

# LES PRINCIPAUX FACTEURS DÉCISIONNELS RELATIFS À L'UTILISATION CONTRACEPTIVE CHEZ DES ADOLESCENTES

Denise Moreau

Chaque année, de plus en plus d'adolescentes sont actives sexuellement et ce, à un âge de plus en plus précoce. Cependant, il semble que la décision d'avoir des relations sexuelles ne soit pas nécessairement liée à l'utilisation contraceptive. En effet, malgré l'information fournie et la disponibilité des méthodes contraceptives, plusieurs adolescentes ont des relations sexuelles sans protection contraceptive.

Divers facteurs peuvent influencer la décision contraceptive et plusieurs chercheurs s'y sont intéressés. Ces facteurs se regroupent autour des aspects psycho-socio-cognitifs, de l'estime de soi et du foyer de contrôle. La présente étude souhaite mettre en évidence les facteurs les plus significatifs dans cette prise de décision à partir du modèle adapté de prise de décision de Miller (1978).

## Revue de la littérature

### Les problèmes reliés à la sexualité et à la contraception chez les adolescentes

La fréquence des rapports sexuels chez les adolescentes a augmenté considérablement. Selon Needle (1977), 42 pour cent des jeunes américaines de 15 à 19 ans sont actives sexuellement. Les données québécoises rejoignent l'estimation américaine puisqu'environ la moitié de l'ensemble des adolescents québécois de 13 à 18 ans ont une vie sexuelle active (Fédération du Québec pour le planning des naissances, 1979). Les adolescentes sont jeunes lorsqu'elles deviennent sexuellement actives, soit vers quinze ou seize ans. Leur maturité physiologique est atteinte plus rapidement qu'auparavant. En effet, la moyenne d'âge des ménarches a décliné d'un an en l'espace de trente ans passant ainsi de treize ans et demi à douze ans et demi (Cutright, 1971). Selon Hubinont (1982), le rajeunissement séculaire de l'âge de la puberté et de l'apparition des caractéristiques de la fertilité vont de pair avec une possibilité anatomique de rapprochement sexuel, tant chez le garçon que chez la fille. De plus, notre société moderne par le cinéma, la télévision, etc... a suscité l'intérêt des adolescentes en valorisant le plaisir entourant la sexualité, pouvant les inciter à être plus actives sexuellement.

Ainsi, la question de la contraception se pose tôt dans la vie des adolescentes, et souvent de façon urgente. Mais, la décision

Denise Moreau, inf., M.Sc., est professeur au département des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, QC.
---

de choisir et d'utiliser une méthode ne semble pas se faire si facilement, puisqu'on dénombre encore plusieurs grossesses. En effet, au Québec, de 1973 à 1977, on notait un nombre total de grossesses et d'avortements variant entre 7,000 et plus de 10,000 chez les 12-19 ans (Statistique Canada, 1976). L'Association canadienne pour le planning des naissances estime à 85 pour cent le nombre d'adolescentes qui ont une première relation sexuelle non protégée et que 16 pour cent d'entre elles sont devenues enceintes au premier coût (Carson, 1980). Il s'écoulerait parfois de 6 mois à 1 an avant que les jeunes sexuellement actifs s'informent et utilisent la contraception (Apkom, Apkom, & Davis, 1976; Zelnik & Kantner, 1977).

Au début de sa vie sexuelle l'adolescente s'exprime spontanément et sa première relation est rarement planifiée. Elle se sent plutôt mal à l'aise dans sa sexualité et l'intègre difficilement dans sa vie. L'adolescente vit sa sexualité dans l'ambivalence et la culpabilité, en ce qu'elle ne se reconnaît pas comme une personne sexuellement active pour diverses raisons comme le fait d'avoir des relations sexuelles peu fréquentes et épisodiques ou par peur de ce que vont penser ses parents. Cette reconnaissance semble pourtant très importante. Plusieurs recherches dans le domaine de la contraception ont démontré que l'acceptation de sa propre sexualité pour l'adolescente est le facteur le plus intimement relié à l'utilisation contraceptive, encore plus que les connaissances acquises en matière de sexualité et de contraception (Cvetkovich, Grote, & Bjorseth, 1975; Gabrielson, & Gabrielson, 1972).

