



ENQUÊTE CANADIENNE SUR LES INDICATEURS DE SANTÉ SEXUELLE — ESSAI PILOTE ET PHASE DE VALIDATION

Un rapport sur les résultats de l'essai pilote et la validation de
l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle

RAPPORT TECHNIQUE FINAL



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats,
à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
— Agence de la santé publique du Canada

Pour obtenir une version électronique de ce rapport, veuillez communiquer avec :

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Agence de la santé publique du Canada
Pré Tunney
Indice de l'adresse O602B
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Courriel : ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Available in English under the title:

Canadian Sexual Health Indicators Survey—Pilot Test And Validation Phase: Final Technical Report.

Nota : Le présent document doit être cité comme la source de toute information extraite et tirée du rapport.

Suggestion pour citer la source : Agence de la santé publique du Canada.

Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle – essai pilote et phase de validation :
Rapport technique final. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections,
Agence de la santé publique du Canada, 2012.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2012

Imprimé Cat. : HP40-67/2012F
ISBN : 978-1-100-98750-7

En ligne Cat. : HP40-67/2012F-PDF
ISBN : 978-1-100-98751-4

ENQUÊTE CANADIENNE SUR LES INDICATEURS
DE SANTÉ SEXUELLE — ESSAI PILOTE
ET PHASE DE VALIDATION

Un rapport sur les résultats de l'essai pilote et la validation de
l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle

RAPPORT TECHNIQUE FINAL



AVANT-PROPOS

Ce rapport contient les résultats de la phase de validation de l'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle*. L'enquête est le résultat d'un processus d'élaboration qui s'est étendu sur plusieurs années et qui a compris des chercheurs du domaine de la santé sexuelle partout au Canada. Elle est destinée à servir d'outil pour recueillir des données détaillées sur les indicateurs positifs et négatifs de la santé sexuelle des Canadiens.

Il s'agit du premier outil d'enquête complet du genre à comprendre des mesures positives comme l'efficacité personnelle et des renseignements sur l'accès des participants à l'information et aux services. L'outil d'enquête a été élaboré afin de mesurer des composantes supplémentaires comme celles qui influencent la façon dont les Canadiens obtiennent de l'information et des services, les styles de relations qu'ils ont ainsi que leur confiance en leur capacité à se protéger de résultats négatifs en matière de santé.

L'élaboration d'un outil de recherche fiable et valable servant à rassembler de l'information sur la santé sexuelle durant toute la vie s'aligne sur le mandat de l'Agence de la santé publique du Canada, c'est-à-dire de fournir de la recherche factuelle pour appuyer les objectifs en santé publique. De plus, les données apportent des éléments sur lesquels fonder une collaboration fédérale et provinciale (territoriale) pour une programmation et des politiques en matière de santé sexuelle afin d'améliorer et protéger la santé sexuelle des Canadiens et favoriser la santé sexuelle comme composante de l'état de santé global.

À cette fin, l'Agence de la santé publique du Canada a assuré et cherché l'appui d'intervenants au sein des gouvernements provinciaux et territoriaux par le biais de deux groupes fédéral-provincial-territorial. Les groupes thématiques des infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) et le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida sont composés d'intervenants gouvernementaux fédéraux, provinciaux et territoriaux qui offrent des conseils stratégiques et en matière d'élaboration des politiques sur les approches visant à aborder les infections transmissibles sexuellement ou par le sang et le VIH/sida, y compris les activités de prévention et de contrôle comme la promotion de la santé, la recherche et la surveillance.

Bien que l'outil d'enquête ait été testé auprès de jeunes âgés de 16 à 24 ans à quatre endroits différents lors de la phase de validation actuelle, l'objectif général est d'utiliser l'outil d'enquête pour mesurer la santé sexuelle des Canadiens à diverses étapes de leur vie. Étant donné qu'une stratégie d'échantillonnage non représentative a été utilisée, les résultats de cette phase fournissent des données qui ont uniquement servi à évaluer la validité et la fiabilité de l'outil. Elles ne peuvent pas servir à interpréter les tendances en matière de santé sexuelle chez les jeunes.

REMERCIEMENTS

L'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle* résulte de la collaboration de nombreux individus, organismes et institutions qui ont contribué à son élaboration et sa réalisation.

L'équipe de recherche responsable de l'élaboration du questionnaire et la collecte de données de l'enquête pilote comprend :

Agence de la santé publique du Canada :

Barbara Clarke
Lisa Smylie (*Analyste de données principale*)
Kelly Folz
Tasha Yovetich
Joyce Seto

Université de l'Alberta :

Maryanne Doherty (*Chercheuse principale*)
Rosemarie Mangiardi
Eric Guilbert

Options for Sexual Health (Colombie-Britannique) :

Greg Smith
Stephanie Sersli
Jessica Peart
David Ng
Declan Hsu
Blake Allan
Asli Kucukbumin
Michelle Reid
Eleanor Battison
Paulette Sutherland
Hayden Kori Doty

Université de Dalhousie :

Jacqueline Gahagan
Matthew Numer
Josée Lapalme
Emily Connell

Université du Québec à Montréal :

Joanne Otis
Marie-Ève Girard
Jessica Caruso
Marianne Beaulieu
Shany Lavoie

Conseillers :

Alexander McKay
(*Analyse de la littérature et cadre de l'enquête*)

The Learning Bar :

Patrick Flanagan
J. Douglas Willms (*Méthodologie*)
Richard Chan

L'équipe de recherche est également très reconnaissante aux membres des groupes fédéral-provincial-territorial sur les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) et sur le VIH/sida de leurs conseils et de leur appui.

Enfin, l'équipe de recherche est redevable aux jeunes Canadiens qui ont rempli le questionnaire ainsi qu'aux organismes communautaires et aux professionnels de la santé et de l'éducation qui ont manifesté leur intérêt pour la santé sexuelle des jeunes en apportant une aide généreuse lors du recrutement des participants.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
SOMMAIRE.....	1
I. INTRODUCTION.....	7
historique et aperçu de l'enquête	7
Mise en contexte de l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle.....	7
Élaboration et aperçu de l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle.....	8
Objectifs de l'essai pilote.....	10
Aperçu méthodologique	10
Utilisation des données de l'essai pilote.....	10
Aperçu des méthodes d'enquête utilisées dans le cadre de l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle.....	11
Organisation du rapport	12
II. MÉTHODOLOGIE.....	13
Introduction	13
Essai auprès de groupes cibles	13
Échantillonnage de l'Enquête pilote	14
Population cible.....	15
Plan d'échantillonnage.....	15
Techniques de recrutement.....	15
Administration du questionnaire et collecte de données	16
Effectifs et formation.....	16
Protocole de collecte de données.....	16
Programme d'auto-interview assistée par ordinateur (AIAO).....	17
Éthique de la recherche	18
Approbation des comités d'éthique de la recherche.....	18
Considérations éthiques clés.....	18
Changement méthodologique clé.....	20

Analyse des données	21
Préparation des données	21
Analyse des données	21
III. RÉSULTATS	25
Résultats des groupes de discussion	25
Profil des participants	25
Groupe de discussion : commentaires	25
Révisions de l'enquête	28
Résultats de l'essai pilote	30
Description de l'échantillon	30
Analyse des valeurs manquantes	32
Validité de contenu	32
Validité de construit	41
Validité de critères	46
Fiabilité test-retest	47
Coefficient d'objectivité	47
Données qualitatives	48
Questions d'ordre technique	48
Problèmes méthodologiques	49
Questions liées au contenu	50
IV. CONCLUSION	52
Discussion des résultats	52
Limites	52
Sommaire des résultats de l'essai pilote	53
Outil d'enquête : révisions recommandées	55
Conclusion	56
RÉFÉRENCES	57

