18,2% (n=2) a choisi «assez facile» et 72,7% (n=8) a choisi «très facile». Au post-test, toutes les réponses se trouvent dans les deux cases à l'extrême droite de l'échelle: 27,3% (n=3) dans «assez facile» et 72,7% (n=8) dans «très facile» (voir Tableau 10).

⁴ NN=Ni l'un ni l'autre

Tableau 10

Sentiment d'efficacité par rapport à l'utilisation de contraception

	Très peu	Légèrement	Peu	NN ⁵	Légèrement	Assez	Très
	difficile				facile		
Pré test		1				2	8
Post test						3	8

La dernière question sert à illustrer les attitudes des adolescents face à l'utilisation de la contraception. Les participants devaient indiquer leur niveau d'accord suite à l'énoncé: «Je me sentirais coupable de ne pas utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois». Comme à la question précédente, les réponses sont concentrées dans les deux cases de l'extrême droite de l'échelle de Likert, à l'exception d'un répondant qui, au pré-test, était *très en désaccord* avec l'énoncé, puis a changé sa réponse radicalement au post test pour *très en accord*. Au post-test, un élève a choisi de ne pas répondre à la question (voir Tableau 11).

⁵ NN=Ni l'un ni l'autre

Tableau 11

Niveau de culpabilité lié à la non utilisation de contraception

	Très	Légèrement	Peu	NN ⁶	Légèrement	Assez	Très
	En désaccord				En accord		
Pré test	1					3	7
Post test						3	7

Mesure des croyances

Pour la mesure de cet item, les résultats sont issus de deux modes: une question qualitative à courtes réponses et neuf questions dont les réponses sont situées sur une échelle de Likert. La catégorie des *normes perçues* se réfère directement aux croyances de la personne envers l'adoption du comportement souhaité, ainsi que les valeurs qui s'y rattachent. À la question 11: «Selon moi, quelle(s) personne(s) ou groupe(s) de personne(s) utiliserait(ent) un préservatif lors de chaque relation sexuelle au cours des trois prochains mois?», il n'y a pas de différence évidente entre le pré et le post test. Les répondants, avant l'intervention, nomment à plusieurs reprises (n=6) que les «personnes responsables» utiliseront un moyen de contraception, sans toutefois nommer un groupe précis de personnes ou une catégorie d'âge. Cette réponse revient moins souvent au post test (n=2) (voir Tableau 12, p.93). Comme la majorité des participants qui a expérimenté

⁶ NN=Ni l'un ni l'autre

le jeu de rôle n'a jamais eu de relation sexuelle, il est peut-être difficile pour eux d'identifier clairement des groupes qui font usage de la contraception. Cette notion est peut-être trop abstraite pour eux.

Tableau 12

Personnes qui utilisent la contraception selon les normes perçues

<i>Pré test</i>	<i>n</i>	<i>Post test</i>	<i>n</i>
Personnes responsables	6	Je ne le sais pas	3
Adolescents	2	Adolescents	2
Je ne le sais pas	2	Personnes responsables	2
Personnes qui ne veulent pas d'enfant	1	Personnes qui ne veulent pas d'enfant	2
Personnes qui ont une ITSS	1	Personnes qui ont une ITSS	1
Nouveaux couples	1	Personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels	1
Personnes qui font l'amour pour la première fois	1	Tout le monde	1

Tableau 13

Niveau de responsabilité lié à l'utilisation de la contraception

a	Très Assez Légèrement			NN ⁷	Légèrement Assez Très		
	en désaccord				en accord		
Pré test				1		4	6
Post test				1	1	1	8

Les autres questions sur les *normes perçues* sont quantifiables sur l'échelle de Likert. La seizième question: «Je pense que c'est de ma responsabilité d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois?» obtient une différence dans les réponses des deux tests (voir Tableau 13). Avant le jeu de rôle, 9,1% (n=1) avaient une réponse neutre à la question, 36,4% (n=4) étaient *assez en accord* et 54,5% (n=6) pensait plutôt être *très en accord*. Suite à l'activité, le même participant est toujours neutre face à l'énoncé, 9,1 % (n=1) sont *légèrement en accord*, 9,1% (n=1) sont *assez en accord*, puis 72,7% (n=8) sont *très en accord* avec l'affirmation précédente.

⁷ NN=Ni l'un ni l'autre

Tableau 14

Niveau de principes face à l'utilisation de contraceptifs

a	Très	Assez	Légèrement	NN ⁸	Légèrement	Assez	Très
	en désaccord				En accord		
Pré test						2	9
Post test						2	8

À la question 23: «Il est dans mes principes d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir dans les 3 prochains mois», les résultats sont pratiquement les mêmes pour les deux questionnaires. La seule différence est qu'au post-test, un élève a choisi de ne pas répondre à la question (voir Tableau 14). Les résultats démontrent que les valeurs des participants sont demeurés les mêmes après l'intervention. Comme ils avaient déjà comme principe d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle qu'ils/elles pourraient avoir dans les trois prochains mois, le jeu de rôle n'a fait aucune différence.

Pour les quatre prochaines questions, au post test, un participant a choisi de ne pas répondre. C'est le même élève qui avait choisi de ne pas répondre à quelques unes des questions précédentes. Aucune raison n'a été mentionné sur le questionnaire qui pourrait expliquer ce refus. Comme ce participant avait répondu au questionnaire pré test

⁸ NN=Ni l'un ni l'autre

en entier, il est peu probable que la question l'ait rendu mal à l'aise ou inconfortable. Comme les questionnaires comportent plusieurs questions, il est possible que la longueur ait découragé le participant.

Tableau 15

Niveau d'acceptabilité lié à la non contraception

a	Très Assez Légèrement			NN ⁹	Légèrement Assez Très		
	en désaccord				En accord		
Pré test					1	3	7
Post test				1		2	7

Suite à l'énoncé 25: «Je pense que c'est inacceptable de ne pas utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des trois prochains mois», personne n'est en désaccord dans chacune des périodes (voir Tableau 15). Il en est de même pour la question 26: «De façon générale, il est normal pour une personne de mon âge d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle» (voir Tableau 16). À la lumière de ces réponses, il est clair que les participants accordent une certaine valeur à la contraception. Même si la grande majorité d'entre eux n'avait jamais eu de relation sexuelle au début de l'intervention, leurs valeurs les poussent à penser qu'il

⁹ NN=Ni l'un ni l'autre

est important d'utiliser un préservatif lors des relations sexuelles, surtout pour les personnes de leur âge.

Tableau 16

Norme perçue pour un adolescent d'utiliser de la contraception

a	Très Assez Légèrement			NN ¹⁰	Légèrement Assez Très		
	en désaccord				En accord		
Pré test					1	3	7
Post test						1	9

Les prochaines questions concernant les *normes* cherchent à identifier comment les participants perçoivent le comportement à adopter en fonction des groupes. Au pré-test de la question 27: «De façon générale, il est normal pour une personne de mon sexe d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle», toutes les réponses reçues étaient dans le côté droit de l'échelle, dont une réponse neutre. Tous les participants étaient d'accord, à différents niveaux, avec l'énoncé (voir Tableau 17, p. 98). Au post test, les participants ont répondu dans les deux extrémités de l'échelle de Likert, soit 18,2% (n=2) sont *très en désaccord* et 72,7 (n=8) sont *très en accord*. Il est difficile d'expliquer ce changement dans la norme perçue. De même, on ne peut saisir comment

¹⁰ NN=Ni l'un ni l'autre

et si le jeu de rôle a influencé sur les perceptions des répondants qu'il est normal pour les personnes de leur genre de ne pas utiliser de préservatif lors de chaque relation sexuelle.

À la question 28: «De façon générale, il est normal pour une personne québécoise d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle», l'activité semble avoir influé sur la perception des adolescents face à l'adoption du comportement. Au pré test, 45,5% (n=5) des réponses sont partagées entre *très en désaccord* et *assez en accord*, contre 54,5% (n=6) qui sont *très en accord*. Par contre, au post test, 72,7% (n=8) des participants sont maintenant *très en accord* et 18,2% (n=2) ont choisi une autre réponse.

Tableau 17

Norme perçue selon le genre d'utiliser de la contraception

a	Très Assez Légèrement			NN ¹¹	Légèrement Assez Très		
	en désaccord				En accord		
Pré test				1	1	3	6
Post test	2						8

¹¹ NN=Ni l'un ni l'autre

Tableau 18

Norme perçue selon l'origine d'utiliser de la contraception

	Très Assez		Légèrement	NN ¹²	Légèrement	Assez	Très
	en désaccord				En accord		
Pré test	1	1				3	6
Post test	1				1		8

Les réponses aux questions qui suivent portent sur la tendance des participants à agir en fonction d'autres personnes et de leurs opinions dans l'adoption du comportement de santé visé par le projet, soit l'usage d'un moyen de contraception lors de relations sexuelles. La vingt-neuvième question se divise en deux parties, soit si l'adolescent a tendance à agir selon les attentes de ses parents concernant l'utilisation d'un contraceptif, ou selon ses amis. Dans les deux cas, les réponses sont très disparates sur l'échelle de Likert (voir Tableau 19). On note toutefois qu'après l'intervention, les participants ont l'opinion qu'ils seraient moins influencés par l'opinion d'autrui qu'avant l'intervention (pré test: n=13, post test: n=9).

¹² NN=Ni l'un ni l'autre

Tableau 19

Niveau d'influence des attentes d'autrui sur le comportement

	Très	Assez	Légèrement	NN ¹³	Légèrement	Assez	Très
a) parents	improbable				probable		
Pré test	2		1	2	1	1	4
Post test	3			3	1	1	3
b) amis	improbable				probable		
Pré test	1		1	2	4		3
Post test	2			5	1	1	2

Enfin, les deux dernières questions du questionnaire affichent des réponses semblables avant et après l'intervention (voir Tableau 20 et Tableau 21). Pour les questions 30 et 31, soit: «Les personnes les plus importantes pour moi pensent que je devrais utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois» et «Les personnes les plus importantes pour moi me recommandent d'utiliser un préservatif pour chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois», les réponses changent peu d'un test à l'autre. Toutefois, toutes les réponses données à ces deux questions se trouvent soit dans la catégorie neutre, soit en accord avec l'énoncé. Ce qui indique clairement que, selon les participants, les personnes importantes de leur vie pensent (question 30) et

¹³ NN=Ni l'un ni l'autre

recommandent (question 31) d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle qu'ils pourraient avoir au cours des 3 prochains mois.

Tableau 20
Niveau d'influence des pensées d'autrui sur le comportement

	Très Assez Légèrement	NN ¹⁴	Légèrement Assez Très	
	en désaccord		En accord	
Pré test		2	3	6
Post test		2	2	7

Tableau 21

Influence des recommandations d'autrui sur le comportement

	Très Assez Légèrement	NN ¹⁵	Légèrement Assez Très	
	en désaccord		En accord	
Pré test		3	1	7
Post test		1	2	8

¹⁴ NN=Ni l'un ni l'autre

¹⁵ NN=Ni l'un ni l'autre

Mesure de l'intention

Contrôle perçu. Tel que mentionné auparavant, les questions liées au *contrôle perçu* ne répondent pas directement à un objectif de l'intervention. Par contre, elles sont utiles à l'analyse du troisième objectif à propos de *l'intention* des jeunes à adopter un comportement de santé, soit l'utilisation d'un moyen de contraception lors d'une relation sexuelle. L'item du *contrôle perçu* fait référence à la perception de la personne sur sa capacité d'adopter ou non un comportement. Cela comprend les forces et les faiblesses personnelles, mais aussi les facteurs externes pouvant être facilitant ou nuisibles.