### **Le processus de prise de décision**

Il n'existe pas de théorie pouvant nous permettre d'expliquer le comportement des personnes en matière de contraception (Cvetkovich et al., 1975). Cependant, Miller (1978) s'est penché sur le processus de prise de décision des femmes devant subir une contraception chirurgicale. Selon cet auteur, le processus de décision comporte trois phases principales: (1) la pré-décision, (2) la décision proprement dite et (3) la phase qui suit l'intervention ou post-intervention. Chaque phase implique au moins une démarche intellectuelle influencée par certains facteurs de l'environnement et certaines dimensions psychologiques pertinentes à la prise de décision. Le modèle de prise de décision de Miller constitue le cadre de référence de cette étude et est adapté selon les buts poursuivis, à savoir, la connaissance des facteurs décisionnels qui entraîne, à l'adolescence, l'utilisation de la contraception.

Seulement les deux premières phases sont adaptées pour cette étude. Il s'agit de la pré-décision et de la décision proprement dite. Chaque phase est influencée par certains facteurs psychologiques, sociologiques et cognitifs.

La phase pré-décisionnelle est l'étape où la jeune fille a

commencé ou prévoit commencer à avoir une vie sexuelle active. Sa perception de la sexualité, de la grossesse et de la contraception, les connaissances qu'elle possède quant à son corps et à la contraception et le fait qu'elle soit sexuellement active sont des facteurs qui influencent son passage à la phase décisionnelle.

À partir du moment où l'adolescente accepte et reconnaît sa sexualité, qu'elle reconnaisse ou non la possibilité d'une grossesse, elle entre dans l'étape de la décision. C'est souvent à la suite d'un événement particulier de sa vie tels que la grossesse ou l'avortement d'une amie, un retard dans ses menstruations, le copain qui ne veut pas prendre de chance, qu'elle prend conscience de la nécessité d'utiliser une méthode contraceptive. Cette prise de décision amène l'adolescente à réfléchir sur les différentes méthodes contraceptives existantes. Elle commence à chercher de l'information. Elle en discute avec ses amies, son partenaire, sa mère, puis décide de consulter une personne-ressource comme l'infirmière du collège, le médecin, un sexologue ou autres.

La période de réflexion terminée, la jeune fille est maintenant en mesure de prendre une décision à partir des connaissances qu'elle possède quant à son corps et aux différentes méthodes contraceptives, c'est la période de l'engagement par laquelle l'adolescente décide d'utiliser ou non une méthode. Si elle décide d'en utiliser une, elle fait son choix et passe à l'action, soit à la dernière étape de la prise de décision. La façon de passer à l'action ou d'appliquer la décision sont toutes deux influencées par la disponibilité des ressources communautaires et leur accessibilité ainsi que par le niveau d'initiative de l'adolescente.

### **Les facteurs sous-jacents au choix d'une méthode contraceptive**

**Les aspects psycho-socio-cognitifs:** Les aspects psycho-socio-cognitifs s'avèrent importants étant reliés à la sexualité, à la grossesse et à la contraception. Parmi les facteurs psychologiques, il faut mentionner que l'adolescente de par sa nature n'est pas encline à se protéger. Elle ne pense pas à la grossesse et ne croit pas que ça puisse lui arriver. Elkind (1967) déclare que beaucoup de jeunes filles deviennent enceintes en partie parce que leur fabulation les convainc que la grossesse est un événement qui ne peut leur arriver et qu'aucune précaution n'est alors nécessaire. Plus encore, la pensée magique, typique à l'adolescence, lui fera penser que tout s'arrangera par miracle. L'adolescente peut aussi refuser la contraception parce que certaines méthodes interfèrent dans la spontanéité, la beauté, la sincérité de l'acte sexuel, ou encore soucieuses de leur corps, elles craignent les effets secondaires de ces méthodes (Rey-Stocker, 1977). Le manque de motivation à utiliser une méthode contraceptive de façon efficace et continue serait un autre facteur important à considérer (Gaspard, 1980; Zelnik, & Kantner, 1977). Les adolescentes sexuellement actives ne sont pas motivées à

utiliser la contraception pour différentes raisons; elles croient que leur jeune âge les protège de devenir enceintes; leurs relations sexuelles sont peu fréquentes et épisodiques; elles ont des relations sexuelles à un moment du mois qu'elles ne considèrent pas dangereux (Goldsmith et al., 1972; Kantner, & Zelnik, 1973; Shah, Zelnik, & Kantner, 1975). Toutefois, il semble que le facteur psychologique le plus important relié à l'utilisation efficace et continue d'une méthode contraceptive soit pour l'adolescente l'acceptation de sa propre sexualité (Goldsmith, et al., 1972).