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. Contenu de l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle.	9
TABLEAU 2. Constructions théoriques et items de l'enquête connexes	23
TABLEAU 3. Aperçu des caractéristiques démographiques de l'échantillon du groupe de discussion	26
TABLEAU 4. Aperçu des caractéristiques démographiques de l'échantillon pilote	31
TABLEAU 5. Proportions de données invalides ou peu fiables dans les questions matricielles	33
TABLEAU 6. Matrice des composantes après rotation et fiabilité de la consistance interne de l'efficacité personnelle en matière de protection.	36
TABLEAU 7. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS.	37
TABLEAU 8. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de l'efficacité personnelle en matière de la communication sexuelle	37
TABLEAU 9. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de l'efficacité personnelle en matière de limites sexuelles	38
TABLEAU 10. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de l'affirmation sexuelle	38
TABLEAU 11. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de la fonction sexuelle	39
TABLEAU 12. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de l'approche sexuelle	39
TABLEAU 13. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de la victimisation liée à la violence entre partenaires intimes.	40
TABLEAU 14. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de la coercition sexuelle	41
TABLEAU 15. Tests t pour échantillons indépendants visant à déterminer les différences entre les résultats moyens, en matière de satisfaction sexuelle, de désir sexuel, de plaisir sexuel et d'excitation sexuelle, des personnes qui ont, et celles qui n'ont pas, de la difficulté à avoir des relations sexuelles	42
TABLEAU 16. Tests t pour échantillons indépendants visant à déterminer les différences entre les résultats moyens, en matière de satisfaction sexuelle, de désir sexuel, de plaisir sexuel et d'excitation sexuelle, des personnes qui ont, et celles qui n'ont pas, de la difficulté à tirer plaisir des relations sexuelles	44

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE A

Formulaires de consentement et lettre d'information destinés aux participants aux groupes de discussion 59

ANNEXE B

Guide pour les groupes de discussion 65

ANNEXE C

Liste des lieux de recrutement 70

ANNEXE D

Affiche de recrutement : modèle 71

ANNEXE E

Liste des sites de collecte de données 72

ANNEXE F

Formulaires de consentement et de renseignement destinés aux participants à l'étude 73

ANNEXE G

Réactions des groupes de discussion 79

SOMMAIRE

En ce moment, au Canada, les données sur la santé sexuelle recueillies couramment se limitent au nombre déclaré de tests positifs pour trois infections transmissibles sexuellement (l'infection à *Chlamydia trachomatis*, la gonorrhée et la syphilis infectieuse), au taux de grossesse, à l'âge de la première relation sexuelle, à l'usage du condom et à l'utilisation d'une méthode de contraception. Des données complètes sur la santé sexuelle des jeunes Canadiens sont nécessaires afin de concevoir des stratégies, des politiques et des programmes efficaces visant à promouvoir la santé sexuelle de cette sous-population. Ce document traite de l'élaboration, de l'essai pilote et de la validation d'un sondage détaillé sur la santé sexuelle des jeunes âgés de 16 à 24 ans en Colombie-Britannique, en Alberta, au Québec et en Nouvelle-Écosse.

L'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle* mesure les aspects positifs et négatifs de la santé sexuelle compris dans la définition ad hoc de santé sexuelle de l'Organisation mondiale de la Santé, notamment l'efficacité personnelle, la satisfaction sexuelle, l'accès à l'éducation en matière de santé sexuelle, l'accès à des services de santé sexuelle, les cas de violence sexuelle, l'utilisation de méthodes de contraception et de protections, les types de comportements sexuels adoptés et le contexte entourant ces comportements.

Les résultats de l'essai pilote et de la validation de l'enquête laissent entendre que ces indicateurs sont des mesures valides et fiables de la santé sexuelle pour ce groupe d'âge et ils appuient l'utilisation possible de ce sondage à l'échelle nationale.

CONTEXTE

En 2006, un groupe de travail sur la santé sexuelle, sous la direction du Consortium conjoint pour les écoles en santé, a conçu un programme de recherche sur la santé sexuelle au Canada. Une des principales priorités de recherche ciblées était la création d'un outil complet permettant de mesurer la santé sexuelle des jeunes Canadiens.

Entre 2007 et 2010, une équipe comprenant quatre chercheurs de haut calibre en matière de santé sexuelle a élaboré un ensemble d'indicateurs mesurant en détail la santé sexuelle des jeunes Canadiens âgés de 16 à 24 ans. Ce travail reposait sur un examen approfondi des mesures existantes liées à la santé sexuelle et des groupes de consultation comprenant des informateurs clés, notamment des représentants du secteur de la santé publique, de la sexologie clinique, des milieux universitaires, du domaine d'éducation en matière de santé sexuelle et des organismes communautaires. Cet ensemble d'indicateurs a servi de fondement à l'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle*.

Le contenu de l'*Enquête* a été préparé en tenant compte de la définition provisoire de la santé sexuelle clairement énoncée par l'Organisation mondiale de la Santé. Compte tenu de cette définition, l'*Enquête* comprend des mesures du bien-être physique, mental, émotionnel et social relatif à la sexualité, les approches en matière de sexualité et les relations sexuelles, l'accès à l'éducation relative à la santé sexuelle, l'accès aux services de santé sexuelle, la satisfaction sexuelle, le fonctionnement sexuel, les types de comportements sexuels adoptés, l'utilisation de méthodes contraceptives et de protections ainsi que les cas de violence sexuelle et de coercition.

L'*Enquête* favorise la collecte de données détaillées sur le contexte entourant les comportements sexuels. Ces données auront des avantages à la fois aux niveaux fédéral et provincial (territorial) en ce sens qu'elles apportent des éléments qui pourront servir de fondement à des stratégies, des politiques et des programmes efficaces afin de promouvoir la santé sexuelle et prévenir les effets négatifs sur la santé sexuelle.

BUT

L'essai pilote et la validation de l'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle* avait les objectifs suivants :

- › établir la qualité des données recueillies à l'aide des questions de l'enquête – c.-à-d. la validité et la fiabilité des données;
- › créer un outil d'enquête scientifiquement rigoureux servant à recueillir des données représentatives à l'échelle nationale sur la santé sexuelle des jeunes Canadiens âgés de 16 à 24 ans; et
- › déterminer la faisabilité d'effectuer l'enquête à l'aide d'un programme d'auto-interview assistée par ordinateur (AIAO).

ESSAI PILOTE ET MÉTHODES DE VALIDATION

En février et en mars 2010, six groupes de consultation ont été formés comprenant des jeunes de 16 à 24 ans du Québec et de la Colombie-Britannique. Des efforts ont été faits pour recueillir des données : 1) dans les régions urbaines et rurales; 2) auprès d'hommes et de femmes et de jeunes à l'identité de genre variée; 3) auprès de jeunes fréquentant une école ou non; 4) auprès de jeunes qui font partie d'une minorité sexuelle. Une analyse du contenu des données recueillies auprès des 32 participants à ces groupes de consultations a servi de base aux révisions de l'enquête et du système d'administration.

Entre avril et juin 2010, l'enquête a fait l'objet d'un essai pilote auprès de 1 185 participants âgés de 16 à 24 ans de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, du Québec et de la Nouvelle-Écosse. Les participants ont été recrutés par le truchement d'un échantillonnage pratique de circonstance réalisé par des organismes communautaires dans chacune des quatre provinces, notamment des centres d'accueil pour la jeunesse, des centres de santé, des universités, des collèges communautaires, des CEGEP (Québec seulement), des centres offrant des services de consultation, des centres d'emploi, des centres de soutien aux minorités sexuelles et des centres commerciaux.