Les réponses obtenues à la question: «Je choisirais de ne pas utiliser un moyen de contraception lors de relations sexuelles parce que...» (voir Tableau 22, p.103) sont plus variées au pré test qu'après l'intervention. Les participants ont répondu à 54,5% (n=6) au pré test et à 45,5% (n=5) au post test, qu'ils n'utiliseraient pas un moyen contraceptif s'ils souhaitaient avoir un enfant. Dans les deux périodes, 36,4% (n=4) des participants n'envisagent pas avoir une relation sexuelle sans préservatif, peu importe les raisons.

Tableau 22

Raisons dites pour lesquelles la non contraception est justifiable

<i>Pré test</i>	<i>n</i>	<i>Post test</i>	<i>n</i>
Pour avoir un bébé	6	Pour avoir un bébé	5
Comportement impossible	4	Comportement impossible	4
Impossible de s'en procurer	1	Occasion exceptionnelle	1
Impulsion	1	Confiance en le/la partenaire	1
Sous l'effet de la drogue/alcool	1		
Confiance en le/la partenaire	1		

La question suivante porte sur les barrières extérieures qui pourraient nuire, voire empêcher l'adoption du comportement de santé. À la question: «Je ne pourrais pas utiliser un moyen de contraception lors de relations sexuelles si...», les réponses reçues sont diversifiées (voir Tableau 23). Toutefois, seulement 18,2% (n=2) des jeunes affirment qu'ils refuseraient d'avoir une relation sexuelle sans préservatif au pré test, et 27,3% (n=2) ont la même réponse au post test. Il est important de remarquer qu'au pré test, 27,3% (n=3) ont répondu qu'ils n'utiliseraient pas de contraception lors d'une relation sexuelle s'ils n'en avaient pas. Cette réponse est inexistante au post-test. Le jeu de rôle peut être responsable de ce changement au niveau de l'intention des jeunes à adopter un comportement de santé dans une situation donnée.

Tableau 23

Raisons nommées pour lesquelles la contraception est impossible

<i>Pré test</i>	<i>n</i>	<i>Post test</i>	<i>n</i>
N'a pas de contraceptif	3	Pas de relation sans contraception	3
Ne sais pas	2	Ne sais pas	1
Pas de relation sans contraception	2	Sous l' emprise de la drogue/alcool	1
Sous l' emprise de la drogue/alcool	1	Agression sexuelle	1
Impossible de s'en procurer	1	Prescription médicale	1
Oubli	1	Contraceptifs n'existent pas	1
Allergie au latex	1	Si j'ai une ITSS	1
Agression sexuelle	1	«Je m'arrangerais»	1
Prescription médicale	1		

Tableau 24

Niveau du sentiment d'efficacité par rapport à la contraception

	Très Assez Légèrement en désaccord	NN ¹⁶	Légèrement Assez Très En accord
Pré test			3 7
Post test			1 10

¹⁶ NN=Ni l'un ni l'autre

Les réponses des deux questions suivantes liées au *contrôle perçu* sont comptabilisées à l'aide de l'échelle de Likert. À la question 17: «Je me sens capable d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois», au pré test, 63,6% (n=7) des adolescents ont répondu *très en accord*, 27,3% (n=3) ont affirmé être *assez en accord* et un dernier (n=1), qui équivaut à 9,1%, n'a pas répondu. Au post test, 90,9% (n=10) ont certifié être *très en accord* et 9,1% (n=1) sont *assez en accord* (voir Tableau 24, p.104). Puis, à la question 18: «Au cours des 3 prochains mois, mon (mes) partenaire(s) sexuels refusera(ont) d'utiliser un moyen de contraception lors de relations sexuelles que je pourrais avoir», les réponses sont plus variées sur l'échelle et ne diffèrent pas beaucoup entre le pré et le post test (voir Tableau 25, p.106). Avant l'activité, 36,4% (n=4) affirmaient que c'était *très improbable*, 18,2% (n=2) choisissaient l'affirmation *très probable*, 18,2% penchent vers la neutralité avec *ni l'un ni l'autre*, tandis que 9,1% (n=1) optent pour *assez probable* et *légèrement probable*. Au post test, peu de changement dans l'étalement des résultats. Les mêmes pourcentages sont comptabilisés pour *très improbable*, *ni l'un ni l'autre* et *légèrement probable*. Par contre, *peu improbable* est l'énoncé choisi par 9,1% (n=1) et *très probable* augmente sa cote avec 27,3% (n=3).

À la lumière de l'analyse des résultats de l'item de *l'intention*, il n'y a qu'à la question 17, portant sur le sentiment de capacité à utiliser un moyen de contraception lors de chaque relation sexuelle possible au cours des 3 prochains mois, où une

différence entre les réponses des deux questionnaires peut suggérer une influence du jeu de rôle.

Tableau 25

Croyance liée au refus d'utiliser un contraceptif par le(a) partenaire

	Très improbable		NN ¹⁷	Très probable		
	Très	Assez		Légèrement	Assez	Très
Pré test	4	1	2	1	1	2
Post test	4		2	1		3

Intention. L'intention, qui modifie la capacité d'agir, est influencée par les trois items mesurés précédemment, mais peut aussi être évaluée directement par différentes questions. Les réponses des quatre questions à ce sujet ont été rapportées elles aussi sur l'échelle de Likert (voir Tableau 26, p.107). Les questions 19 à 22 étaient: «J'ai l'intention d'utiliser un préservatif pour chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois», «Au cours des 3 prochains mois, j'aurai un moyen de contraception à la portée de la main lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir», «Si j'ai des préservatifs à la portée de la main, je les utiliserai lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois», «Si, au cours des 3 prochains mois, mon partenaire sexuel ne veut pas utiliser un préservatif je refuserai

¹⁷ NN=Ni l'un ni l'autre

Tableau 26

Niveaux d'intention liés à l'utilisation d'un moyen de contraception

	TI ¹⁸	AI	LI	NN	LP	AP	TP
Question 19: «J'ai l'intention d'utiliser un préservatif pour chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois»							
Pré test						1	10
Post test						1	10
Question 20: «Au cours des 3 prochains mois, j'aurai un moyen de contraception à la portée de la main lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir»							
Pré test		1	1			2	7
Post test				1	2	1	7
Question 21: «Si j'ai des préservatifs à la portée de la main, je les utiliseraient lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois»							
Pré test ¹⁹						1	9
Post test						1	10
Question 22: «Si, au cours des 3 prochains moi, mon partenaire sexuel ne veut pas utiliser un préservatif, je refuserai d'avoir une relation sexuelle»							
Pré test					1	3	7
Post test				2	1		8

¹⁸ Légende: TI= très improbable, AI= assez improbable, LI= légèrement improbable, NN= ni l'un ni l'autre, LP= légèrement probable, AP= assez probable, TP= très probable

¹⁹ À la question 21 du pré test, un participant n'a pas indiqué sa réponse.

d'avoir une relation sexuelle». Il est intéressant de constater qu'après avoir vécu le rôle de parent quelques jours, les élèves ont davantage l'intention d'avoir toujours un moyen de contraception à portée de la main. Toutefois, la dernière question concernant cet item est plus difficile à interpréter. Comme les participants n'ont aucune vie sexuelle active en majorité (n=10), la négociation entre partenaires sexuels est probablement une notion inconnue pour eux. L'important est que l'intention de départ inclut l'utilisation de la contraception.

Évaluation de l'intervention

L'évaluation de l'intervention se fait à partir des objectifs de l'intervention et les objectifs personnels que la responsable du projet a établit au début du processus.

Évaluation de l'atteinte des objectifs de l'intervention

La compilation des données recueillies par les questionnaires pré et post tests, ainsi que leur analyse, ont été faites en fonction de répondre aux objectifs de l'intervention. En effet, tel que vu précédemment, chacun des objectifs est directement lié à l'évaluation d'un item précis, soit: les attitudes, les croyances et l'intention des jeunes face à l'utilisation d'un moyen de contraception.

Les attitudes. Le premier objectif du projet consiste à comparer les attitudes des adolescents face à l'utilisation d'un contraceptif à deux moments donnés, soit avant et après le jeu de rôle. Au premier abord, il est clair que les jeunes sont au courant des conséquences possibles d'une relation sexuelle non protégée, à court et à long terme. Toutefois, au post test, des nouveaux éléments de réponse laissent croire que l'activité «Être Parent Ado» a influencé les attitudes des participants, ceux-ci fournissant des réponses qui sont plus étoffées et plus variées. La possibilité que l'issu de la grossesse soit un avortement est un dénouement positif suite au jeu de rôle. Finalement, l'importance d'un moyen de contraception est aussi plus marquée après l'intervention.

Les croyances. Le second objectif de l'activité est de comparer, avant et après l'intervention, les croyances des jeunes face à l'utilisation d'un moyen de contraception lors d'une relation sexuelle. À la lueur des réponses recueillies au pré test, il est facile de conclure que les élèves détiennent des croyances favorables à la contraception. Toutefois, après le jeu de rôle, les réponses obtenues révèlent quand même des changements. En effet, le niveau d'importance des valeurs liées au comportement de santé souhaité est plus élevé. Le projet peut avoir consolidé les croyances déjà présentes et augmenté le sentiment de responsabilité par rapport à la contraception.

L'intention. Finalement, le dernier objectif, qui est de comparer l'intention des adolescents face à l'utilisation d'un moyen de contraception, avant et après l'intervention, est mesuré par des questions directes, mais aussi directement influencé par les deux

autres items mesurés. Les résultats des questions servant à mesurer l'intention démontrent, qu'avant l'activité, les jeunes avaient déjà l'intention d'utiliser un préservatif pour chaque relation sexuelle qu'ils pourraient avoir au courant des trois prochains mois. Cependant, une différence est visible par rapport à l'intention d'avoir un moyen de contraception à portée de main et de son utilisation. Les participants, en période post test, ont l'intention plus ferme d'avoir toujours un contraceptif en leur possession et d'en faire usage.

Comme l'analyse des réponses liées à l'intention soutient que les adolescents ont davantage l'intention d'utiliser un moyen de contraception et que les résultats concernant les items précédents convergent dans le même sens, il est possible de conclure que le jeu de rôle a favorisé l'intention d'adopter le comportement de santé en question.

Évaluation de l'atteinte des objectifs personnels

Tout au long du processus de la création, de l'implantation et de l'évaluation du projet, maintes occasions se sont présentées afin d'acquérir de nouvelles compétences personnelles. Les objectifs personnels de départ étaient:

1. Négocier une entrée et une entente avec un milieu;
2. Concevoir une intervention;
3. Créer les questionnaires, qui serviront à l'évaluation de l'intervention;

4. Analyser les données recueillies afin de tirer des conclusions quant à la pertinence de l'intervention;
5. Rédiger un essai qui rendra compte du processus de la création, de la planification, de la réalisation et de l'évaluation de l'intervention.