Au niveau social, l'inquiétude de l'opinion anticipée des tiers peut influencer la décision contraceptive de l'adolescente. En effet, l'ensemble des réactions de la famille et de la société vis-à-vis les actions de l'adolescente constitue une forme de jugement de valeurs et l'anticipation de ces opinions serait un élément important de leur égocentrisme. L'adolescente fait face à un dilemme, d'une part elle est envahie par une société saturée de sexe et subit l'influence de ses amies qui racontent leurs expériences, d'autre part à la maison les parents ne parlent pas ou parlent très peu de sexe et n'acceptent généralement pas le fait que leurs adolescents aient une vie sexuelle active (Grenon-Plante, 1982).

Au point de vue cognitif, le facteur le plus important semble provenir d'une mauvaise ou d'un manque de connaissance sur la sexualité et la contraception (Gaspard, 1980; Needle, 1977). De plus, comme le dit si bien Gaspard (1980), en plus d'être souvent insuffisante et malaisée d'accès, l'information est en retard sur la pratique sexuelle spontanée des adolescentes ou ne répond pas à leurs besoins réels. Enfin la disponibilité et l'accessibilité à la contraception sont des aspects non négligeables.

**L'estime de soi:** L'estime de soi se définit par les perceptions que l'individu a de sa propre valeur. Ce sentiment de valeur dépend des opinions et des réactions qu'ont des personnes significatives envers lui. Plusieurs données de recherche se rapportant à l'estime de soi et à la contraception se sont révélées consistantes. L'étude de Kantner et Zelnik (1973) rapporte une association entre l'utilisation contraceptive et la perception de soi. Dans cette étude, plus les jeunes filles se pensaient hautement susceptibles de concevoir, plus elles utilisaient la contraception. D'autres recherches confirment celle de Kantner et Zelnik (1973), quant à une utilisation contraceptive efficace directement associée à un degré élevé de la perception de sa compétence et/ou à une évaluation positive de soi (Fox, 1975; Lundy, 1972; MacDonald, 1970).

Une image de soi positive et un mode de vie sain sont les résultats de l'acceptation de sa sexualité et seraient des facteurs critiques pouvant influencer les jeunes sexuellement actifs à recourir à la contraception (Kantner, & Zelnik, 1973; Needle, 1977). Les filles ayant une haute estime d'elles-mêmes manifesteraient des attitudes positives envers l'utilisation des

contraceptifs oraux, seraient moins embarrassées d'obtenir de l'information à propos de la contraception et seraient plus efficaces et consistantes dans son utilisation (Herold, Goodwin, & Lero, 1979).

**Le foyer de contrôle:** Le foyer de contrôle est le degré de maîtrise qu'une personne croit avoir sur son état de santé, par ses comportements. Il peut être d'origine interne ou externe. L'individu qui croit que son état de santé relève de son comportement se perçoit comme ayant un foyer de contrôle interne. A l'opposé, celui qui croit que des facteurs tels que le hasard, la chance ou des personnes plus puissantes que lui déterminent son état de santé, se perçoit comme ayant un foyer de contrôle externe et ou de chance. (Segal, & Ducette, 1973; Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978).

Certains auteurs ont rapporté l'existence d'un lien entre l'usage de contraceptifs et les dimensions du foyer de contrôle (Fox, 1975; Lundy, 1972). En effet, certaines études indiquent que parmi les adolescentes qui sont actives sexuellement, celles qui ont un foyer de contrôle interne utilisent davantage la contraception comparativement aux adolescentes ayant un foyer de contrôle externe (Fox, 1975; Lieberman, 1981; Lundy, 1972; MacDonald, 1970).

Il faut cependant noter que dans ces études, les chercheurs ont utilisé différents instruments pour mesurer le foyer de contrôle et toutes ces échelles se rapportaient à des attentes générales et non à des comportements spécifiques en matière de santé. Les récentes études de Wallston et al. (1978) ont démontré qu'il était plus utile de se servir d'une échelle de foyer de contrôle spécifique au domaine que l'on veut étudier pour mieux prédire les comportements qui y sont reliés. Ayant été influencés par les travaux de Rotter (1966) et de Levenson (1973), Wallston et al. (1978) ont élaboré leur propre échelle visant à mesurer le foyer de contrôle d'une personne afin d'augmenter la compréhension des comportements de santé.

## Méthode

### But de cette étude

Le but de cette étude consistait à identifier les principaux facteurs décisionnels relatifs à l'utilisation contraceptive chez des adolescentes de niveau collégial.

La revue de la littérature portant sur les principaux facteurs pouvant influencer l'utilisation contraceptive des adolescentes a permis de soulever les questions de recherche suivantes:

La décision de l'adolescente d'utiliser ou non une méthode contraceptive est-elle influencée par des facteurs psychologiques

tels que: les perceptions de sexualité, de grossesse et de contraception?