L'enquête était auto-administrée par les participants au moyen d'un système d'auto-interview assistée par ordinateur (AIAO) conçu par The Learning Bar. Le système était convivial pour les jeunes et comprenait des définitions de termes soulignés et un indicateur de la progression de l'enquête. Il fallait 25 minutes pour remplir l'enquête en moyenne et le temps de réponse des répondants se situait entre 10 et 90 minutes.

La validation de l'enquête évaluait la validité du contenu (à quel point les données mesuraient ce qu'elles devaient mesurer), la validité conceptuelle (dans quelle mesure les données qui devraient être en corrélation le sont vraiment), la validité des critères (à quel point les données sont en corrélation avec les données d'une enquête reconnue mesurant la même chose), la fiabilité de test-retest (uniformité des données avec le temps) et le coefficient d'objectivité (uniformité des données des participants répondant à différentes versions de l'enquête). L'analyse des valeurs manquantes a aussi été réalisée pour déterminer les tendances associées à l'absence de réponse pour chaque question de l'enquête.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Valeurs manquantes

La majorité des questions de l'enquête ont donné lieu à un niveau relativement faible de non-réponse, qui se situait sous les 10 %. Le pourcentage moyen (moyenne) de valeurs manquantes était de 6,71 %. Des analyses montrent que la proportion de valeurs manquantes augmentait de façon considérable tout au long de l'enquête. Les participants avaient tendance à sauter des questions à la fin de l'enquête plus fréquemment qu'au début. Cette constatation peut signifier que l'enquête était trop longue et que les participants étaient fatigués à la fin. Les questions les plus délicates, concernant des détails sur les activités sexuelles, étaient placées à la fin de l'enquête. Il est possible que cela ait contribué à augmenter la proportion de valeurs manquantes pour ces questions.

Validité du contenu

La validité du contenu indique à quel point les données mesurent ce qu'elles doivent mesurer. Les analyses statistiques montraient qu'en général, les questions de l'enquête permettaient de mesurer les aspects de la santé sexuelle qu'elles devaient mesurer. Par exemple, les questions conçues pour mesurer l'efficacité personnelle liée à la protection¹, l'efficacité personnelle liée au dépistage des ITS et du VIH, l'efficacité personnelle face aux problèmes sexuels, l'efficacité personnelle liée à l'établissement des limites sexuelles, l'assertivité sexuelle, la victimisation associée à la violence conjugale et la coercition sexuelle ont donné lieu à sept composantes identifiables dans une analyse factorielle exploratoire. Ces sept composantes individuelles ont été confirmées grâce à une analyse factorielle confirmatoire. En outre, les questions traitant des aspects de la santé sexuelle démontraient une forte fiabilité inter-item, avec des coefficients alpha de Cronbach supérieurs à 0,7.

Les analyses laissaient aussi entendre que certains types de questions n'ont pas réussi à générer les données pour lesquelles elles ont été conçues. Les questions de type « liste de vérification », les questions exigeant que les participants se souviennent de l'âge qu'ils avaient la première fois qu'ils avaient essayé quelque chose, les questions exigeant que les participants se souviennent du nombre total de partenaires avec lesquels ils avaient essayé quelque chose et les questions matricielles demandant simultanément aux participants d'indiquer le contexte entourant trois types de comportements sexuels (sexe oral, vaginal et anal) ont généré des données peu fiables et non valides pour un grand pourcentage de répondants.

¹ « L'efficacité personnelle » est la confiance en sa capacité et son habileté à agir d'une certaine façon afin de réaliser un but. Il s'agit également de la conviction d'avoir la capacité de se comporter de manière à gérer une situation.

Validité conceptuelle

La validité conceptuelle s'entend de la mesure dans laquelle des variables qui devraient être en corrélation avec des données le sont vraiment. L'analyse des questions de l'enquête qui devraient être liées a démontré de fortes et significatives corrélations. Le plus haut niveau de scolarité atteint par les participants démontrait un lien positif significatif avec l'âge ($R = 0,556$, $p \leq 0,01$). À mesure que l'âge des participants augmentait, le niveau d'études complété augmentait également.

De plus, les taux liés à la satisfaction sexuelle ($p \leq 0,05$), aux pulsions sexuelles auto-évaluées ($p \leq 0,001$) et à l'excitation sexuelle ($p \leq 0,001$) étaient beaucoup plus faibles chez les personnes qui avaient de la difficulté à avoir des relations sexuelles en raison d'un problème médical ou physique que chez les autres répondants. Dans le même ordre d'idées, les pulsions sexuelles auto-évaluées ($p \leq 0,05$) et le plaisir sexuel ($p \leq 0,05$) étaient beaucoup plus faibles chez les personnes ayant de la difficulté à éprouver du plaisir pendant une relation sexuelle en raison d'un problème médical ou physique que les autres répondants.

Un pourcentage beaucoup plus faible de personnes qui ont déclaré avoir de la difficulté à utiliser une protection en raison d'un problème médical ou physique ont affirmé avoir utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle vaginale avec une femme ($p \leq 0,05$) et avec un homme ($p \leq 0,05$), que les autres répondants. De même, les participants qui ont déclaré avoir utilisé des condoms au cours des 12 mois précédents ont remarqué une plus grande efficacité personnelle en matière de protection que les participants qui n'ont pas utilisé de condom pendant cette période ($p \leq 0,001$).

Les participants qui ont déclaré avoir subi des tests de dépistage d'infections transmissibles sexuellement (ITS) au cours des 12 mois précédents avaient une plus grande efficacité personnelle en matière de dépistage des ITS et du VIH que les

répondants n'ayant pas subi de tests de dépistage des ITS pendant cette période ($p \leq 0,001$). Les participants qui ont déclaré avoir subi des tests de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédents avaient aussi une plus grande efficacité personnelle en matière de dépistage des ITS et du VIH que les répondants n'ayant pas subi de tests de dépistage du VIH pendant cette période ($p \leq 0,001$).

Finalement, l'orientation sexuelle des participants était fortement liée au sexe des partenaires qui les attirent ($p \leq 0,001$) et au sexe des partenaires avec qui ils ont généralement des activités sexuelles ($p \leq 0,001$).

Validité des critères

Dans cette étude, la validité des critères fait référence à la mesure dans laquelle les données de l'enquête sont en corrélation avec les données des enquêtes reconnues mesurant le même phénomène. Dans la présente étude, l'âge médian de la première relation sexuelle était légèrement supérieur à 15 ans. Cette donnée correspond à l'âge moyen de la première relation sexuelle rapporté par les jeunes de la 7^e à la 12^e année en Colombie-Britannique (Smith et coll., 2009). Parmi les participants à la présente étude, 60 % ont déclaré avoir utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle vaginale avec une femme et 55 % ont déclaré avoir utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle avec un homme. Ces données ressemblent beaucoup à celles obtenues par Smith et coll. (2009) dans leur étude pour laquelle 60 % des participants ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle. Dans la présente étude, 5 % et 9 % des participants ont déclaré avoir utilisé un contraceptif d'urgence après leur dernière relation sexuelle vaginale avec une femme et un homme, respectivement. Ces données sont encore une fois semblables à celles de Smith et coll. (2009) qui ont constaté que 5 % des membres de leur échantillon avaient utilisé un contraceptif d'urgence après leur dernière relation sexuelle.

Dans une étude de 2009 des jeunes de Toronto, de Flicker et coll. (2009), il a été constaté que les deux méthodes favorites pour obtenir des renseignements sur la santé sexuelle sont les professionnels de la santé et les amis. Dans la présente étude, nous sommes arrivés aux mêmes conclusions.

Fiabilité de test-retest

La fiabilité de test-retest fait référence à l'uniformité des données qui ne devrait pas changer pendant une période précise. Dans l'étude actuelle, la fiabilité de test-retest a été évaluée grâce à un ensemble de questions. Environ 95 % des participants ayant indiqué dans le premier tiers de l'enquête avoir eu une activité sexuelle avec un partenaire ont donné une réponse concordante dans le dernier tiers de l'enquête ($p \leq 0,001$).