Au départ, il a été ardu de trouver un milieu d'accueil pour le jeu de rôle. Comme la population voulue pour l'activité était préétablie, les milieux possibles étaient restreints aux écoles secondaires et aux maisons de jeunes. Après quelques tentatives de contacts avec différents établissements, une école secondaire publique s'est montrée intéressée par le projet. Le premier objectif personnel a été atteint lors de la négociation de l'entrée et de l'entente avec ce milieu. Un bon laps de temps est toujours à prévoir lors de la recherche dans les milieux, car plusieurs d'entre eux refusaient le projet, de peur d'être surchargés. Il est important de bien détailler le projet lors de la première présentation, afin de donner une idée juste de l'activité et ainsi diminuer les interprétations.

Lors de la recension des écrits, plusieurs éléments ont été mentionnés dans différents articles, afin qu'un projet de prévention des grossesses soit gagnant. En alliant ces recommandations avec celles provenant des comptes-rendus des activités de jeux de rôle déjà tentées, une première ébauche d'intervention a été faite. Puis, avec l'aide du professeur responsable du milieu et des ressources matérielles disponibles, il a été

possible de répondre au second objectif en concevant une intervention adaptée à la clientèle et son environnement.

Les deux objectifs suivants se rapportent plutôt à la cueillette des données et à leur traitement. Le cadre de Godin, qui a guidé l'élaboration des objectifs de l'intervention, a également été utilisé pour construire les questionnaires. En effet, comme les items à mesurer font partie du modèle intégrateur et que ce dernier est généralement employé pour les projets d'adoption de comportement de santé, son utilisation était toute indiquée. À l'aide du guide proposé par l'auteur du modèle (Godin, 1999), les questions pour chacun des items ont été élaborées. Le troisième objectif a été atteint lors de la création des questionnaires sociodémographique et pré/post test. Malgré le guide existant pour la rédaction des questionnaires, cet exercice n'est pas facile. Chacun des items doit être évalué par plusieurs questions et les questions bien formulées. Les questionnaires ne doivent pas être trop longs et trop compliqués pour les participants. Si c'était à refaire, il y aurait probablement moins de questions dans le questionnaire pré et post test, ainsi que plus de questions à développement qui pourrait englober plusieurs éléments de réponse pour la mesure des items.

Comme le questionnaire sociodémographique était nécessaire pour décrire le portrait du groupe ciblé par l'intervention, aucune analyse de contenu n'a été faite. Par contre, des liens entre la population en général, la population cible et les réponses obtenues aux autres questionnaires ont été possibles. L'atteinte du quatrième objectif,

étant d'analyser les données recueillies afin de tirer des conclusions quant à la pertinence de l'intervention, a été possible grâce à l'évaluation qualitative et quantitative de chacune des questions du questionnaire pré/post tests. Comme ce dernier contient des questions à réponses courtes et d'autres à réponses sur une échelle de Likert, il a été nécessaire de regrouper les questions relatives à l'évaluation de chacun des items, puis de les analyser une à une.

Finalement, tous les objectifs précédents étaient des sous étapes à la réalisation du dernier objectif, qui était de rédiger un essai, qui rendrait compte du processus de la planification, de la réalisation et de l'évaluation de l'intervention. Ce dernier objectif, le plus long et le plus rigoureux de tous, a permis à la responsable du projet d'apprendre à synthétiser, expliquer, résumer, reformuler et classer tous les éléments importants à mettre dans l'essai. Il a nécessité beaucoup de lecture et de corrections pour arriver à rencontrer cet objectif final.

Discussion et recommandations

Écarts entre les résultats et la littérature

Lors de l'analyse, divers constats ont pu être faits par rapport au déroulement de l'intervention et aux résultats obtenus. Il est intéressant de reprendre ces constatations et de les comparer aux conclusions de recherches récentes.

Jeu de rôle

Lors de l'élaboration de la problématique, il a été question de divers points à prendre en considération lors de la préparation et l'exécution d'un enseignement auprès de la clientèle adolescente. Afin d'être cohérente avec les constats de divers auteurs, l'intervention devait être, tout d'abord, de nature préventive (Dufort et al., 2000; Santé Canada, 2000; Loignon, 1996). Comme la période de l'adolescence est reconnue comme étant caractérisée par des comportements à risque, il est primordial d'initier la prévention des comportements risqués avant leur apparition (Loignon, 1996). Il est donc question de prévention primaire. L'enseignement théorique ne réduisant pas le taux de grossesses à l'adolescence, il était recommandé de plutôt favoriser une réflexion sur l'importance de la contraception et d'augmenter leur motivation envers la contraception, par l'utilisation de méthodes d'enseignement originales (Blais, 2005; Deijen, 1997; Dufort et al., 2000). Tel qu'identifié par Bédard (2007), des activités de sensibilisation et de prévention de la grossesse à l'adolescence permettant d'amener le jeune à se responsabiliser en matière de comportements sexuels. En effet, les participants au jeu de rôle ont pu prendre

conscience de leurs besoins fondamentaux d'ordre physique, affectif et intellectuel, des conséquences d'une grossesse sur leur santé et leur bien-être et aussi de réfléchir sur l'adoption de comportements sexuels sécuritaires. Par leurs réponses au post test, une réflexion a été faite suite au jeu de rôle. Toutefois, il aurait été intéressant d'avoir plus de données concrètes sur ces réflexions. Dans une intervention ultérieure, le questionnaire devrait inclure davantage de questions à développement sur les sentiments des participants et leurs propres constatations.

Les recherches permettent de mieux distinguer les critères essentiels à la création de programmes d'éducation. Ainsi, ces derniers sont plus efficaces et peuvent répondre aux besoins ciblés des adolescents concernant leur santé sexuelle. Comme il est impossible d'inclure toutes les recommandations faites par les différentes recherches (Blake & al., 2001; Kalmuss & al., 2003; McKay et al., 2001; Santé Canada, 2000; Sawson & al., 2004), les critères applicables au jeu de rôle ont été choisis. Tel que suggéré par Santé Canada (2000), l'activité s'est déroulée dans un contexte de prévention de la santé en tenant compte que le comportement sexuel des jeunes est une partie intégrante du développement de l'adolescent. Le jeu de rôle est aussi flexible et peut s'adapter à différents groupes communautaires et culturels, ainsi qu'aux filles et aux garçons.

Davantage de critères proposés par Kalmuss et al. (2003) peuvent s'appliquer au jeu de rôle, comme le fait de ne pas tenir compte du fait que certains jeunes n'ont pas de

comportement à risque, qu'il est nécessaire de tenir compte de l'influence des pairs et des normes sociales, et finalement qu'il ne faut pas présumer que les adolescents sont ambivalents face à la possibilité d'une grossesse. Toutefois, la recommandation de débiter l'enseignement dès la préadolescence a été écartée. Une telle activité était peu appropriée pour un groupe de jeunes de 11 ou 12 ans et l'importance d'utiliser des méthodes d'enseignement appropriées à l'âge est important (McKay & al., 2001; Sawsan & al., 2004).

Comme le jeu de rôle se passait en partie à la maison, il a été facile d'inclure les parents dans le projet. Ces derniers avaient donné leur accord avant le début de l'intervention. Aucun commentaire des parents, suite au jeu de rôle, n'a été recueilli. Par contre, il est fort probable que des discussions ont eu lieu à la maison autour de l'activité en cours, ce qui pourrait avoir un impact positif sur le comportement sexuel de l'adolescent, comme le suggère les recherches de Blake et al. (2001).

Lors de l'élaboration des critères d'un bon programme de prévention, McKay et al. (2001) mentionnent l'utilisation du jeu de rôle comme méthode d'enseignement. Toutefois, les autres critères n'étaient pas appropriés pour le jeu de rôle, car ils concernaient les bases d'un enseignement théoriques. Aussi, la recommandation de promouvoir l'abstinence a été volontairement mis de côté par la responsable du projet. En effet, tel que mentionné plus tôt, le jeu de rôle est une intervention de prévention qui

tient en compte que la sexualité est une partie intégrante du développement de l'adolescent et qu'il faut promouvoir une sexualité saine (Santé Canada, 2000).

Dans le document *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (Agence de la santé publique du Canada, 2008), différents modèles sont suggérés pour la création et la mise en œuvre de programme d'éducation sexuelle, dont la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié, sur lesquelles s'appuient le cadre de Godin (Valois, Godin & Desharnais, 1990). Le cadre choisi a bien guidé l'adaptation du jeu de rôle au milieu et son évaluation. Il s'est aussi avéré pertinent lors de la construction du questionnaire pré et post test. Toutefois, l'Agence de la santé publique du Canada (2008) a choisi récemment d'appuyer ses interventions auprès des jeunes sur le modèle *Information, motivation et habiletés comportementales* (IMHC). Il serait intéressant de refaire un jeu de rôle appuyé sur cette théorie qui mise beaucoup sur la motivation, facteur qui pourrait être efficace chez les adolescents. Possiblement que les outils construits à partir de ce cadre permettraient de nuancer les changements post intervention différemment.

Les projets de jeu de rôle ont déjà été expérimentés de diverses façons. Les projets passés se sont déroulés de façon imposée à une classe ou un niveau scolaire entier et étaient d'une durée de 11 jours (Langlois, 2008, communication personnelle; Loignon, 1996). Le choix de réduire la durée et le nombre de participants au projet de jeu de rôle a été fait par la responsable du projet. Pour éviter que les adolescents se

lassent avant la fin du jeu de rôle, la durée a été limitée à 5 jours, incluant une fin de semaine. De plus, comme la parentalité pendant l'adolescence ne se vit habituellement pas en groupe, un nombre restreint de participants était souhaité, pour ainsi garder du réalisme à la situation. Ces changements apportés ont été favorables, car seulement deux participants n'ont pas complété le jeu de rôle. La durée plus courte du projet permet aussi d'envisager de répliquer plus facilement le jeu de rôle dans d'autres milieux.

Attitudes face à la contraception

À quelques reprises dans cet essai, il a été question des programmes de prévention des grossesses qui n'atteignent pas les jeunes. Une cause probable de cet échec est peut-être le manque d'importance accordée aux représentations des groupes ciblés dans le processus de transmission de l'information. Les études sur les représentations sociales soulignent l'importance de ne pas confronter les populations auxquelles les messages sont adressés, mais de plutôt s'ajuster à leurs représentations (Dufort, Saint-Laurent, Guilbert & Boucher, 2006). Après le jeu de rôle, la compilation des données révèle que les jeunes semblent déjà connaître la nécessité de la contraception, les conséquences possibles de leur non utilisation de la contraception, ainsi que ses avantages et ses inconvénients. Dans la recherche qualitative de type phénoménologique herméneutique de Dufort et al. (2006), les jeunes de 15 à 17 ans interrogées (n=150) conçoivent la grossesse à l'adolescence comme un accident. Cet événement est vu comme étant catastrophique et hypothéquant l'avenir de l'adolescent sur plusieurs plans: personnel, familial et social. Pour eux, la «poursuite de la grossesse

à l'adolescence ne respecte pas les rites du passage au monde adulte» (Dufort & al., 2006, p. 4). Les similitudes entre ces données et les résultats obtenus au post-test dans le présent projet sont nombreuses. Tel que mentionné plus tôt, les participants ne voient pas de conséquences positives à la grossesse à leur âge et mentionnent les différentes sphères de leur vie qui seront touchées par la poursuite de la grossesse. Les adolescents de la recherche de Dufort et al. (2006) se représentent de façon très négative les conditions matérielles et financières dans lesquelles vivent généralement les jeunes mères. Les participants de l'étude en question, qui voient la grossesse comme un problème, accordent aussi beaucoup d'importance aux conséquences physiques de la grossesse. Ces deux derniers énoncés concordent tout-à-fait avec les conclusions du présent essai. Toutefois, sur les 150 participants de l'étude de Dufort et al. (2006), une minorité d'entre eux (n=inconnu) se représente plutôt l'image du «bébé qui représente la vie, l'amour, bref le bonheur» (Dufort & al., 2006, p. 6), ce qui n'a pas été le cas lors du jeu «être un parent ado».