La décision de l'adolescente d'utiliser ou non une méthode contraceptive est-elle influencée par des facteurs sociologiques tels que: son histoire sexuelle, les personnes et les événements qui lui sont significatifs?

La décision de l'adolescente d'utiliser ou non une méthode contraceptive est-elle influencée par son niveau de connaissances quant à son corps et à la contraception?

La décision d'utiliser ou non une méthode contraceptive chez l'adolescente est-elle associée à son niveau d'estime de soi?

La décision d'utiliser ou non une méthode contraceptive chez l'adolescente est-elle associée à l'origine de son foyer de contrôle?

### Définition opérationnelle des variables

#### Variables dépendantes

A) Utilisation d'une méthode contraceptive: Dans le cadre de cette recherche, cette variable réfère à une infécondité volontaire, obtenue par des moyens mécaniques comme le stérilet et le condom et par des moyens naturels tels que la méthode ogino-knauss, le retrait prématuré (onanisme).

#### Variables indépendantes

A) Perceptions de sexualité: Façon de concevoir la grossesse.

B) Perceptions de contraception: Façons de concevoir et d'expérier la contraception.

C) Histoire sexuelle: Événements qui caractérisent l'évolution de la vie sexuelle active de l'adolescente.

D) Niveau de connaissances quant à la contraception: Qualité et quantité de notions que possède l'adolescente se rapportant à chacune des méthodes contraceptives relativement à la nature, l'utilisation, l'efficacité et les effets secondaires.

E) Estime de soi: Evaluation affective que l'individu fait de sa propre valeur.

F) Foyer de contrôle: Le degré de maîtrise, qu'une personne croit avoir sur son état de santé, et qui est manifesté par ses comportements.

## Caractéristiques du milieu et formation de l'échantillon

L'étude a été effectuée dans un collège de la région de l'Estrie au Québec. Pour constituer l'échantillon, douze (12) classes de cours ont été choisies au hasard parmi toutes les disciplines du collège à partir des horaires de cours. Parmi les 131 adolescentes qui ont accepté de participer à l'étude, 9 d'entre elles ont été éliminées pour les raisons suivantes: 5 sujets étaient âgées de 21 ans et plus, et 4 autres sujets avaient répondu de façon incomplète au questionnaire. L'échantillon final comprenait 122 adolescentes répondant aux critères de sélection suivants: être âgée de 16 à 18 ans, être inscrite à plein temps au programme général ou professionnel du collège, accepter de participer volontairement à l'étude et de répondre à un questionnaire écrit, puis comprendre et communiquer en français.

Afin de favoriser l'analyse des données à partir de l'échantillon, trois cohortes ont été formées en considérant: l'activité sexuelle conjointement avec l'utilisation contraceptive (groupe AC); l'activité sexuelle sans utilisation de la contraception (groupe A); et l'inactivité sexuelle et contraceptive (groupe NA).

Les adolescentes contactées étaient libres d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. Des informations furent données quant à la nature de leur participation et la confidentialité des données recueillies. Ces informations étaient d'abord fournies de façon verbale, soit dès le début de la rencontre de chacun des groupes, puis répétée de façon écrite dans une lettre qui apparaissait au tout début de chaque questionnaire.

## Instruments de mesure

### Questionnaire-décision sur le choix d'un contraceptif

Ce questionnaire de type semi-structuré était composé de 60 questions. Il avait pour but de recueillir les données relatives aux aspects psycho-socio-cognitifs pertinents au cheminement de l'adolescente lors de la pré-décision et de la décision sous-jacentes au choix d'une méthode contraceptive.

Son contenu a été élaboré à la suite d'une revue extensive des écrits portant sur divers aspects de la contraception. L'adolescente répondait elle-même au questionnaire selon quatre modalités: en faisant un choix à l'aide d'une échelle de type Likert formée en quatre points: en répondant par "vrai" ou "faux" à une liste d'énoncés; en répondant de façon ouverte et en faisant un choix de réponses parmi des choix multiples. Un pré-test a été effectué auprès de quatre adolescentes ne faisant pas partie de l'échantillon. À la suite du pré-test, quelques questions ont été reformulées plus clairement et deux questions ouvertes ont été transformées en questions à choix multiples. Le temps requis pour compléter le questionnaire variait entre 30 et 40 minutes.