Coefficient d'objectivité

Dans l'étude actuelle, le coefficient d'objectivité a été évalué en comparant la validité et la fiabilité des données des participants remplissant l'enquête en anglais et celles des données des participants remplissant l'enquête en français. La validité et la fiabilité des données ne différaient pas entre les deux versions de l'enquête excepter pour un. La validité du contenu pour la question sur l'efficacité personnelle liée au dépistage des ITS et du VIH n'a pas été démontrée dans la version française de l'enquête. De même, cette échelle n'a pas permis de démontrer une solide validité conceptuelle dans la version française. Comme prévu, d'importantes différences ont été remarquées dans l'ensemble de l'échantillon et dans les données de l'enquête en anglais. Au sein des données en français, il n'y avait pas de différence significative en ce qui a trait à l'efficacité personnelle relative au dépistage des ITS et du VIH chez les personnes qui ont déclaré ou non avoir subi un test de dépistage des ITS au cours des 12 mois précédents ($p = 0,278$) ni chez celles qui ont déclaré ou non avoir subi un test de dépistage du VIH pendant la même période ($p = 0,383$).

CONCLUSIONS

Cette étude laisse entendre que la plupart des indicateurs de la santé sexuelle sont valides et fiables pour ce groupe d'âge. Plusieurs modifications aux questions et à la structure de l'enquête sont recommandées en vue d'améliorer la qualité des données recueillies, notamment :

- › s'assurer que les catégories de réponses sont exhaustives et pertinentes pour les jeunes;
- › réduire la longueur de l'enquête;
- › déplacer les items les plus délicats plus près du milieu de l'enquête;
- › tester les questions pour lesquelles il y avait une forte proportion de valeurs manquantes auprès de groupes de jeunes ciblés afin de déterminer pourquoi les participants n'y ont pas répondu;
- › reformuler les questions de type liste de vérification et les questions matricielles;
- › reformuler les questions nécessitant que les participants se souviennent du nombre de partenaires avec lesquels ils ont vécu une activité

particulière et de l'âge qu'ils avaient la première fois qu'ils ont vécu certaines activités pour aider les participants à se souvenir (p. ex. donner un intervalle); et

- › s'assurer que toutes les instructions « passez à » fonctionnent comme prévu dans le système de sondage assisté par ordinateur.

Actuellement, le Canada est en retard sur plusieurs autres pays en ce qui a trait à sa capacité de recueillir des données nationales complètes concernant cet important aspect de la santé des jeunes. L'essai pilote et la validation de cette enquête lui donnent l'occasion de regagner du terrain sur les autres pays et de commencer à recueillir des données nationales sur la santé sexuelle de ses jeunes. Un outil d'enquête validé permettra aux responsables des orientations politiques et aux décideurs d'obtenir des données précieuses sur lesquelles fonder leurs politiques et leurs décisions.

I. INTRODUCTION

HISTORIQUE ET APERÇU DE L'ENQUÊTE

Mise en contexte de l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle

Les indicateurs de la santé sexuelle à l'échelle nationale intéressent particulièrement les gouvernements, les décideurs, les éducateurs et les professionnels de la santé publique du Canada. Ces indicateurs montrent l'état de la santé sexuelle au Canada et contribuent aux politiques et aux programmes visant à améliorer la santé sexuelle des Canadiens.

Cependant, les données nationales liées à la santé sexuelle au Canada et recueillies systématiquement sont actuellement limitées au nombre déclaré de tests positifs pour trois infections transmissibles sexuellement (infection à *Chlamydia trachomatis*, gonorrhée, syphilis infectieuse et VIH) et aux taux de grossesse. Des sondages nationaux portant sur des questions de santé plus larges ont rassemblé des données très limitées sur les comportements sexuels au Canada. Par exemple, l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (Statistique Canada, 1998), l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (Statistique Canada, 2007), *Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire* (Currie, Gabhainn, Godeau, Roberts, Smith, Currie, Pickett, Morgan et Barnekow, 2008) et l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (Statistique Canada, 2010) comprennent chacune un nombre de questions limitées sur l'âge au moment de la première relation sexuelle, l'utilisation du condom et de la contraception et le nombre de partenaires sexuels. De plus, des sondages provinciaux et régionaux menés en Colombie-Britannique (Smith, Stewart, Peled, Poon, Saewyc, and the McCreary Centre Society 2009) et en Ontario (Flicker, Flynn, Larkin, Travers, Guta, Pole et Layne, 2009) fournissent des données sur la santé de sous-populations précises qui ne peuvent pas être généralisées aux autres provinces et territoires ou à la population canadienne en général.

Bien que des enquêtes nationales complètes sur la santé sexuelle ont été menées en Australie (Smith and La Trobe University. Australian Research Centre in Sex, Health and Society 2009), aux États-Unis (Herbenick, Reece, Schick, Sanders, Dodge & Fortenberry, 2010; Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994), en Irlande (Layte, McGee, Quail, Rundle, Cousins, Donnelly, Mulcahy et Conroy, 2006) et en Grande-Bretagne (Erens, McManua, Field, Korovessis, Johnson, Fenton et Wellings, 2001), une enquête complète portant sur la santé sexuelle n'a pas encore été menée au Canada. Contrairement à ces autres pays occidentaux, le Canada n'a pas, actuellement, de portrait national de la santé sexuelle à partir duquel il serait possible d'élaborer des stratégies, des politiques et des programmes en matière de santé sexuelle.

Au début de 2006, le Groupe de travail sur la santé sexuelle (GTSS), un des groupes de travail du Consortium conjoint pour les écoles en santé (CCES)², a élaboré et approuvé un inventaire national des lacunes et des priorités en matière de recherche en santé sexuelle. Cet inventaire a été partagé avec des chercheurs, des organismes de financement et des gouvernements afin d'obtenir leurs réactions et leurs idées. Un groupe plus restreint comprenant des membres du GTSS ayant comme spécialisation de recherche la santé sexuelle s'est rencontré plus tard en 2006 pour réexaminer l'inventaire et établir la liste de ses priorités en fonction des réactions obtenues afin d'élaborer un programme de recherche pancanadien sur la santé sexuelle qui, par la suite, a été approuvé par le GTSS et partagé avec les membres provinciaux et territoriaux du CCES. Une des priorités principales du programme de recherche identifiée a été l'élaboration d'un outil complet permettant de mesurer les indicateurs de la santé sexuelle au Canada.

² Le Consortium conjoint pour les écoles en santé est un consortium de sous-ministres de la Santé et de l'Éducation provinciaux et territoriaux travaillant de concert avec le gouvernement fédéral afin d'améliorer la santé des enfants et des jeunes d'âge scolaire.

Élaboration et aperçu de l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle

Au début de 2007, l'Agence de la santé publique du Canada a réuni une équipe de quatre chercheurs de premier plan dans le domaine de la santé sexuelle pour aborder le programme de recherche présenté par le GTSS du CCES. Cette équipe de recherche avait comme tâche d'élaborer une enquête qui permettrait de recueillir des données complètes sur la santé sexuelle des jeunes Canadiens, puis d'en faire un essai pilote et de la valider.

La première étape dans l'élaboration de cette enquête fut l'élaboration d'un cadre ou d'un modèle permettant d'identifier les indicateurs normalisés qui pourraient servir à évaluer la santé sexuelle des Canadiens. L'équipe de recherche a établi une liste des huit composantes principales de la santé sexuelle à inclure dans le cadre d'évaluation. Les composantes soulignaient les facteurs jugés nécessaires pour établir le point de départ d'un cadre et d'un outil d'enquête qui permettraient d'évaluer de façon complète la santé sexuelle des Canadiens. Une banque de mesures a été établie. Celle-ci comprenait les mesures disponibles de sondages ayant déjà servi pour évaluer divers aspects de la santé sexuelle, y compris quelques-unes qui avaient été identifiées parmi les huit composantes principales. La banque de mesures a servi à amorcer le processus visant à identifier les échelles et les éléments de l'enquête potentiels qui pourraient faire partie d'une ébauche de questionnaire servant à évaluer la santé sexuelle.