Il est intéressant de constater, qu'encore une fois, le groupe étudié par Dufort et al. (2006) a des similitudes avec le groupe qui a tenté le jeu de rôle. Dans les deux cas, l'avortement n'est pas vu comme une décision facile à prendre et est vu comme une expérience difficile.

Une autre étude récente aux États-Unis (Bowers, 2008) a tenté d'explorer la relation entre les jeunes et l'utilisation du condom. Cette recherche, qui porte sur 1400

jeunes entre 15 à 21 ans, rapporte que les deux tiers des répondants n'ont pas utilisés de condom lors de leur dernière relation sexuelle. Les résultats indiquent que les jeunes qui n'emploient pas de contraceptif sont ceux qui croient que le condom diminue le plaisir sexuel et qui étaient les plus inquiets à propos du fait que leur partenaire puisse refuser l'utilisation du condom. Les utilisateurs réguliers du condom n'ont pas ces mêmes croyances. Au post test, la question de l'inconfort lié au condom et de la diminution du plaisir a été relevé par les participants, ce qui concorde avec les conclusions de l'étude américaine.

Croyances face à la contraception

Des éléments de réponse aux tests témoignent que les jeunes participants au jeu de rôle intègrent les valeurs d'utiliser de la contraception. Ils croient que c'est acceptable de se protéger lors des relations sexuelles. Toutefois, ils ne semblent pas agir en fonction d'un groupe donné, tel que l'âge, le genre ou la nationalité. Les réponses dévoilent une faible tendance des adolescents à plutôt agir en fonction des attentes des parents ou des amis. En effet, dans les deux cas, au pré et au post test, les réponses sont toujours plus nombreuses du côté «probable» qu'ils soient influencés par leurs parents ou amis. Comme les pairs représentent des modèles de rôle et une source de soutien social importants pendant l'adolescence (Duncan & al., 2007), il est surprenant de ne pas avoir plus de données au post test relatives aux conséquences sur les amis. Aux deux périodes,

l'altération de la vie sociale est mentionnée comme une conséquence de la grossesse pendant l'adolescence, à court et à long terme.

Intention face à l'utilisation de la contraception

Dès le départ, même avant d'expérimenter le jeu de rôle, les participants répondaient au pré test avec l'intention d'adopter des comportements de santé sains en prévoyant utiliser un moyen de contraception lors de chacune des relations sexuelles qu'ils pourraient avoir. Tel que mentionné auparavant, un seul participant avait déjà eu, à ce moment-là, une relation sexuelle. Aucune recherche, à notre connaissance, n'a traitée sur l'intention des jeunes à adopter un comportement de santé, tel l'utilisation du condom, chez des sujets n'ayant aucune expérience sexuelle. Toutefois, une étude déclare que les jeunes de 15 à 17 ans interrogés (n=150) prônent majoritairement (%=inconnu) un comportement sexuel responsable, ce qui concorde avec les réponses des participants au jeu de rôle (Dufort & al., 2006). Il est mentionné que certains des adolescents de cette étude avaient une vie sexuelle active, sans en préciser le nombre.

L'intention d'adopter un comportement de santé est aussi directement influencée par la perception du contrôle que l'individu a sur lui-même et son environnement. Une étude de l'Institut de la statistique du Québec (1999) a exploré la perception de contrôle quant au choix d'être actif sexuellement, à l'utilisation d'un moyen de contraception et à l'initiative sexuelle, chez les filles (n=462) et les garçons (n=470) de 16 ans. Les filles de

16 ans se percevaient comme étant fortement en contrôle en matière de sexualité quant à l'utilisation d'un moyen de contraception à 84,6%, alors que 74% des garçons avaient cette perception. Les participants au jeu de rôle avaient aussi à répondre au sujet de leur perception du contrôle qu'ils ont sur l'utilisation d'un contraceptif. Il est toutefois difficile de comparer les résultats obtenus avec ceux de la recherche de 1999, car l'item mesuré n'est pas le même. Toutefois, comme les jeunes interrogés en 1999, les participants à l'intervention se sentent capables d'utiliser un moyen de contraception pour les relations sexuelles qu'ils pourraient avoir au cours des trois prochains mois.

Satisfaction des participants

À la fin du jeu de rôle, lors de la remise des troussees et des poupées, un court questionnaire de satisfaction a été remis aux participants, qu'ils pouvaient compléter d'une façon volontaire. Huit questionnaires ont été complétés. Tous les répondants ont affirmé avoir aimé l'activité. Les points forts mentionnés étaient l'occasion de vivre une expérience nouvelle, d'apprendre en s'amusant et de s'occuper d'un bébé. Toutefois, des aspects du jeu de rôle moins aimés ont aussi été nommés: le fait que la poupée n'était pas réelle, le peu de vêtements pour changer la poupée, l'obligation de devoir trouver quelqu'un pour garder le bébé lors d'activités, mais surtout le fait de devoir se lever la nuit pour répondre aux besoins du faux poupon. Par le fait même, six des huit répondants ont répondu n'avoir pas suivi les instructions du jeu de rôle à la lettre et ne pas s'être levé une ou deux nuit pendant l'intervention.

Ces réponses sont très satisfaisantes, puisqu'elles prouvent que le jeu de rôle a réussi à simuler les responsabilités engendrées par la naissance d'un nouveau-né. Les points négatifs du jeu de rôle mentionnés par les répondants ne sont pas négatifs en soi, car ils font partie intégrante des apprentissages visés par le jeu de rôle, soit vivre la réalité de parentalité.

Forces et limites du projet

Forces du projet

La grossesse chez les adolescentes a souvent été un sujet de recherche dans plusieurs pays industrialisés, et le Canada n'y fait pas exception. L'éducation par le jeu de rôle a aussi été expérimentée dans quelques milieux en Amérique pour l'adoption de comportements de santé sexuelle, mais des résultats concrets n'ont jamais été dévoilés pour les projets réalisés au Canada. Malgré le fait que des recherches (McKay & al., 2001; Santé Canada, 2000) encouragent cette méthode d'enseignement, aucune donnée n'est disponible sur les effets qu'elle peut entraîner sur la prévention des grossesses. Ainsi, la première force de ce projet est qu'elle apporte des nouvelles données sur l'utilisation du jeu de rôle comme méthode d'éducation sexuelle.

La seconde force du projet «Être Parent Ado» est la grande quantité de données recueillies grâce aux questionnaires sociodémographique, pré et post tests. De plus, le

cadre de Godin (1991; 1999) était très bien adapté à l'intervention. En effet, comme ce cadre a été conçu dans le but spécifique de guider des interventions dans le processus d'adoption envers un comportement de santé, son utilisation pour la construction des questionnaires était appropriée. La collecte de données, qui comprend des données quantitatives et qualitatives, permet de bien évaluer les items contenus dans les objectifs de recherche.

Lors de l'analyse des résultats, la responsable du projet n'a pas pu être biaisée, car elle n'était pas présente sur les lieux lors de l'expérimentation du jeu de rôle par les adolescents. Les réponses ont pu être rapportées sans ce biais.

Limites du projet

Le bon déroulement de l'intervention et les résultats obtenus suite à l'analyse des données n'excluent pas que le projet contienne certaines limites. Les principales sont dues à la petite taille de l'échantillon, à la participation volontaire des étudiants, au fait que les participants viennent tous de deux classes d'un même niveau scolaire et tous de deux mêmes concentrations (plein-air et arts de la rue). Malgré le fait que les résultats révèlent que le jeu de rôle permet de voir des changements au niveau des croyances, des attitudes et des intentions face à l'utilisation d'un moyen de contraception, ils ne peuvent être généralisés à l'ensemble des adolescents de 14 ans du Québec, encore moins du Canada entier.

Recommandations aux niveaux des champs de la pratique infirmière

La création, l'implantation et l'évaluation du projet «Être Parent Ado» ont permis d'apporter de nouvelles connaissances pouvant servir à la pratique infirmière, principalement au niveau de la pratique clinique, de la recherche et de l'éducation.

Pratique clinique

La pratique infirmière a beaucoup évolué au cours des dernières années, spécifiquement sur le plan de la prévention. Les infirmières qui travaillent en santé communautaire et en milieu scolaire côtoient des adolescents et composent avec la problématique de la grossesse précoce. Le programme d'éducation sexuelle est théoriquement satisfaisant dans plusieurs provinces, mais:

« les coupures en santé publique ont diminué le nombre d'infirmières qui dispensaient l'éducation sexuelle dans bien des instances. Les enseignants et les directeurs tendent à s'en tenir à l'aspect biologique de la reproduction; ils évitent les questions plus pratiques de la vie sexuelle telles les façons de vivre son désir et comment atteindre l'intimité sans risquer la grossesse ou les infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS)» (Santé Canada, 2000, p. 16).

Avec les résultats concluants de l'intervention, le jeu de rôle et les outils d'évaluation seront un atout novateur et renouvelé, qui seront accessibles pour les infirmières

œuvrant avec les adolescents, mais aussi pour les intervenants d'autres professions. De plus, ces conclusions positives peuvent inciter d'autres professionnels à adapter le jeu de rôle à d'autres situations où l'enseignement est nécessaire. Le taux de grossesses chez les jeunes, quelque soit l'issue finale, prouve qu'il existe un besoin urgent de programmes de prévention adaptés à leurs besoins.

Il est vrai, qu'état donné les coupures en santé publique, les coûts liés à la mise en place du jeu de rôle peuvent s'avérer un obstacle à sa réalisation. Toutefois, il serait toujours possible de demander à chacun des participants de se procurer lui-même les éléments à inclure dans la trousse de départ, comme la poupée, les couches, le biberon et les vêtements. Avec un peu d'imagination, la poupée pourrait aussi être remplacée par un poisson rouge, un œuf, un bricolage en forme de bébé...

Recherche

Par ses résultats concluants, le jeu de rôle démontre son efficacité auprès du groupe cible. Par contre, les jeunes qui participaient à l'activité ne sont pas classés comme étant dans des catégories à risque face à la grossesse pendant l'adolescence, tel que vu précédemment. Il serait intéressant de refaire exactement le même projet, mais pour une population venant d'un milieu défavorisé où les grossesses non désirées sont plus fréquentes. Des changements pourraient aussi être apportés au niveau de la

cueillette des données. Par exemple, des entrevues sur l'expérience vécue en post intervention pourraient enrichir les résultats.

Les résultats obtenus encouragent l'exploration de nouvelles méthodes d'enseignement qui stimulent l'intérêt des jeunes. Le jeu de rôle, par la participation active des jeunes, a pu faire des changements au niveau de leur relation avec la contraception. En considérant l'ère technologique qui ne cesse de faire des progrès, il y aurait peut-être la possibilité d'intégrer l'informatique à l'activité. Par exemple, l'horaire écrit à l'avance pourrait être remplacée par des messages textes survenant à toutes les heures du jour et de la nuit sur un téléphone cellulaire.