## Échelle estime de soi de Rosenberg

La version originale du "Rosenberg Self esteem Scale" (RSES, 1965) a été traduite en français par l'Écuyer en 1978. Cette échelle d'estime de soi se présente sous la forme d'un questionnaire très bref composé de dix questions auxquelles il est possible de répondre en deux ou trois minutes. Le sujet répond lui-même au questionnaire en faisant un choix à l'aide d'une échelle formée de quatre points allant de "tout à fait en désaccord" à "tout à fait en accord". Les réponses permettent de classer les gens sur un même continuum allant d'une très haute estime de soi à une très faible. Cette échelle vise à mesurer minutieusement l'aspect d'acceptation de soi inhérent à l'estime de soi. Le coefficient de reproductivité, quand on utilise l'échelle de Guttman, est de 0,92 et la valeur scalaire est de 72 pour cent (Robinson, & Shaver, 1973). Silber et Tippet (1965) ont trouvé une fidélité **test-retest** de 0,85 (N=28) après une période de deux semaines. Toutefois, cet instrument peut être utilisé sans le groupement des items que nécessite la méthode Guttman (Robinson, & Shaver, 1973). Aussi, pour les besoins de cette étude une échelle additive de type Likert a été utilisée.

## Échelle foyer de contrôle de Wallston et al.

L'échelle de foyer de contrôle de Wallston (1978) comprend 18 énoncés formulés de deux façons différentes et qui couvrent les trois dimensions du foyer de contrôle. L'échelle de foyer de contrôle utilisée dans cette étude est une traduction française de la version A, du **Multi-dimensional Health Locus of Control (MHLC)** de Wallston et collaborateurs (1978). Des épreuves de validité et de fidélité ont été effectuées sur la version originale. Les résultats permettent d'attribuer à l'outil une valeur de prédiction de l'état de santé de la personne. Un foyer de contrôle interne est relié à une perception positive de l'état de santé ( $r=.403$ ;  $p < .001$ ) alors que l'élément chance est relié de façon négative à l'état de santé ( $r=-.275$ ;  $p < .01$ ) et qu'il n'y a pas de lien entre les plus puissants que soi et la perception de son état de santé ( $r=-.005$ ).

## Déroulement de la collecte et l'analyse des données

Les données ont été recueillies les 9, 10, 11 et 14 mars 1983. Après des groupes chaque rencontre a duré environ une heure et a été faite à l'heure et au local où chacun de ces cours est habituellement donné. Avant la distribution des questionnaires les garçons étaient invités à se retirer, ainsi que les adolescentes non désireuses de participer. Les questionnaires étaient finalement recueillis au fur et à mesure qu'ils étaient complétés.

L'analyse des données a été faite autour des trois cohortes préalablement formées selon les critères décrits précédemment.

La comparaison entre les groupes a permis d'identifier les facteurs les plus susceptibles d'influencer la décision de l'adolescente quant au choix d'utiliser ou non une méthode contraceptive. Des statistiques descriptives ont d'abord servi à caractériser l'échantillon et à visualiser l'ensemble des variables dépendantes et indépendantes. Des analyses inférencielles tels que: l'analyse de variance multivariée et l'analyse discriminante ont été effectuées en vue de répondre aux questions de recherche. L'analyse de variance multivariée de type Manova a été utilisée afin de mesurer statistiquement s'il y avait une différence entre les groupes au niveau de l'effet dynamique de l'ensemble des perceptions de sexualité, de grossesse et de contraception et de l'ensemble des connaissances quant à son corps et à la contraception. L'analyse discriminante a fait suite à une réponse positive de l'analyse multivariée, et avait pour but de déterminer par ordre d'importance les variables responsables de cette distinction des groupes. Le seuil d'acceptation des résultats pour être statistiquement significatif a été fixé à  $p < 0,05$ . Entre la signification de  $p > 0,05$  et  $p < 0,10$  le terme tendance a été utilisé dans l'interprétation.

### Présentation des résultats

Les tableaux 1,2,3,4,5 présentent les résultats de l'analyse de variance multivariée pour les perceptions de sexualité, de grossesse et de contraception et pour les connaissances de l'adolescente quant à son corps et à la contraception.

L'analyse multivariée des perceptions de sexualité n'a pas permis de différencier les groupes de façon significative mais une tendance statistique peut certainement être admise avec un  $p < 0,10$  (Tableau 1).

Tableau 1

Analyse de variance multivariée\* selon les perceptions de sexualité entre les groupes

Source de variations	Wilks Lambda	Valeur "F"	p
Groupes	0,78588	1,52217	0,084

\* d.l.: 18,214

A l'analyse discriminante deux perceptions ont été retenues comme étant particulièrement significatives, il s'agit de: "je n'aurai pas de relations sexuelles avant plusieurs années, je n'ai

donc pas besoin de planifier une méthode contraceptive" avec un "r" = 0,72 et "je pense que c'est une bonne idée de "coucher avec son ami" avant le mariage" avec un "r" = 0,72.