Des groupes de discussion avec des professionnels du domaine de la santé sexuelle ont eu lieu de juin à décembre 2007 pour obtenir des impressions sur le modèle des huit composantes provisoires. Un guide pour les groupes de discussion a été élaboré pour faciliter une approche uniforme chez les personnes qui menaient les séances. Au total, 13 groupes de discussions ont eu lieu avec 79 informateurs clés en Alberta, au Québec, en Ontario, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve. Les informateurs clés comptaient des représentants des secteurs de la santé publique et

de la sexologie clinique, du milieu universitaire, du domaine de l'éducation en matière de santé sexuelle et d'organismes communautaires. Les données recueillies lors de ces groupes de discussion ont montré la nécessité d'adopter une conceptualisation générale de la santé sexuelle dans l'élaboration de l'enquête pour faire en sorte qu'il soit possible de recueillir des données qui représentent à la fois les aspects positifs et les aspects négatifs de la sexualité.

Suivant l'achèvement de la banque de mesures et les groupes de discussion, l'équipe de recherche a décidé d'axer la portée de cette étape sur l'élaboration d'un cadre d'évaluation de la santé sexuelle des jeunes âgés de 16 à 24 ans. De nombreuses raisons ont motivé cette décision. Premièrement, il est devenu apparent que la majorité des mesures existantes de la santé sexuelle avaient déjà été validées et testées quant à leur fiabilité dans des échantillons d'adolescents et de jeunes adultes. Deuxièmement, les indicateurs de la santé sexuelle pertinents identifiés par l'équipe de recherche et les participants aux groupes de discussion étaient d'une portée très large, nombreux et non pertinents pour le cycle complet de la vie. Les chercheurs ont conclu que cette première étape du projet serait axée sur l'élaboration d'un cadre d'évaluation dont la spécificité serait adéquate s'il se limitait à l'évaluation de la santé sexuelle d'une étape du cycle de vie. La reconnaissance que l'adolescence et les premières années de l'âge adulte représentent des périodes clés en ce qui concerne le développement de la sexualité et la santé sexuelle a influé sur la décision de se concentrer d'abord sur le groupe d'âge comprenant les 16 à 24 ans.

L'équipe de recherche a d'abord décidé de situer le modèle et l'élaboration de l'enquête à l'intérieur de l'approche théorique de la théorie écologique des systèmes (Bronfenbrenner, 1979). Cependant, au fur et à mesure que le processus d'élaboration de l'enquête avançait, il est devenu apparent qu'il convenait mieux de conceptualiser le modèle et l'outil d'enquête à l'intérieur de la définition provisoire de la santé sexuelle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

« La santé sexuelle est un état de bien-être sur les plans physique, émotif, mental et social face à la sexualité.

Ce n'est pas simplement l'absence de maladie, de dysfonction ou d'invalidité. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires et qui sont exemptes de coercition, de discrimination et de violence. » (Organisation mondiale de la santé, 2002)

La reconnaissance des contextes plus vastes qui influencent la santé sexuelle exige la compréhension que la santé sexuelle constitue un aspect de l'état de santé global des individus et elle est étroitement liée à d'autres aspects, y compris la santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Le fait d'élargir la définition de la santé afin qu'elle comprenne la santé physique, mentale, émotionnelle, spirituelle et sexuelle des individus permet une approche à multiples facettes durant la vie des gens. Les questions de l'enquête ont été élaborées de manière à prendre en compte tous les éléments de la définition provisoire de l'OMS ainsi que le contenu des discussions avec les informateurs clés.

L'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle* a le potentiel de contribuer aux données existantes sur la santé sexuelle au Canada afin qu'elles reflètent mieux la nature multidimensionnelle de la santé sexuelle, telle qu'elle a été exprimée dans la définition provisoire de l'OMS. On espère que cette contribution influencera à son tour la façon dont les universitaires, les décideurs et les planificateurs de programmes conçoivent la santé sexuelle. Le tableau 1 ci-dessous résume les éléments de l'enquête qui représentent cette conceptualisation complète et multidimensionnelle de la santé sexuelle dans le cadre de l'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle*.

TABLEAU 1. Contenu de l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle

Contenu de l'enquête	Nombre d'éléments
BIEN-ÊTRE PHYSIQUE	
Renseignements généraux	3
Maladie, dysfonction, fonctionnement sexuel	6
Services de santé sexuelle : accès et utilisation	2
Comportements de protection et comportements à risque	8
BIEN-ÊTRE MENTAL	
Tentatives de suicide et idées suicidaires	2
BIEN-ÊTRE ÉMOTIONNEL	
Sexualité et acceptation de soi	3
BIEN-ÊTRE SUR LE PLAN SOCIAL	
Communication sexuelle	3
APPROCHES À LA SEXUALITÉ	
Renseignements généraux	3
Attitudes	19
Efficacité personnelle sexuelle	25
RELATIONS SEXUELLES	
EXPÉRIENCES SEXUELLES	
Satisfaction sexuelle et expériences agréables	2
Nature des expériences sexuelles	10
DISCRIMINATION, COERCITION ET VIOLENCE	
Coercition sexuelle : expériences	4
Violence sexuelle : expériences	4
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	
Statut socio-économique	6
Région et lieu de résidence	2
Religion et spiritualité	1
Race et ethnie	1
Pays de naissance	1
Principale langue parlée	1
Orientation sexuelle	3
Identité sexuelle	1
Âge	1

Le fait d'élargir la collecte de données sur la santé sexuelle afin qu'elle englobe les dimensions et les résultats positifs et négatifs de la sexualité a l'avantage de fournir un point de départ pour des politiques, des services et de la programmation qui permettraient d'aborder une gamme plus vaste de besoins et de préoccupations en matière de santé sexuelle. Une base de données complète qui comprend à la fois des dimensions et des

résultats positifs et négatifs peut contribuer à une conceptualisation de la santé sexuelle qui reconnaît les contextes plus larges pouvant influencer les comportements liés à la santé sexuelle, y compris les questions ayant trait à la force, la coercition, l'identité, l'efficacité personnelle, l'estime de soi, l'accès à l'éducation en matière de santé sexuelle, l'accès aux services de santé sexuelle et les attitudes envers la sexualité (Robinson, Bockting, Rosser, Miner et Coleman, 2002).

Objectifs de l'essai pilote

L'essai pilote dont il est question dans ce document visait notamment à :

- › établir la qualité des données recueillies à l'aide des questions de l'enquête, c'est-à-dire la validité et la fiabilité des données;
- › créer un outil d'enquête scientifiquement rigoureux servant à recueillir des données représentatives à l'échelle nationale sur la santé sexuelle des jeunes Canadiens âgés de 16 à 24 ans;
- › déterminer la faisabilité d'effectuer l'enquête à l'aide d'un programme d'auto-interview assistée par ordinateur (AIAO).

L'essai pilote vient corroborer l'utilité de *l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle* dans la collecte de données détaillées, à l'échelle nationale, sur la santé sexuelle des jeunes Canadiens. S'appuyant sur les résultats de cet essai pilote, l'Agence de la santé publique du Canada entamera une collaboration avec les provinces, les territoires et leurs partenaires afin d'utiliser cet outil d'enquête pour recueillir des données permettant de dresser un portrait de la santé sexuelle des jeunes Canadiens à partir duquel il serait possible d'élaborer des stratégies, des politiques et des programmes en matière de santé sexuelle. L'essai pilote de cet outil d'enquête pour les jeunes pose également les bases de travaux futurs qui permettraient de dresser un portrait de la santé sexuelle des Canadiens à toutes les étapes de la vie.