Éducation

La formation initiale des infirmières est plutôt limitée quant à la façon d'intervenir auprès des adolescents. Cette clientèle spécifique a des besoins et des spécificités qui lui sont propres et qui nécessitent d'être pris en considération avant d'initier un enseignement ou un projet. La mise en place d'un projet d'intervention qui tient compte des recommandations faites par les écrits, pour qu'un projet réussisse auprès des jeunes, sert d'exemple pour d'autres projets à venir. De plus, l'utilisation de nouvelles méthodes d'enseignements peut influencer les professeurs à innover à ce niveau et tenter de nouvelles approches, comme le jeu de rôle.

Aussi, le fait de renouveler une méthode d'enseignement peu utilisée donne aux infirmières en santé scolaire un outil actuel pour assurer leur rôle de prévention primaire au niveau de la santé sexuelle.

Conclusion

Cet essai décrit le long processus rigoureux qui a été nécessaire à la création, l'implantation et l'évaluation du jeu de rôle «Être Parent Ado». Cette activité de prise de conscience sur les responsabilités engendrées par une grossesse pendant l'adolescence, a permis de comparer les croyances, les attitudes et l'intention des jeunes face à l'utilisation d'un moyen de contraception lors d'une relation sexuelle. L'analyse des résultats a aussi permis de révéler des changements au niveau des items mesurés, pour ainsi conclure en faveur de l'influence de cette méthode d'enseignement.

Le jeu de rôle, adapté pour ce projet de maîtrise, a été expérimenté par 11 adolescents de 14 ans, tous étudiants dans un programme de concentration au sein d'une école secondaire publique. La cueillette des données a été obtenue à l'aide d'un questionnaire sociodémographique, ainsi que d'un questionnaire pré et post le jeu de rôle: Être Parent Ado. L'analyse descriptive des résultats inclut un portrait sociodémographique de l'échantillon, ainsi que l'évaluation de chacun des items qui sont comparés avant et après l'activité, selon le cadre de référence de Godin (1991; 1999). Les items examinés sont: les croyances, les attitudes et l'intention face l'utilisation du moyen de contraception.

Les résultats obtenus établissent que les jeunes sont suffisamment au courant des conséquences possibles d'avoir une relation sexuelle non protégée et ils connaissent les avantages à utiliser un préservatif. Le jeu de rôle n'a eu aucun effet à ce niveau, mais comme la «santé sexuelle ne se limite pas à connaître les moyens de contraception et les comportements à risque» (Santé Canada, 2000, p.22), les changements ont été plutôt recensés au niveau des sentiments, des croyances et des intentions.

Lors de la mesure de l'item des attitudes, les sentiments par rapport à l'utilisation de la contraception ont changé après l'activité du jeu de rôle. Ces derniers comptaient maintenant des sentiments négatifs envers la contraception et certains jeunes se questionnaient sur l'efficacité et l'échec de la contraception, qui pouvaient causer un stress. La réflexion sur la vie après une grossesse à l'adolescence était davantage élaborée. Au post test, un participant pense même à mentionner l'avortement comme une conséquence positive d'une grossesse non planifiée. Les réponses nombreuses sur les retombées d'une grossesse, comme la vie sociale limitée, les grandes responsabilités, les conséquences physiques et les lourdes tâches, sont nommées dans le questionnaire après l'activité, ce qui suggère que les jeunes ont fait des réflexions. Suite au jeu de rôle, d'autres réponses démontrent aussi une différence qui suggère une augmentation de la motivation face à l'utilisation d'un moyen de contraception.

L'évaluation des croyances des adolescents affiche que les jeunes ont intégré dans leurs valeurs l'utilisation de la contraception lors de relations sexuelles. Certains

rapportent être influencés légèrement par les attentes de leurs parents et/ou amis. Une dernière constatation est que les jeunes se sentent capables d'utiliser un moyen de contraception et leur intention est encore plus vive après avoir vécu la parentalité à travers le jeu de rôle pendant quelques jours.

Les intervenants de la santé qui travaillent auprès des adolescents doivent comprendre que l'éducation basée sur les données théoriques n'est pas toujours la méthode à privilégier. Les jeunes ont besoin d'expérimenter les événements, de vivre des expériences s'ils veulent prendre de bonnes décisions. Les programmes qui ont eu un impact positif «avaient une durée substantielle, mettaient l'emphase sur les comportements, (...) et engageaient directement les participants» (DiCenso et al., 2002, p. 4). Le jeu de rôle rencontre ces critères et a démontré son efficacité. Pour l'avenir, il serait souhaitable de voir des projets, tel le jeu de rôle «Être Parent Ado», dans toutes les écoles secondaires, tant pour la prévention des grossesses que des ITSS. L'innovation doit être le cœur des nouvelles méthodes d'enseignement auprès des adolescents et il n'y a aucune limite. Les jeunes ont besoin de se sentir impliqués dans leurs décisions, leurs comportements et leur avenir. À titre d'exemple, un tel projet de jeu de rôle pourrait se réaliser avec des téléphones cellulaires qui remplaceraient les horaires écrites des bébés et qui sonneraient à toutes les heures du jour et de la nuit, ou bien remplacer les poupées par des poissons rouges. Des projets de garderie dans un organisme communautaire pour aider les jeunes mères monoparentales pourraient être initiés avec des jeunes bénévoles. De tels projets, peu coûteux, dans le même esprit que le projet «Être Parent Ado», sont

des moyens pour augmenter les comportements de santé des adolescents, tel l'usage de la contraception.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Récupéré sur internet le 2010-04-20 au <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/pdf/guidelines-fra.pdf>
- Ajzen, I. (1991) The theory of planned behavior. *Organizational behavior human decision processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1975). Belief, attitude, intention and behavior : An introduction to theory and research. *Reading: Addison-Wesley*.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behaviour. *Englewood: Prentice Hall*.
- Arias, E., MacDorman, M. F, Strobino, D. M., Guyer, B. (2003). Annual summary of Vital Statistics-2002. *Pediatrics*, 112, 1215-1230.
- Badlissi, D. (2003). Grossesse et maternité à l'adolescence. *Association Canadienne pour la Santé des Adolescents: PRO-ADO*, 12, 10-14.
- Ball, J. W., & Bindler, R. C. (2007). *Pediatric Nursing, Caring for Children* (4e éd.). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Bédard, A-M. (2007). Désirer ou avoir un enfant à l'adolescence: mieux saisir le sens et les enjeux. *Ça s'exprime*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Bédard, E. (2005). Thèse de doctorat en santé communautaire. Rapport de genre, sexualité et comportements à risques des clients et autres partenaires sexuels des travailleuses du sexe de Ouagadougou, Burkina Faso.
- Blais, J. (2005). La grossesse à l'adolescence: un phénomène qui persiste! *Ça s'exprime*, 1, 1-8.
- Blake, S. M., Simkin, L., Ledsky, R., Perkins, C., & Calabrese, M. (2001). Effects of Parent-Child Communications Intervention on young adolescents' risk for early onset of sexual intercourse. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 33, 52-61.
- Boardman, L. A., Allsworth, J., Phipps, M. G., & Lapane, K. L. (2006). Risk factors for unintended versus intended rapid repeat pregnancies among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 39, 591-597.
- Bowers, R. (2008). Condoms: Fears of partner disapproval less pleasure linked to teen's nonuse. *Contraceptive technology update*, 29, 133-144.

- Clinique juridique de l'Université du Québec à Montréal. (2002). *Le consentement aux soins*. Récupéré sur internet le 19 novembre 2009 au:
http://www.rapsim.org/docs/Consentement_aux_soins-Mai%202003.pdf
- Code civil du Québec. (1991). Disposition préliminaire, c. 64, a. 14.
- Commission scolaire des Draveurs. (2008). *Déclaration de la clientèle des écoles secondaires au 30 septembre 2009*.
- Deijen, J.B. (1997). The influence of type of information, somatization, and locus of control on attitude, knowledge, and compliance with respect to the Triphasic oral contraceptive Tri-Minulet. *Contraception*, 56, 31-41.
- De Vries, H., Backbier, E., Kok, G., & Dijkstra, M. (1995). The impact of social influences in the context of attitude, self-efficacy, intention and previous behaviour as predictors of smoking onset. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 237-252.
- DiCenso, A., Guyatt, G., Willan, A., & Griffith, L. (2002). Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 324, 1426-1434.
- Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. (2000). Paris: Presses Universitaires de France.
- Direction de la santé publique de l'Outaouais. (2002). *Enquête sociale et de santé, fiches 9 et 10*, Bibliothèque nationale du Canada.
- Doss, J.R., Vesely, S. K., Oman, R. F., Aspy, C. B., Tolma, E., Rodine, S., & Marshall, L. (2006). A matched case-control study: investigating the relationship between youth assets and sexual intercourse among 13 to 14 year-olds. *Child Care, Health and Development*, 33, 40-44
- Dryburgh, H. (2001). Grossesse chez les adolescentes. *Rapports sur la santé : Statistique Canada*, 12, 9-21.
- Dufort, F., Guilbert, E., & St-Laurent, L. (2000). *La grossesse à l'adolescence et sa prévention: au-delà de la pensée magique*, Québec: Ministère de la Santé publique et des services sociaux, direction de la santé publique.
- Dufort, F., Saint-Laurent, L., Guilbert, E., & Boucher, K. (2006). La grossesse à l'adolescence: les prises de position d'adolescents et de praticiens travaillant en prévention. *Journal international sur les représentations sociales*, 3, 1-9.