Au niveau des perceptions de grossesse, les résultats de l'analyse multivariée montrent une différence significative entre les groupes:  $p < 0,001$  (Tableau 2).

**Tableau 2**

**Analyse de variance multivariée\* sur les perceptions de grossesse entre les groupes**

Source de variations	Wilks Lambda	Valeur "F"	p
Groupes	0,80147	4,52424	.001

\* d.l.: 6,232

Dans l'analyse de la composition des fonctions canoniques pour les perceptions de grossesse, toutes les perceptions à l'étude sont à considérer dans la différence entre les groupes. Cependant, la perception suivante apparaît la plus importante: "Au fond de moi-même ça se pourrait que j'aie envie de devenir enceinte maintenant" avec un  $r = 0,95$ . L'analyse multivariée révèle une différence significative entre les groupes pour les perceptions de contraception avec un  $p < 0,001$  (Tableau 3).

**Tableau 3**

**Analyse de variance multivariée\* sur les perceptions de contraception entre les groupes**

Source de variations	Wilks Lambda	Valeur "F"	p
Groupes	0,59275	3,65278	.001

\* d.l.: 18,220

À l'analyse de la composition des fonctions canoniques, ce sont les perceptions suivantes qui, par ordre d'importance, se sont avérées les plus discriminantes: "Si j'ai des relations sexuelles occasionnelles, je n'ai pas besoin d'utiliser une méthode

contraceptive"  $r = 0,73$ ), "C'est gênant de demander au garçon de se retirer ou d'utiliser un condom" ( $r = 0,71$ ), "Il n'y a pas de méthode fiable, une fille peut devenir enceinte de toute façon si elle "couche" ( $r = 0,55$ ).

L'analyse multivariée quant aux connaissances des adolescentes face à leur corps démontrent une tendance vers une différence statistique entre les groupes avec un  $p < 0,10$  (Tableau 4).

**Tableau 4**

**Analyse de variance multivariée\* sur l'ensemble des connaissances quant à son corps entre les groupes**

Source de variations	Wilks Lambda	Valeur "F"	p
Groupes	0,78986	1,48833	0,096

\* d.l.: 18,214

Les résultats de l'analyse multivariée démontrent qu'il n'y a pas de différence ( $p > 0,10$ ) entre les groupes quant à leur niveau de connaissances (Tableau 5).

**Tableau 5**

**Analyse de variance multivariée\* sur l'ensemble des connaissances quant à la contraception entre les groupes**

Source de variations	Wilks Lambda	Valeur "F"	p
Groupes	0,62027	0,93280	0,601

\* d.l.: 48,166

### **Histoire sexuelle: personnes et événements significatifs**

En raison du caractère multidimensionnel des facteurs sociologiques à l'étude, seules des analyses descriptives ont pu être effectuées en vue de répondre à la deuxième question de recherche. Les résultats de ces analyses descriptives ont permis de tracer le profil sociologique des adolescentes des groupes A et AC. Leur profil est différent. Les caractéristiques qui les

différencient sont les suivantes: les adolescentes du groupe AC ont une vie sexuelle plus active et plus organisée. Les parents de ces adolescentes sont plus informés et semblent davantage en accord avec l'activité sexuelle de leurs filles. C'est d'abord avec une amie plutôt qu'avec la famille que ces adolescentes discutent de sexualité et de contraception. Enfin, le premier critère considéré dans le choix d'une méthode contraceptive pour le groupe AC est de ne pas avoir à planifier ses relations sexuelles, contrairement au groupe A qui souhaite d'abord une méthode facile à utiliser.

Au tableau 6, les résultats du test de signification de l'estime de soi utilisant la somme des carrés par séquence permettent de conclure que dans cette étude, l'estime de soi n'est pas un critère de différenciation entre les groupes.

**Tableau 6**

**Test de signification de l'estime de soi utilisant la somme des carrés par séquence**

Source de variations	X	d.l.	(X)	F	Sig. de. F
Groupes	34,227	2	17,113	.373	.689

L'analyse de variance multivariée indique qu'il n'existe pas de différence statistique significative ( $p > 0,10$ ) entre les groupes quant à l'origine de leur foyer de contrôle (Tableau 7).

**Tableau 7**

**Analyse de variance multivariée\* sur l'origine du foyer de contrôle entre les groupes**

Source de variations	Wilks Lambda	Valeur "F"	p
Groupes	0,95601	0,887	.505

\* d.l.: 6,234

## Interprétation des résultats

Les analyses descriptives et inférencielles ont permis de répondre aux questions de recherche. En réponse à la première question nous pouvons conclure que pour les trois cohortes de l'étude, les perceptions de sexualité, de grossesse et de contraception sont légèrement associées à la décision d'utiliser ou non une méthode contraceptive (Tableaux 1-2-3).