APERÇU MÉTHODOLOGIQUE

Suivant l'élaboration d'une ébauche de l'enquête fondée sur des entrevues et des discussions avec des spécialistes, l'équipe de recherche a utilisé la méthode en quatre étapes de Dillman (2007) pour effectuer l'essai pilote et valider l'enquête. Cette méthode comprend : 1) un examen de l'ébauche par des spécialistes; 2) des groupes de discussion avec la population cible afin d'assurer la compréhension et l'interprétation des questions de l'enquête; 3) un essai pilote auprès de la population cible; 4) une dernière révision et vérification de l'outil.

Au cours de la phase initiale de cette méthode, les questions de l'enquête ont été examinées par un spécialiste de la méthodologie ainsi que par trois spécialistes du contenu du domaine de la santé sexuelle qui possédaient également une expertise et une expérience préalable en sondages d'opinions. Des modifications ont été apportées aux questions de l'enquête en fonction de leurs réactions. Pendant la deuxième phase, un prétest a été effectué. L'enquête révisée a été donnée à des groupes de discussion composés de jeunes âgés de 16 à 24 ans afin d'assurer la compréhension des questions, la faisabilité du protocole de recherche et l'utilité du programme d'auto-interview assistée par ordinateur (AIAO). L'enquête a été révisée avant d'effectuer l'essai pilote de l'enquête auprès de jeunes du même groupe d'âge. Les données de cette troisième phase ont été analysées quant à leur validité et leur fiabilité. Lors de la dernière phase de la méthode Dillman, l'enquête a été révisée en fonction des résultats des données de l'essai pilote.

Utilisation des données de l'essai pilote

Les données de l'essai pilote visent à faciliter la validation des questions de *l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle*. Les analyses des données de l'essai pilote permettent d'interpréter la mesure dans laquelle les questions de l'enquête recueillent le genre de données qu'elles

sont censées recueillir et dans quelle mesure elles le font bien. En raison de la méthode d'échantillonnage non aléatoire et le nombre limité de provinces qui faisaient partie de cette étape de l'étude, les données de l'essai pilote de l'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle* ne conviennent pas pour l'interprétation de l'état actuel de la santé sexuelle des jeunes Canadiens ou les tendances qui s'y rattachent.

En plus de servir à valider les données de l'essai pilote de l'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle*, les résultats faciliteront à l'avenir la collecte de données représentatives à l'échelle nationale, permettant ainsi des interprétations fondées davantage sur les politiques. Par exemple, étant donné que de grands échantillons sont nécessaires dans le cas des phénomènes peu fréquents chez une population, ces données permettront de mieux évaluer la taille que devra avoir un échantillon représentatif à l'échelle nationale pour étudier les liens et les tendances liés à certains aspects de la santé sexuelle des jeunes Canadiens.

Pendant l'étape de la collecte de données, les assistants de recherche ont consigné quotidiennement dans un journal les principaux défis méthodologiques rencontrés. Ces données qualitatives complètent les résultats quantitatifs pour guider la collecte future de données représentatives à l'échelle nationale à l'aide de l'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle*.

Aperçu des méthodes d'enquête utilisées dans le cadre de l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle

Les participants ont été recrutés selon un plan d'échantillonnage dirigé et non aléatoire. L'échantillonnage était ciblé conformément aux lignes de diversité suivantes : âge, identité sexuelle, orientation sexuelle, race (ethnie), statut scolaire et statut de travail, taille du lieu de résidence. Dans les quatre sites, des organismes communautaires clés et

des lieux de rassemblement des jeunes ont servi au recrutement des participants afin de permettre une diversification de l'échantillon conformément à ces lignes dirigées.

L'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle* a été menée auprès des participants dans des endroits déterminés d'avance, y compris des universités, des organismes communautaires, des centres commerciaux, des bibliothèques et les locaux de cliniques de santé. Le questionnaire a été auto-administré par les participants à l'aide d'un programme AIAO. Tous les questionnaires ont été complétés volontairement selon les normes décrites dans l'*Énoncé de politique des trois conseils* (Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 2005). Les protocoles de recherche ont été révisés et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche (CER) de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada, l'Université de l'Alberta, l'Université du Québec à Montréal, l'Université de Dalhousie et Options for Sexual Health (Colombie-Britannique). Cet examen déontologique pluri-institutionnel garantit que le protocole de recherche permettrait de protéger les participants et leur offrirait du soutien suivant l'enquête, s'ils en éprouvaient le besoin.

Les taux de réponse ne pouvaient pas être calculés en raison du plan d'échantillonnage; cependant, les 1 185 réponses ont fourni un échantillon suffisamment grand pour effectuer des analyses détaillées de la qualité des données. Des analyses ont été menées afin d'évaluer la validité de contenu (les données mesurent-elles ce qu'elles sont censées mesurer), la fiabilité inter-items de l'échelle (dans quelle mesure chaque item mesure un concept), la validité de critères (dans quelle mesure les données s'apparentent-elles à d'autres données de référence comparables), la validité de construit (la mesure dans laquelle les éléments de données

qui devraient être en corrélation le sont) et enfin, la fiabilité test-retest (la mesure dans laquelle des données semblables recueillies à divers moments de l'enquête sont corrélées). Des analyses des valeurs manquantes ont été menées afin d'évaluer la qualité des données pour chaque question de l'enquête ainsi que pour découvrir quelles étaient les questions problématiques.

ORGANISATION DU RAPPORT

La section II présente des détails portant sur le plan méthodologique de cette étude, y compris le plan d'échantillonnage, l'essai de l'enquête auprès de groupes cibles, le recrutement des participants et la collecte de données de l'essai pilote. Cette section comprend une description du programme AIAO utilisé pour administrer le questionnaire aux participants et une description des procédures analytiques employées pour valider l'enquête.

Les résultats sont présentés dans la section III en commençant par ceux de l'essai de l'enquête auprès des groupes cibles. Les résultats des analyses quantitatives des données de l'essai pilote commencent par une description de l'échantillon

et une discussion sur les valeurs manquantes, suivies par un examen des résultats des statistiques univariées descriptives. Les résultats des différentes techniques servant à déterminer la validité et la fiabilité des données constituent la dernière partie de cette section. Les résultats de chaque analyse quantitative sont accompagnés d'un tableau détaillé.

Toutes les fois que cela a été possible, les résultats des analyses qualitatives des journaux des assistants de recherche ont été utilisés pour compléter les analyses statistiques des données de l'essai pilote. Une discussion des autres thèmes découlant des analyses des données qualitatives conclut la section III.

La section IV conclut le rapport avec une synthèse des résultats présentés dans la section précédente et une discussion des implications des résultats, notamment par rapport à la validité et la fiabilité de *l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle*. Les recommandations visant à améliorer la qualité des données obtenues à l'aide de l'enquête sont également abordées.

II. MÉTHODOLOGIE

INTRODUCTION

Cette section du rapport présente les détails méthodologiques se rapportant à l'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle*, notamment sur l'essai du questionnaire de l'enquête auprès de groupes cibles, le protocole lié à l'échantillonnage et à la collecte de données et enfin, l'analyse des données.

ESSAI AUPRÈS DE GROUPES CIBLES

Avant d'effectuer la collecte des données de l'essai pilote, des essais auprès de groupes cibles ont été menés afin d'améliorer le questionnaire, évaluer la faisabilité des protocoles de recherche, évaluer l'utilité du programme AIAO et déterminer la qualité des données. En particulier, l'objet des groupes de discussion était de s'assurer que la formulation des questions était appropriée et compréhensible pour la population cible, que le questionnaire était conçu dans une suite logique et que le programme d'auto-interview assistée par ordinateur était convivial.