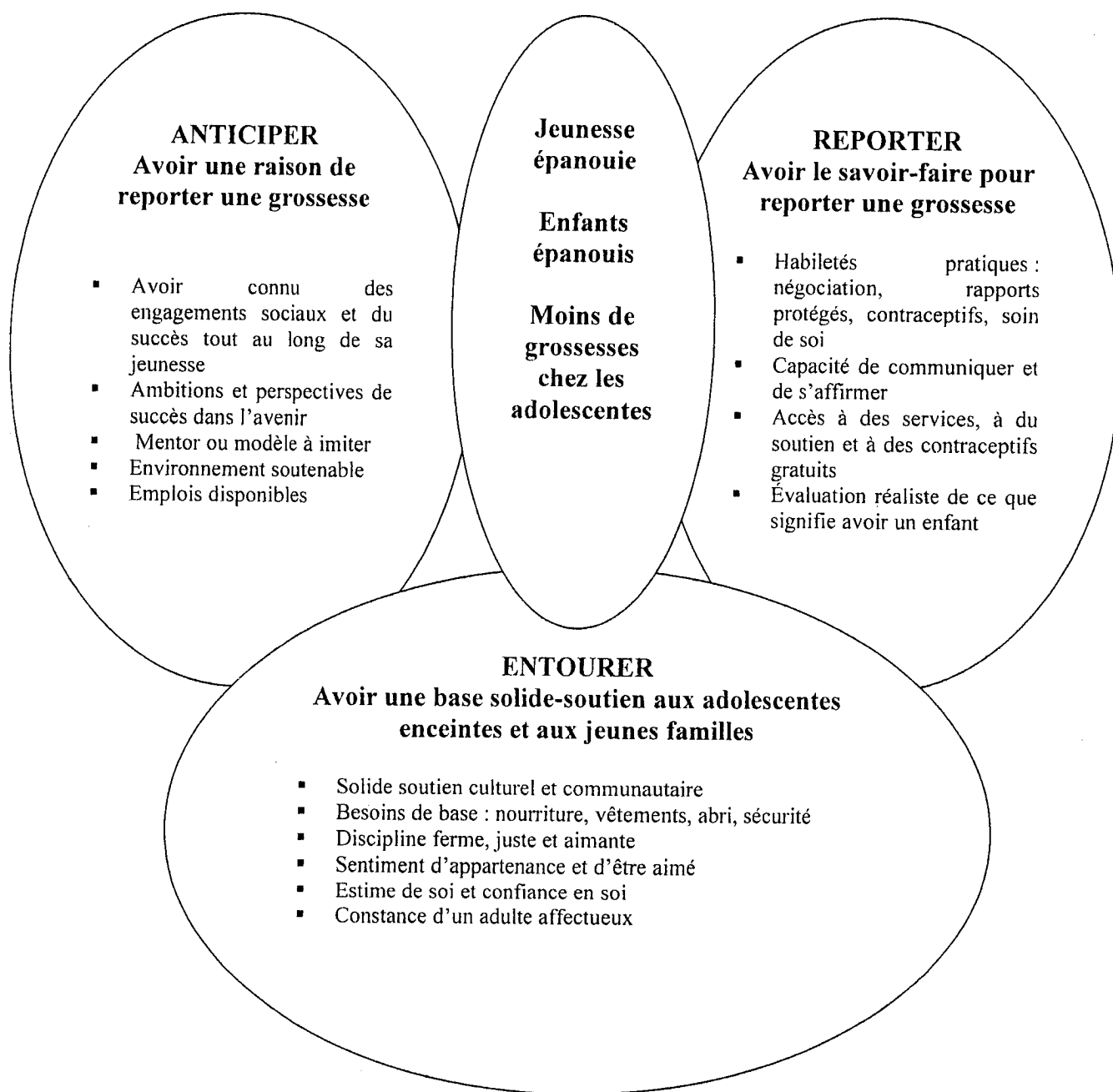
- Duncan, S., Duncan, T. E., Strycker, L. A., & Chaumeton, N. R. (2007). A cohort-Sequential latent growth model of physical activity from ages 12 to 17 years. *Annals of Behavioral Medicine, 33*, 80-89.
- Fisher, G-N. (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
- Franklin, C., & Corcoran, J. (2000). Preventing adolescent pregnancy: A review of programs and practices. *Social Works, 45*, 40-43.
- Frappier, J., Kaufman, M., Baltzer, F., Elliott, A., Lane, M., Pinzon, J., & McDuff, P. (2008). La sexualité et la santé sexuelle : Un sondage auprès d'adolescents et de mères du Canada.
- Godin, G., & Gagné, C. (1999) *Les théories sociales cognitives: guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire*. Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé, Université Laval.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé, 9*, 67-94.
- Godin, G. (1996). Le non-usage du tabac- Une application des théories sociales cognitives à l'étude des comportements liés à la santé. *Alcoologie, 18*, 237-242.
- Godin, G. (2002). *La changement des comportements de santé*. Traité de psychologie de la santé, éd. Dunod: Paris.
- Godin, G. (2004). Habitudes de santé : Pourquoi est-ce si difficile de changer nos comportements ? *Le Soleil, D5*.
- Grand dictionnaire de la psychologie. (2005). Paris: Larousse.
- Hamlyn, C. (2002). Teenage pregnancy and Sex Education. *The Journal of Family Health Care, 12*, 71-73.
- Heller, J. (2003). Ovulation worksheet as an aid to understanding pregnancy prevention. *American Journal of Health Education, 34*, 368-370.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., & Marks, J. S. (2004). The Association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences and fetal death. *Pediatrics, 113*, 320-327.

- Institut de la statistique du Québec. (2010). *Naissances selon le rang et le groupe d'âge de la mère*. Récupéré sur internet le 2010-04-08 de http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/naissance/406.htm
- Institut de la statistique du Québec. (1999). Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois. Récupéré sur internet le 2010-04-20 de <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/Enf-ado.pdf>
- Jankowski, M. K., Rosenberg, H. J., Sengupta, M. A. A., Rosenberg, S. D., & Wolford, G. L. (2007). Development of a screening toll to identify adolescent engaged in multiple problem behaviors: The adolescent risk behavior screen (ARBS). *Journal of Adolescent Health, 40*, 19-26.
- Kalmuss, D., Davidson, A., Cohall, A., Laraque, D., & Cassell, C. (2003). Preventing sexual risk behaviors and Pregnancy Among teenagers: Linking Research and Programs. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 35*, 87-93.
- Landry, D. J., Darroch, J. E., Singh, S., Higgins, J., & Donovan, P. (2003). Factors associated with the Content of Sex Education in USA Public Secondary. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 35*, 261-270.
- Langlois, M. (2008). Communication personnelle, juin 2008.
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2004). *Handbook of adolescent psychology (2e éd.)*. New Jersey: Wiley.
- Lescarbeau, R., Payette, M., & St-Arnaud, Y. (2003) *Profession, consultant (4e éd.)*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Loignon, C. (1996). L'adolescence bousculée, prévention et soutien de la grossesse et de la maternité / paternité à l'adolescence : État de la situation pour la région de Montréal. *Rapport de recherche menée dans le cadre du programme projet placement carrière*. <http://www.Cam.org/~rnr/adolescence>.
- Maynard, R. (1996). Kids Having Kids: A Robin Hood Foundation Special Report on the coasts of Adolescent Childbearing. New York: The Robin Hood Foundation.
- McBride, D., & Gienapp, A. (2000). Using randomized designs to evaluate client-centered programs to prevent adolescent pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 32*, 227-235.

- McCall, D., & McKay, D. (2004). Santé sexuelle: éducation et promotion en milieux scolaires et parascolaires au Canada. *Journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada*, 601-605.
- McKay, A., Fisher, W., Maticka-Tyndale, E., & Barrett, M. (2001). Adolescent sexual health education does it work? Can it work better? An analysis of recent research and media reports. *The Canadian Journal of Human sexuality*, 10, 127-136.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives (2e éd.)*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Ministère de la Famille, des Aînés et de la condition féminine. (2005). *Un portrait statistique des familles au Québec. Éd. de la Direction des relations publiques et de la communications Ministère de la Famille, des Aînés et de la condition féminine*, 352 p.
- Out, J. W., & Lafreniere, K. D., (2001). Baby think It over: Using role-play to prevent teen pregnancy. *Adolescence*, 36, 571-583.
- Provost, M. A., Alain, M., Leroux, Y., & Lussier, Y. (2002). Normes de présentation d'un travail de recherche. Trois-Rivières : SMG .
- Quinlivan, J. A., & Condon, J. (2005). Anxiety and depression in fathers in teenage pregnancy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 915-920.
- Rotterman, M. (2008). Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence. *Rapports sur la santé de Statistique Canada*, 19, 1-5.
- Santé Canada. (2000). *Anticiper, reporter et entourer. Cadre d'intervention pour réduire le taux de grossesse chez les adolescentes au Canada. Document élaboré pour le Fonds pour les projets nationaux du PACE et du PCNP de santé Canada*. Récupéré le 27 février 2007 de http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/reduce_teen_pregnancy_section_1_f.pdf.
- Santé Canada. (2003). *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Récupéré le 18 janvier 2010 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/pdf/guidelines-fra.pdf>
- Sawsan, A.-S., Gantt, A., & Rosenthal, M. (2004). Pregnancy prevention in adolescents. *American Family Physician*, 70, 1517-1524.
- Thistle, S., & Ray, C. (2002). Sex and relationship education: the role of the school nurse. *Nursing Standard*, 17, 44-53.

- Tremblay, C. (2001). La grossesse à l'adolescence: Mieux comprendre pour mieux intervenir. *L'infirmière du Québec*, 9, 43-49.
- Valois, P., Godin, G., & Desharnais, R. (1990). *Théories de prédiction du comportement*. Monographies du département de Mesure et évaluation de l'Université Laval.
- Wallace, L. M., Evers, K. E., Wareing, H., Dunn, O. M., Newby, K., Paiva, A., & Johnson, J. L. (2007). Informing school sex education using the stages of change construct: Sexual behaviour and attitudes towards sexual activity and condom use of children aged 13-16 in England. *Journal of Health Psychology*, 12, 179-183.
- Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowell, W., & McManus, S. (2001). Sexual behaviour in Britain: Early heterosexual experience. *The Lancet*, 358, 1843-1851.
- Widdice, L. E., Cornell, J. L., Liang, W., & Halpern-Felsher, B. L. (2006). Having sex and condom use: potential risks and benefits reported by young, sexually inexperienced adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 39, 588-595.

Appendice A : Schéma du cadre d'intervention « Anticiper, reporter et entourer »



Tiré de : « Anticiper, reporter et entourer. Cadre d'intervention pour réduire le taux de grossesse chez les adolescentes au Canada », 2000.

Appendice B : Questionnaire sociodémographique

Jeu de rôle-Prévention des grossesses à l'adolescence

Mon numéro : _____

Questionnaire sociodémographique
Renseignements généraux
(Lépine, deMontigny, 2007)

Date :2008/_____/_____
(mois) (jour)

1. Votre date de naissance : _____
2. Votre âge : _____
3. Êtes-vous né(e) au Canada? Oui Non
 - a. Si non, quel est votre pays de naissance? _____
 - b. Vous êtes au Canada depuis combien de temps? _____
4. Quel est votre niveau scolaire :
 - secondaire 1
 - secondaire 2
 - secondaire 3
 - secondaire 4
 - secondaire 5
5. Vous habitez avec :
 - vos 2 parents
 - votre mère (avec ou sans conjoint)
 - votre père (avec ou sans conjoint)
 - en garde partagée
6. Avez-vous des frères et/ou des sœurs?
 - Oui Si oui : # _____ frère(s) # _____ sœur(s)

Non

7. Si vous avez des frère(s) et/ou des sœur(s), quel est votre rang? _____
8. Où avez-vous déjà entendu parler de sexualité? (relations sexuelles, moyens de contraception, infections transmises sexuellement, grossesse...) Cochez toutes les cases nécessaires.

- Parent(s)
- Frère ou sœur
- Amis
- Professeur
- Infirmière
- Médecin
- Internet
- Télévision
- Magazine
- _____
- _____

9. Avez-vous déjà eu au moins une conversation sur la sexualité avec un de vos parents?

- Oui → père
- mère
- les deux
- Non

10. Avez-vous déjà eu une relation sexuelle?

- Oui → À quel âge? _____
- Non

11. Combien de partenaire(s) sexuel(s) avez-vous eu jusqu'à aujourd'hui? _____

12. Avez-vous déjà eu une relation sexuelle sans utiliser un moyen de contraception?

Oui

Non

13. Quel(s) moyen(s) de contraception avez-vous déjà utilisé? Cochez toutes les cases nécessaires.

Condom

Pilule anticonceptionnelle

Pilule du lendemain

Autre : _____

Autre : _____

Autre : _____

Merci!!!!