En réponse à la deuxième question, nous pouvons conclure que le profil sociologique étant différent, les facteurs sociologiques ont probablement un effet sur la décision d'utiliser ou non une méthode contraceptive chez des adolescentes sexuellement actives.

À la troisième question de recherche, le résultat des différentes analyses statistiques permet de répondre que le niveau de connaissances de l'adolescente quant à son corps et à la contraception n'a pas d'effet sur la décision d'utiliser ou non une méthode contraceptive.

Le niveau d'estime de soi n'étant pas un critère de différenciation entre les groupes, nous pouvons répondre à la quatrième question de recherche, qu'il s'avère peu probable que la décision d'utiliser ou non une méthode contraceptive soit associée au niveau d'estime de soi de l'adolescente.

Pour répondre à la dernière question, il semble, d'après les analyses effectuées, que l'origine du foyer de contrôle ne soit probablement pas associée à la décision contraceptive. Il n'y a pas de différence entre les groupes, c'est un foyer de contrôle d'origine interne qui prédomine pour l'ensemble des adolescentes de cette étude.

## Conclusion

Le but de la présente étude consistait à identifier les principaux facteurs décisionnels affectant la décision d'utiliser ou non une méthode contraceptive chez des adolescentes de niveau collégial.

La discussion des résultats a permis d'arriver à quelques conclusions pertinentes pouvant être utiles aux infirmières qui travaillent en milieu scolaire et communautaire. D'abord les perceptions de sexualité, de grossesse et de contraception ont un effet sur la décision contraceptive. Il serait intéressant dans une étude ultérieure, d'explorer davantage les perceptions et surtout les perceptions de grossesse et de contraception. De plus, le profil sociologique des adolescentes sexuellement actives est différent selon qu'elles utilisent ou non une méthode contraceptive. Mais dans le cadre de cette étude, les aspects cognitifs, le niveau d'estime de soi et l'origine du foyer de contrôle n'ont pas d'influence sur la décision contraceptive et ne présente aucune différence entre les groupes d'adolescentes.

## RÉFÉRENCES

- Apkom, C.A., Apkom, K.L., & Davis, M. (1976). Prior sexual behavior of teenagers attending rap sessions for the first time. *Family Planning Perspectives*, **8**, 203-206.
- Cutright, P. (1971). Illegitimacy: Myths, causes and curses. *Family Planning Perspectives*, **3**, 25-48.
- Cvetkovich, G., Grote, B., Bjorseth, A., & Sarkissian, J. (1975). Psychology of adolescents, use of contraceptives. *The Journal of Sex Research*, **11**, 256-270.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, **38**, 1025-1034.
- Fédération du Québec pour le planning des naissances. (1979). Contraception et sexualité chez les collégiennes francophones du Montréal métropolitain. *Rapport de recherche*.
- Fox, G.L. (1975). Sex role attitude as predictors of contraceptive use. Paper presented at the meeting of the National Council of Family Relations, Salt Lake City, UT.
- Gaspard, L. (1980). Le choix d'une contraception au cours de l'adolescence. *Revue Médicale de Liège*, **35**, 377-390.
- Goldsmith, S., Gabrielson, M., & Gabrielson, T. (1972). Teenagers, sex and contraception. *Family Planning Perspectives*, **4**, 32-38.
- Gouch, H.G. (1973). A factor analysis of contraceptive preferences. *Journal of Psychology*, **84**, 199-210.
- Gouvernement du Canada. Publication du recensement Statistique Canada, 1921-1976. Publications de la section des statistiques de l'état civil et des registres des maladies, division de la santé, Statistique Canada, 1921-1941, 1971-1976, et tableaux non publiés de la section des statistiques de l'état civil et des registres des maladies, division de la santé, Statistique Canada, 1951-1966.
- Grenon-Plante, D. (1982, mars). L'adolescente enceinte. *L'infirmière canadienne*, **3**, 32-36.
- Herold, E.S., Goodwin, M.S., & Lero, D.S. (1979). Self-esteem, locus of control, and adolescent contraception. *Journal of Psychology*, **101**, 83-88.
- Hubinont, P.O. (1982). Problématique de la contraception chez les adolescentes. *Contraception fertilité sexualité*, **10(4)**, 217-222.
- Kantner, J.F., & Zelnick, M. (1973). Contraception and pregnancy experience of young unmarried women in the United States. *Family Planning Perspectives*, **5**, 21-35.