L'échantillon de l'essai auprès de groupes cibles était un échantillon de convenance choisi à dessein. Les chercheurs ont pris contact avec des organismes communautaires de la région qui servaient diverses populations de jeunes selon les critères suivants : âge, sexe, statut socio-économique et identité ethnique (raciale) ou qui servaient des populations particulières et difficiles à rejoindre comme les minorités sexuelles, les transgenres et les jeunes qui ne fréquentent pas l'école. L'échantillon final était composé de participants volontaires, des clients de ces organismes. Le but était de maximiser la diversité de l'échantillon de l'essai auprès de groupes cibles pour s'assurer que le questionnaire était compréhensible pour le plus grand nombre de jeunes.

En février 2010, l'enquête a fait l'objet d'un essai auprès de six groupes cibles formés de 4 à 7 participants du même sexe, donnant au total un échantillon de 32 jeunes âgés entre 16 et

24 ans. Les six groupes de discussion étaient partagés de façon égale entre le Québec et la Colombie-Britannique. Dans chaque province, un des groupes de discussion a été mené auprès de participants du même sexe qui faisaient tous partie d'une minorité sexuelle. Lors d'études antérieures utilisant des groupes de discussion pour étudier la sexualité chez les jeunes, les participants ont admis qu'ils se sentaient gênés en présence des autres membres du groupe (Wight, 1994). Afin de limiter ces sentiments, on suggère, dans la littérature, d'avoir recours à des groupes de taille moyenne et du même sexe (Charlesworth et Rodwell, 1997; Vaughn, Schumm et Sinagub, 1996). Les groupes de discussion ont été menés en anglais en Colombie-Britannique et en français au Québec. Tous les participants ont reçu 25,00 \$ pour leur participation aux discussions, qui ont duré entre 45 et 90 minutes, calculé selon le salaire minimum dans les provinces participant à l'enquête et le temps moyen estimé pour remplir le questionnaire et les discussions.

Au cours de l'essai de l'enquête auprès de groupes cibles, les procédures destinées à l'enquête pilote complète ont été utilisées. En arrivant, les participants aux groupes de discussion ont été accueillis par les assistants de recherche, qui leur ont expliqué le processus de consentement. Un document avait été préparé à l'avance pour chaque participant. Il comprenait une lettre d'information et un formulaire de consentement (voir l'Annexe A). Les assistants de recherche ont demandé aux participants de lire le formulaire de consentement, ils ont révisé le contenu du formulaire avec eux puis, ils ont assisté à la signature du formulaire.

Suivant l'obtention du consentement, les participants ont été emmenés dans une pièce où on avait installé des ordinateurs. Pour chaque participant, on a ouvert une session de l'auto-interview à l'aide d'un nom d'utilisateur et un mot de passe uniques et on leur a expliqué le

fonctionnement du système. Les participants ont pris entre 20 et 60 minutes pour remplir le questionnaire.

Lorsque les participants ont terminé de remplir le questionnaire, ils ont été emmenés dans une pièce pour participer aux groupes de discussion. Pour chacun des groupes de discussion, un modérateur animait la discussion alors qu'un autre notait ses observations pour compléter l'enregistrement audio de la séance. Les modérateurs ont été choisis en fonction de leur expérience à faire passer des entretiens aux jeunes et leurs connaissances dans le domaine de la santé sexuelle. Quelques-uns des modérateurs étaient des étudiants universitaires ou des associés de recherche dans un milieu universitaire et d'autres travaillaient pour des organismes communautaires au service des jeunes. Afin d'assurer la cohérence des sujets abordés dans les groupes de discussion, les modérateurs ont tous reçu un guide de discussion comprenant des pistes de discussion, des renseignements sur le rôle des modérateurs et l'importance de fixer des règles de base, comment créer un environnement sécuritaire pour que les participants puissent participer à la discussion et comment être respectueux et ne pas porter jugement (voir l'Annexe B). Les guides de discussion reflétaient l'objectif des groupes de discussion, c'est-à-dire de déterminer si le questionnaire était compréhensible et si le programme d'administration du questionnaire était convivial. On a demandé aux participants de réfléchir au contenu du questionnaire et à l'expérience de remplir le questionnaire à l'aide d'un système informatique. Le guide a été conçu de manière à suggérer des pistes de discussion plutôt que d'être utilisé comme une structure rigide pour les discussions. Les modérateurs ont également reçu un manuel décrivant le contexte et l'objet de l'enquête, le rôle de l'assistant de recherche, les protocoles entourant l'obtention du consentement et l'administration du questionnaire, ainsi que les protocoles ayant trait aux participants en détresse. À la fin des discussions, les participants ont reçu

25,00 \$ en guise de compensation et une liste de ressources communautaires qu'ils pourraient consulter si jamais le contenu du questionnaire les avait affligés ou s'ils avaient besoin de plus amples renseignements.

Des enregistrements sonores des discussions avec les participants ont été examinés par les équipes de recherche de la Colombie-Britannique et du Québec. Des observations quantifiables des groupes de discussion ont également été analysées pour les taux de réponse et les valeurs manquantes des questions individuelles. Les recommandations se rapportant aux items et aux sections spécifiques du questionnaire ont été révisées par toute l'équipe de recherche, puis des révisions ont été faites pour créer la version du questionnaire utilisée pour recueillir les données de l'essai pilote. Les révisions sont décrites en plus grand détail dans la section III et comprennent la reformulation des questions et des catégories de réponses, la suppression et l'ajout de questions et le remaniement des sections du questionnaire. Des modifications ont également été apportées à la fonctionnalité du logiciel d'auto-interview assistée par ordinateur en tenant compte des groupes de discussion. La version finale du questionnaire et du programme d'auto-interview assistée par ordinateur ont été traduits de l'anglais au français par le Bureau de la traduction du gouvernement du Canada.

ÉCHANTILLONNAGE DE L'ENQUÊTE PILOTE

Dans le cadre de l'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle*, des données ont été recueillies du mois d'avril au mois de juin 2010 auprès de jeunes âgés de 16 à 24 ans qui vivaient au Canada à ce moment-là. L'enquête a permis de recueillir des données démographiques de base ainsi que des renseignements sur l'accès à l'éducation en matière de santé sexuelle et l'offre de celle-ci; l'accès aux services de santé sexuelle et l'utilisation de ceux-ci; la grossesse et l'issue de la grossesse; le dépistage et le traitement des infections transmissibles sexuellement; l'orientation

sexuelle; la satisfaction sexuelle; les attitudes envers la sexualité; le fonctionnement sexuel; les expériences liées aux relations; les expériences de coercition sexuelle et de violence sexuelle et les comportements sexuels.

Population cible

Pour l'étape de l'essai pilote de l'enquête, la population cible se composait de jeunes âgés de 16 à 24 ans inclus, qui ont visité au moins un des organismes communautaires, institutions ou espaces publics ciblés de la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Québec ou la Nouvelle-Écosse (voir l'Annexe C pour la liste complète des lieux de recrutement).

Plan d'échantillonnage

L'échantillon de cette étude pilote était un échantillon de convenance choisi à dessein, dans lequel on tenta de maximiser la diversité des participants quant à l'âge, l'identité sexuelle, l'orientation sexuelle, la race (ethnie), le statut scolaire et le statut de travail et enfin, la taille du lieu de résidence. Dans chaque province, des organismes communautaires clés et des endroits où les jeunes se rassemblent ont servi au recrutement des participants afin de permettre une diversification de l'échantillon conformément à une (ou plus d'une) de ces lignes dirigées. Les participants étaient des volontaires autosélectionnés. En reconnaissance du temps donné pour participer à l'enquête, les participants ont été rémunérés 15,00 \$, calculé de la même façon que la compensation des participants aux groupes de discussion.