Appendice C : Questionnaire pré et post intervention

Jeu de rôle-Prévention des grossesses à l'adolescence

Code du profil : _____ (date de fête)

Questionnaire PRÉ/POST-TEST

(Lépine, deMontigny, 2007)

Date :2008/ _____ / _____
(mois) (jour)

Complète les phrases suivantes

1. Selon moi, il est nécessaire d'utiliser un moyen de contraception lors de relations sexuelles parce que ... (écris toutes les raisons auxquelles tu penses)

2. Je choiserais de ne pas utiliser un moyen de contraception lors de relations sexuelles parce que :

3. Je ne pourrais pas utiliser un moyen de contraception lors de relations sexuelles si :

Réponds aux questions suivantes en donnant ton opinion personnelle

4. Quelles peuvent être les conséquences d'une relation sexuelle sans préservatif?

5. Quelles peuvent être les conséquences d'une relation sexuelle avec préservatif?

6. Quelles peuvent être les conséquences d'une grossesse sur ton adolescence?

7. Quelles peuvent être les conséquences d'une grossesse pendant l'adolescence sur ta vie future?

8. Quelles peuvent être les conséquences d'un avortement sur ta vie?

9. Quel(s) est/sont le(s) avantages à utiliser un contraceptif lors de chaque relation sexuelle?

10. Quel(s) est/sont le (s) désavantages à utiliser un contraceptif lors de relations sexuels?

11. Selon moi, quelle(s) personne(s) ou groupe(s) de personne(s) utiliserait(ent) un préservatif lors de chaque relation sexuelle au cours des 3 prochains mois :

Complète les phrases suivantes en cochant la réponse qui te convient le plus.

12. Pour moi, utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois serait...

a.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très désagréable	Assez désagréable	Légèrement désagréable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement agréable	Assez agréable	Très agréable

b.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très inutile	Assez inutile	Légèrement inutile	Ni l'un ni l'autre	Légèrement utile	Assez utile	Très utile

c.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très imprudent	Assez imprudent	Légèrement imprudent	Ni l'un ni l'autre	Légèrement prudent	Assez prudent	Très prudent

d.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très Probable

e.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très déplaisant	Assez déplaisant	Légèrement déplaisant	Ni l'un ni l'autre	Légèrement plaisant	Assez plaisant	Très plaisant

Répondre sur l'échelle par un X dans le carré à chaque énoncé :

13. Si tu utilisais un condom lors de chaque relation sexuelle....

a. ...cela serait un bon moyen de contraception

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement d'accord	Assez d'accord	Très d'accord

b. ...cela nuirait à la spontanéité de la relation sexuelle

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement d'accord	Assez d'accord	Très d'accord

14. Quelle importance donnes-tu à un bon moyen de contraception :

Très peu important	Assez peu important	Peu important	Ni l'un ni l'autre	Légèrement important	Assez important	Très important

15. Pour toi, utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle au cours des 3 prochains moi serait :

Très difficile	Assez difficile	Légèrement difficile	Ni l'un ni l'autre	Légèrement facile	Assez facile	Très facile

16. Je pense que c'est de ma responsabilité d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle que tu pourrais avoir au cours des 3 prochains mois?

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

17. Je me sens capable d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois?

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

18. Au cours des 3 prochains mois, mon (mes) partenaire(s) sexuel(s) refusera (ont) d'utiliser un moyen de contraception lors de relations sexuelles que je pourrais avoir?

Très improbable	Assez improbable	Peu improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

19. J'ai l'intention d'utiliser un préservatif pour chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois :

Très improbable	Assez en improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

20. Au cours des 3 prochaines mois, j'aurai un moyen de contraception à la portée de la main lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir?

Très improbable	Assez improbable	Peu improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

21. Si j'ai des préservatifs à la portée de la main, je les utiliserai lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois?

Très improbable	Assez improbable	Peu improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

22. Si, au cours des 3 prochains mois, mon partenaire sexuel ne veut pas utiliser un préservatif, je refuserai d'avoir une relation sexuelle?

Très improbable	Assez improbable	Peu improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

23. Il est dans mes principes d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir dans les 3 prochains mois :

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

24. Je me sentirais coupable de ne pas utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois :

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

25. Je pense que c'est inacceptable de ne pas utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois :

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

26. De façon générale, il est normal pour une personne de mon âge d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle :

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

27. De façon générale, il est normal pour une personne de mon sexe d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle :

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

28. De façon générale, il est normal pour une personne québécoise d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle :

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

29. Concernant l'utilisation d'un moyen de contraception, j'ai tendance à agir selon les attentes de...

a. ...mes parents?

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

b. ...mes ami(e)s?

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

30. Les personnes les plus importantes pour moi pensent que je devrais utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois :

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

31. Les personnes les plus importantes pour moi me recommandent d'utiliser un préservatif pour chaque relation sexuelle que je pourrais avoir au cours des 3 prochains mois :

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

Merci !!!

Véronique Lépine Bc. Sc. Inf.
Étudiante à la maîtrise à l'UQO

Appendice D : Copie du certificat d'éthique de l'UQO



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-3900
www.uqo.ca

Notre référence : 939

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Projet : *L'utilisation du jeu de rôle pour créer une prise de conscience sur les responsabilités engendrées par une grossesse pendant l'adolescence.*


Soumis par: Madame Véronique Lépine
Étudiante
Département des sciences infirmières
Pavillon Alexandre-Taché

Financement: Aucun

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au 15 juillet 2009.

Au nom du Comité,


André Durivage
Président
Comité d'éthique de la recherche

Date d'émission : Le 15 juillet 2008



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec), Canada J8X 3X7
 Téléphone : (819) 695-3900
 www.uqo.ca

Le 29 juin 2009

Madame Véronique Lépine
 Étudiante
 Département des sciences infirmières
 Université du Québec en Outaouais

Référence : 939

Financement : Aucun

Objet : *L'utilisation du jeu de rôle pour créer une prise de conscience sur les responsabilités engendrées par une grossesse pendant l'adolescence*
 Demande de renouvellement

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) a bien reçu votre rapport de suivi continu du projet cité en rubrique et je vous en remercie. Le Comité constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche par le renouvellement de votre approbation éthique pour une période d'un an, soit jusqu'au 15 juillet 2010.

Le suivi continu vise essentiellement à informer le CÉR des travaux et à favoriser une démarche continue de réflexion chez les chercheurs. Vous n'avez donc pas à attendre de correspondance additionnelle de la part du CÉR en ce qui a trait au suivi de ce dossier de recherche pour la présente année. Par contre, le Comité doit être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait après la présente approbation et qui comporterait des changements, par exemple, dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus. Pour maintenir votre approbation éthique, vous devrez nous faire parvenir votre rapport de suivi continu avant le 15 juillet 2010.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Le président du Comité d'éthique de la recherche,

POUR: André Durivage,
 Professeur
 Département des sciences administratives

c. c. M^{me} Martine Mayrand Leclerc, professeure, Département des sciences infirmières

Appendice E : Contrat avec le milieu

CONTRAT AVEC LE MILIEU D'INTERVENTION CLINIQUE

Nom : Véronique Lépine Code permanent : LEPV21518004

Constituante UQTR UQAC UQAR UQO
d'attache :

Directrice d'essai : Francine de Montigny
Co-directrice Martine Mayrand Leclerc
d'essai :

L'étudiante mentionnée ci-haut s'entend avec l'école secondaire Du Versant, représentée par Mme Manon Dufour, directrice de l'unité 1, pour effectuer son projet d'intervention clinique dans ce milieu.

Les modalités ci-jointes du projet doivent être initialisées à chaque page par les soussigné(e)s.

Étudiante-responsable du projet

Responsable du milieu d'accueil

Directrice d'essai

Date

CONTRAT AVEC LE MILIEU D'INTERVENTION CLINIQUE

Titre du projet :

L'UTILISATION DU JEU DE RÔLE POUR CRÉER UNE PRISE DE CONSCIENCE
SUR LES RESPONSABILITÉS ENGENDRÉES PAR UNE GROSSESSE PENDANT
L'ADOLESCENCE

Objectifs du projet :

Ce projet vise à :

1. Modifier les croyances des adolescents envers les conséquences d'une grossesse pendant l'adolescence;
2. Comparer, s'il y a lieu, les différences d'attitudes des adolescents, soit avant et après le jeu de rôle, face à l'utilisation d'un moyen de contraception lors d'une relation sexuelle ;
3. Mesurer l'intention des adolescents à adopter un comportement de santé, soit l'utilisation d'un moyen de contraception lors de relations sexuelles, avant et après l'expérience du jeu de rôle.

Description sommaire du projet :

Le projet du jeu de rôle se veut complémentaire à l'enseignement sexuel déjà fait dans les écoles secondaires.

1. Une lettre de recrutement sera remise aux élèves ciblés pour expliquer le projet du jeu de rôle.

2. Les élèves intéressés à participer au projet seront informés, lors d'une rencontre d'information, du déroulement de l'activité, des règles à suivre, de la possibilité de se retirer du projet à tout moment, ainsi que de l'anonymat qui sera préservé lors de la cueillette des données (questionnaires).
3. Les élèves intéressés à participer au projet seront invités à signer une lettre de consentement de participation à l'étude.
4. Les élèves intéressés à participer au projet seront invités à discuter de l'activité du jeu de rôle avec leur famille.
5. Les élèves intéressés à participer au projet seront invités à faire signer la lettre de consentement à un de leur parent ou leur tuteur légal.
6. Pour les parents qui le désirent, la responsable du projet sera disponible pour répondre à leurs questions et pour les rencontrer au besoin, en individuel ou en groupe.
7. À la date convenue entre la responsable du projet et la direction de l'école secondaire Du Versant, le groupe d'élèves participant sera rencontré pour compléter le questionnaire sociodémographique et le questionnaire pré-test.
8. Une fois que les deux questionnaires sont complétés, chacun des participants reçoit « son bébé » et une trousse contenant le nécessaire pour le nourrisson.
9. Pour les périodes de classe, il est convenu d'un endroit dans l'école, qui servira de « garderie » où les participants devront aller faire garder leur bébé. L'élève devra aller y reconduire son enfant le matin, le chercher pour l'heure du dîner, l'y ramener pour l'après-midi et passer le prendre pour le ramener à la maison après les cours.
10. En dehors des heures de cours, les participants devront suivre l'horaire préétabli de leur bébé, qui leur sera remis dans la trousse de départ.

L'horaire sera défini pour toute la durée de l'activité et propre à chacun des bébés.

11. L'élève aura la responsabilité de son enfant pour une durée de 4 à 5 jours (comprenant une fin de semaine), à définir selon le calendrier scolaire au moment de l'activité.
12. À la date déterminée pour la fin de l'activité, les participants seront invités à une brève rencontre où ils remettront leur bébé, ainsi que la trousse remise au début du jeu de rôle. Une courte évaluation sur l'appréciation de l'activité sera faite par écrit.
13. Le groupe de participants sera rencontré une dernière fois, environ deux semaines après la fin de l'activité pour compléter le dernier questionnaire, soit le post-test.

Population visée :

- o Adolescents de 14 à 16 ans
- o Filles et garçons
- o Étudiants à l'école secondaire Du Versant

Recrutement des participants :

Selon l'entente qui sera prise entre la direction de l'école, le corps professoral et la responsable du projet, le recrutement peut se faire de deux façons :

1. Par le biais d'un cours de Formation Personnelle et Sociale (FPS), les élèves d'une classe choisie seront invités à participer au projet. Si le nombre de participants est insuffisant, un second groupe pourrait être sollicité.

2. Par le biais de publicité dans l'école (affiches) et par la promotion du projet par les professeurs de la population visée.