- L'Ecuyer, R. (1978). **Le concept de soi**. Paris: Presses Universitaires de France (PUF), 211 p.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal. Consult. Clin. Psychol.*, 41, 397-404. *Journal. Consult. Clin. Psychol.* 41
- Lieberman, J.J. (1981). Locus of control as related to birth control knowledge, attitudes and practices. *Adolescence*, 16(61), 1-10.
- Liverant, S., & Scodel, A. (1960). Internal and external controls as determinants of decision making under conditions of risk. *Psychological Reports*, 7, 59-67.
- Lundy, J.R. (1972). Some personality correlates of contraceptive use among unmarried female college students. *Journal of Psychology*, 80, 9-14.
- MacDonald, A.P. jr. (1970). Internal-external locus of control and the practice of birth control. *Psychological Reports*, 27, 206.
- MacDonnell, S. (1980). A healthy child a sure future. A teenage pregnancy epidemic? *Canadian Nurse*, 75(11), 22-23.
- Miller, W.B. (1978). Psychological aspects of contraceptive sterilization in women. In S.H. Newman, & Z.E. Klein (Eds.), **Behavioral social aspects of contraceptive sterilization** (Chap. 8, 119-136). Toronto: Lexington Books.
- Moser, A.J., & Moser, K.A. (1973). Locus of control as a determinant of environmental manipulation in the youthful offender. **Corrective and Social Psychiatry and Journal of Applied Behavior Therapy**, 19(4), 35-39. Therapp 19
- Needle, R.H. (1977, June). Factors affecting contraceptive practices of high school and college-age students. *The Journal of School Health*, 340-345.
- Rey-Stocker, T. (1977). La contraception de l'adolescente. *Revue médicale Suisse-romaine*, 97, 322-331.
- Robinson, J.P., & Shaver, P.R. (1973). **Measures of social psychological attitudes: Survey research**. Ann Arbor, MI: The University of Michigan, Institute of social research publishers.
- Rosenberg, M. (1965). **Society and the adolescent self-image**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 326 p.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), (Whole no.609).

- Segal, S., & Ducette, J. (1973). Locus of control and premarital high school pregnancy. **Psychological Reports, 33**, 887-890.
- Shah, F., Zelnik, N., & Kantner, J.F. (1975). Unprotected intercourse among unwed teenagers. **Family Planning Perspectives, 7**, 39-44.
- Silber, E., & Tippett, J. (1965). Self-esteem: Clinical assessment and measurement validation. **Psychological Reports, 16**, 1017-1071.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHCL) scales. **Health Education Monographs, 6**(2), 160-170.
- Zelnik, M., & Kantner, J.F. (1977). Sexual and contraceptive experience of young unmarried women in the United States. **Family Planning Perspectives, 9**, 55-71.

## ABSTRACT

### Factors influencing adolescents' decision to use contraceptives

Adolescents are becoming sexually active at an increasingly young age. Many of them engage in sexual relations without contraception, despite the availability of information and contraceptive methods. The decision, whether or not to use a contraceptive, is influenced by numerous factors. The purpose of this study was to identify some of these main decision-making factors associated with the use of contraceptives among CEGEP adolescents. Following a literature review, a questionnaire was formulated, adapted from Miller's (1978) decision-making model. The questionnaire collected data on the psycho-socio-cognitive factors influencing the adolescent's decision-making process. A French translation of the "Rosenberg Self-Esteem Scale" (R.SES, 1965) measured the level of the adolescent's self-esteem. A translation of Version A of the "Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) (Wallston, et al, 1978) was used to determine the origin of the adolescent's locus of control. Of 131 adolescents who volunteered for the study, 9 were disqualified for various reasons. The final sample included 122 adolescents. Three cohorts were formed on the basis of the following criteria: sexual activity and the use of contraceptives. The dependent variable was the use of contraceptives and the independent variables were: perception of sex, pregnancy and contraception; sexual history; knowledge of the body and of contraception; self-esteem; and the origin of the locus of control. The results indicate that perception of sex, pregnancy and contraception have the greatest influence on the decision concerning contraception. The sexual history of sexually active adolescents varies with the use of contraceptives. But within the framework of this study, cognitive aspects - the level of self-esteem and the origin of the locus of control - do not influence the decision and were not different among the adolescent groups. These results demonstrate that adolescents have sufficient knowledge of sexuality and contraception and that the level of their knowledge has little effect on their decision. Nurses should maintain and even improve the information provided. But to really help adolescents decide whether to use contraceptives, their perception of sexuality, pregnancy and contraception must be influenced. Thus, the nurse should take an educational rather than informative approach. She must relate to the sexual life of adolescents.