Responsabilités de la responsable du projet :

1. S'assurer que la conception et le déroulement du projet soit en règles avec les principes éthiques;
2. S'assurer que les participants et leur famille aient la correcte information concernant le projet et ses implications et de répondre à leurs questions au besoin, afin de leur permettre de faire un choix éclairé quant à la participation au jeu de rôle;
3. S'assurer que la direction de l'école comprenne bien les objectifs du projet et son déroulement;
4. Être disponible pour les membres de la direction, le corps professoral et le personnel de soutien pour du soutien ou des questions;
5. S'assurer que tout le matériel nécessaire pour l'activité soit disponible pour les participants;
6. S'assurer du bon déroulement de l'activité;
7. Informer la direction des résultats obtenus suite à l'activité;
8. Formuler des recommandations pour une prochaine activité.

Responsabilités de la direction :

1. Informer les autres directions, le corps professoral et le personnel de soutien du projet en cours.
2. Rendre disponible un professeur ou une autre personne ressource pouvant servir de lien direct entre les participants et la responsable de recherche.

3. Rendre disponible un local pouvant servir de « garderie » pour les bébés pendant les heures de classe des participants.
4. Être disposée à prendre les décisions principales liées au projet, c'est-à-dire celles qui sont susceptibles de modifier le cours de l'intervention.

Les critères d'évaluation :

L'activité du jeu de rôle sera évaluée à l'aide des questionnaires pré et post-test, ainsi que par la courte évaluation d'appréciation complétée à la fin de l'intervention.

Appendice F :Affiche de recrutement



*Invitation
à participer à
un nouveau projet !!!*

Pour qui ??? Pour tous les étudiants de la classe X de secondaire 3 de l'école secondaire du Versant

C'est quoi ??? C'est une nouvelle activité qui vise la prévention des grossesses pendant l'adolescence. L'activité est un jeu de rôle qui te permettra de jouer le rôle de parent pendant quelques jours. Pour ce faire, tu auras la responsabilité d'un bébé (une poupée !) et tu devras faire comme si il/elle était ton enfant.

Pourquoi ??? Pour faire une prise de conscience sur la réalité des conséquences d'une grossesse non-planifiée pendant l'adolescence. En même temps, tu auras la chance d'expérimenter une nouvelle méthode d'enseignement sans avoir l'impression d'apprendre !

La responsable du projet, Véronique Lépine infirmière, viendra te parler du projet en classe le : _____.

*Préparez vos questions !
À bientôt....*

Appendice G : Lettre de recrutement

LETTRE DE RECRUTEMENT

Ce projet d'étude sera réalisé par Véronique Lépine, B.sc.inf, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) (819-561-2509), sous la supervision de sa directrice d'essai, Martine Mayrand Leclerc et de sa codirectrice Francine de Montigny, toutes deux professeures à l'UQO (819-595 3900).

PROJET: L'utilisation du jeu de rôle pour créer une prise de conscience sur les responsabilités engendrées par une grossesse pendant l'adolescence.

OBJECTIFS: Ce projet vise à

1. Modifier les croyances des adolescents envers les conséquences d'une grossesse pendant l'adolescence;
2. Comparer, s'il y a lieu, la différence d'attitude des adolescents, soit avant et après le jeu de rôle, face à l'utilisation d'un moyen de contraception lors d'une relation sexuelle ;
3. Mesurer l'intention des adolescents à adopter un comportement de santé, soit l'utilisation d'un moyen de contraception lors de relations sexuelles, avant et après l'expérience du jeu de rôle.

IMPLICATION: Pour atteindre ces objectifs, cette étude nécessite la participation volontaire d'au moins 10 adolescents de 14 à 16 ans, filles et garçons, qui auront la chance de participer à un jeu de rôle. Pour cette activité, l'adolescent(e) aura à jouer le rôle de parent avec une poupée pour une durée de 4 à 5 jours, incluant une fin de semaine, et cela 24 heures sur 24. Afin de pouvoir évaluer l'activité, un questionnaire anonyme sera complété par les participants avant et après le jeu de rôle.

L'accord et l'implication des parents sont souhaités, puisque la routine familiale sera peut-être perturbée.

Avantages: La participation à cette étude vous donnera l'occasion d'expérimenter une méthode d'enseignement peu utilisée, soit le jeu de rôle. De plus, l'activité permettra à

l'adolescent(e) et sa famille la chance de simuler une situation de grossesse adolescente et de peut-être vivre une prise de conscience sur les responsabilités engendrées.

La participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous demeurez libre de vous retirer de cette étude à tout moment sans avoir à donner de justifications et sans être jugé. Les renseignements obtenus sur vous dans le cadre de cette étude resteront confidentiels. Vous serez invité à signer le consentement à participer à cette étude. Un parent ou représentant légal donnera aussi par écrit son accord à ce que vous participiez à cette étude.

Pour mener à bien cette étude nous avons besoin de votre collaboration. Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à cette étude qui s'annonce unique et enrichissante. Les retombées de cette étude seront importantes pour tous les secteurs des services de la santé et de l'éducation, mais aussi pour la société en général

Personnes à contacter: N'hésitez pas à nous contacter si vous avez besoin de plus d'informations, si vous avez des questions par rapport à votre participation et pour confirmer votre intérêt à participer.

Véronique Lépine, B.sc.inf,
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
à l'Université du Québec en Outaouais
Tél: (819) 561-2509
lepv03@uqo.ca

Appendice H : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

L'utilisation du jeu de rôle pour créer une prise de conscience sur les responsabilités engendrées par une grossesse pendant l'adolescence

Ce projet d'étude sera réalisé par Véronique Lépine, B.sc.inf, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) (819-561-2509), sous la supervision de sa directrice d'essai Dr Martine Mayrand Leclerc et de sa codirectrice Dr Francine de Montigny (819-595 3900), toutes deux professeures à l'UQO.

Votre participation à la recherche sur l'utilisation du jeu de rôle dans la prévention des grossesses à l'adolescence est sollicitée. Cette intervention auprès des jeunes vise à mieux comprendre leurs croyances, leurs attitudes et leurs intentions face à l'utilisation de moyens contraceptifs. Ce projet vise à :

1. Modifier les croyances des adolescents envers les conséquences d'une grossesse pendant l'adolescence;
2. Comparer, s'il y a lieu, la différence d'attitude des adolescents, soit avant et après le jeu de rôle, face à l'utilisation d'un moyen de contraception lors d'une relation sexuelle ;
3. Mesurer l'intention des adolescents à adopter un comportement de santé, soit l'utilisation d'un moyen de contraception lors de relations sexuelles, avant et après l'expérience du jeu de rôle.

Afin de participer à la réalisation des objectifs de ce projet, nous nous entendons que l'adolescent doit, avant le début de l'activité, répondre à un questionnaire sociodémographique et à un questionnaire pré-test. Ces deux questionnaires seront remplis de façon anonymes, mais identifié d'un code qui permettra d'apparier les questionnaires entre eux. Par la suite, l'adolescent assumera la responsabilité de s'occuper d'une poupée comme si elle était un bébé réel pendant 4 à 5 jours (selon le calendrier scolaire), incluant une fin de semaine. Pendant le jeu de rôle, le(a) participant(e) devra suivre un horaire, qui lui aura été remis au début de l'activité, qui l'informera des instructions à suivre avec le bébé pour les différents moments de la journée (exemple : 18h00 : Bercer le bébé pendant 10 minutes). Le jeu de rôle se terminera au moment qui aura été convenu avant le début de l'activité. Afin d'évaluer l'intervention, un questionnaire post test, identique au questionnaire pré-test, sera rempli environ deux semaines après la fin du jeu de rôle. Ce questionnaire sera aussi anonyme, mais doté d'un code qui permettra de l'associer aux deux premiers questionnaires.

Les données recueillies par ce projet sont totalement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à l'identification des participants. Les résultats seront diffusés dans un essai de maîtrise, ainsi qu'à la Commission scolaire participante. L'information recueillie par les questionnaires sera conservée sous clé à l'Université du Québec en Outaouais pour une durée de 5 ans, après quoi elle sera détruite. Advenant le retrait d'un(e) participant(e) de l'activité, les questionnaires seront détruits.

La participation à ce projet est tout à fait volontaire. Nous savons que l'adolescent(e) est libre de participer à ce projet, qu'il(elle) demeure libre de se retirer de ce projet par avis verbal à tout moment de son choix, sans avoir à se justifier et sans préjudice. Il(elle) est libre de ne pas répondre aux questions qui le mettraient mal à l'aise. Nous savons que le consentement d'un parent ou d'un représentant légal est indiqué pour la participation à l'activité pour son bon fonctionnement.

La participation gratuite à ce projet entraîne des bénéfices pour l'adolescent et sa famille, tels que:

- le fait d'avoir l'occasion d'expérimenter une façon non-conventionnelle d'enseignement;
- le fait d'avoir la chance de faire une prise de conscience sur les responsabilités engendrées par une grossesse pendant l'adolescence ;
- le fait de pouvoir faire une prise de conscience sur ses propres croyances, attitudes et intentions envers l'utilisation de moyens de contraceptions.

Il est clair que la participation à ce projet comporte un risque minimal pour l'adolescent(e). En effet, un inconfort passager lié à sa participation pourrait être ressenti, du fait à avoir à assumer des responsabilités parentales pour la période du jeu de rôle. Si cela arrive, des ressources sont disponibles dans le milieu scolaire pour répondre aux demandes.

Si vous désirez plus de renseignements au sujet de ce projet, si l'adolescent(e) désire se retirer de ce projet ou s'il(elle) éprouve des difficultés ou malaises liés à sa participation à ce projet, vous pouvez contacter les personnes identifiées au début de ce formulaire.

Ce projet a été vu et approuvé par le comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais. Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant la question éthique, vous pouvez vous référer au président du comité éthique de la recherche Monsieur André Durivage (819)-595 3900, poste 1781.

CONSENTEMENT DU PARENT OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Je consens librement à ce que mon adolescent(e) participe à un projet d'étude ayant pour but de mieux comprendre les croyances, les attitudes et les intentions des jeunes face à la contraception. Je m'engage à informer l'autre parent de la participation de notre adolescent(e) à cette recherche. J'ai lu ou je me suis fait expliquer ces renseignements sur ce projet. On m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. J'ai reçu une copie signée du formulaire de consentement.

Nom du père, de la mère ou du représentant légal

Date

Signature du père, de la mère ou du représentant légal

2008/_____/_____
(mois) (jour)

CONSENTEMENT DE L'ADOLESCENT(E)

J'ai lu ou je me suis fait expliquer ces renseignements sur ce projet. La nature du projet et sa procédure m'ont été expliquées. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. On m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens à répondre aux trois questionnaires prévus.

Nom du participant ou de la participante

Date

Signature du participant ou de la participante

2008/_____/_____
(mois) (jour)

FORMULE D'ENGAGEMENT DE L'INVESTIGATRICE

Je certifie avoir expliqué aux signataires les termes du présent formulaire de consentement qui comporte deux copies dont une est remise aux participants, avoir répondu aux questions qu'ils m'ont posées à cet égard, leur avoir clairement indiqué que le participant reste à tout moment libre de mettre un terme à sa collaboration au présent projet d'étude.

Date

Véronique Lépine infBsc, étudiante à la maîtrise
Responsable du projet

2008/ ____ / ____
(mois) (jour)