Les participants ont été recrutés dans les endroits suivants : centres jeunesse, centres de santé, campus universitaires, collèges, cégeps (uniquement au Québec), centres de counselling, centres d'emploi, centres de soutien aux minorités sexuelles et centres commerciaux. Chaque site a été contacté par un membre de l'équipe de recherche pour faire connaître le projet et notre intérêt à recruter des participants à partir de leur établissement.

On demanda à un cadre de chaque établissement de donner son consentement signé et d'autoriser l'équipe de projet à entreprendre diverses stratégies de recrutement sur les lieux.

Afin de mener diverses analyses de sous-groupes avec une précision raisonnable, un total de 1 200 répondants (300 par province) serait nécessaire. Pour tenir compte des considérations ci-dessus et joindre les participants d'âge scolaire avant le début des vacances d'été, la collecte de données a commencé au début d'avril 2010 et s'est poursuivie jusqu'à la fin de juin 2010. Un total de 1 300³ participants a été recruté.

Techniques de recrutement

Les participants ont été recrutés à partir des organisations de manière directe et indirecte. Les techniques de recrutement indirectes comprenaient des affiches de recrutement (voir l'Annexe D), des annonces publicitaires sur les sites Web des organisations, des invitations virtuelles (publipostage) et par le bouche à oreille (échantillonnage en boule de neige).

Les techniques de recrutement directes comprenaient le recrutement en personne des participants par les assistants de recherche qui se trouvaient sur les lieux de l'organisation à des heures précises. Lors du recrutement direct des participants, les assistants de recherche se présentaient comme une personne travaillant sur un projet de recherche mené par l'Agence de la santé publique du Canada, l'Université de l'Alberta, l'Université du Québec à Montréal, l'Université de Dalhousie et Options for Sexual Health en Colombie-Britannique. Les assistants de recherche ont indiqué aux participants quel était l'objet de l'enquête et ce à quoi serviraient les données.

³ Étant donné que la taille de l'échantillon prévue était de 1 200, davantage de participants ont été recruté pour l'enquête afin de compenser pour les données incomplètes de certains participants.

Ensuite les assistants de recherche ont dit aux participants que s'ils étaient âgés entre 16 et 24 ans, qu'ils pourraient participer à un questionnaire confidentiel qui leur prendrait environ 45 minutes. On a également donné aux participants un aperçu du contenu couvert dans le questionnaire et on leur a dit qu'ils seraient rémunérés 15,00 \$ en argent comptant en guise de compensation pour avoir donné de leur temps. Les participants intéressés ont soit eu l'occasion de participer à l'enquête sur-le-champ, soit on leur a donné des renseignements sur les dates, les heures et les endroits où ils pourraient participer ultérieurement.

ADMINISTRATION DU QUESTIONNAIRE ET COLLECTE DE DONNÉES

Effectifs et formation

Des assistants de recherche formés étaient responsables de l'administration de l'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle*. La formation liée à l'administration du questionnaire a été conçue par l'équipe de recherche et consistait en un manuel de formation, une séance de formation par webinaire sur le programme d'auto-interview assistée par ordinateur et un atelier de formation pour les assistants de recherche à chacun des sites des provinces. Une attention particulière a été accordée, dans le manuel et lors des séances de formation, au processus de consentement, au protocole entourant l'administration du questionnaire, au suivi auprès des participants quant au contenu du questionnaire qui pourrait les rendre mal à l'aise et enfin, comment répondre aux questions liées au questionnaire. Les assistants de recherche ont reçu du matériel de formation en anglais et en français. Vingt assistants de recherche ont complété la formation sur l'administration et la collecte de données de l'enquête pilote.

Protocole de collecte de données

Les assistants de recherche ont travaillé au recrutement des participants et à la collecte de données d'avril à juin 2010. La collecte de données a eu lieu en semaine et pendant les week-ends, habituellement entre 9 h et 21 h (heure locale).

Les questionnaires ont été administrés dans des endroits déterminés d'avance, y compris des centres jeunesse, des centres de santé, des campus universitaires, des campus collégiaux, des cégeps (uniquement au Québec), des centres de counselling, des centres d'emploi, des centres de soutien aux minorités sexuelles et des centres commerciaux (voir l'Annexe E pour la liste complète des lieux d'administration du questionnaire).

L'assistant de recherche a accueilli les participants et leur a remis un document comprenant une lettre d'information et un formulaire de consentement (voir l'Annexe F). Les participants ont eu la chance de lire la documentation puis, l'assistant de recherche a révisé son contenu avec chacun d'eux pour s'assurer qu'ils comprennent bien que leur participation était volontaire, qu'ils pouvaient mettre fin à leur participation à tout moment et que leurs réponses seraient anonymes puisque aucun code d'identification ne serait utilisé. L'assistant de recherche a averti chaque participant que le questionnaire comprenait des questions sur des sujets délicats qui pouvaient provoquer des sentiments ou des souvenirs pénibles. Avant de signer le formulaire de consentement, les participants ont eu l'occasion de poser des questions au sujet de l'enquête et de leurs droits. Les formulaires de consentement signés ont été placés dans un porte-documents fermé à clé et on a recommandé aux participants de conserver la lettre d'information.

Les participants ayant consenti à prendre part à l'enquête ont été emmenés à un terminal d'ordinateur ou à un ordinateur portatif à partir duquel ils pouvaient accéder au site Web de l'administration du questionnaire pour ouvrir une session à l'aide du mot de passe. Les assistants de recherche ont expliqué le fonctionnement du programme AIAO aux participants et ont ouvert une session pour chaque participant à l'aide d'un nom d'utilisateur et un mot de passe uniques. Les noms d'utilisateur et les mots de passe ont été attribués au hasard et ne permettaient pas d'identifier les participants.

Les participants ont rempli le questionnaire de l'enquête seuls, d'un coup. Lorsque les participants ont terminé de remplir le questionnaire, l'assistant de recherche les remercia de leur participation et mentionna que certaines questions pouvaient provoquer des sentiments ou des souvenirs pénibles pour le participant. Pour cette raison, les assistants de recherche ont offert aux participants la liste des ressources communautaires de leur région et les ont encouragés à se servir de ces ressources s'ils ressentaient le besoin de parler à quelqu'un à propos de leurs sentiments ou leurs souvenirs ou s'ils désiraient obtenir de l'information sur la santé sexuelle. Ensuite les participants ont reçu la rémunération de 15,00 \$ pour leur participation.

Programme d'auto-interview assistée par ordinateur (AIAO)

Tous les questionnaires ont été auto-administrés par les participants à l'aide d'un programme AIAO. Ce programme a été conçu par The Learning Bar et est fondé sur un système semblable conçu dans le cadre d'un projet avec l'Université du Nouveau-Brunswick intitulé « *Tell Them From Me* » (TTFM). Le système TTFM a été conçu tout spécialement et testé auprès de plus de 100 000 jeunes d'âge scolaire. Le programme, aux couleurs vives, est doté d'icônes qui sont bien visibles et d'images adaptées aux jeunes. Il peut traiter plus de 100 langues différentes ainsi que divers formats de questions d'enquête y compris des questions matricielles, des échelles de Likert et des questions à réponses multiples. Une flèche clairement indiquée permet aux participants de sauter les questions auxquelles ils choisissent de ne pas répondre.

Le système de l'enquête était hébergé sur un site Web sécurisé. Pour chaque participant on a ouvert une session dans le système à l'aide d'un nom d'utilisateur et un mot de passe uniques qui leur ont été attribués au hasard. Le système ne recueillait aucune information permettant d'identifier les participants. Ce système de connexion garantissait

l'anonymat des participants et s'assura que chaque personne participait à l'enquête une seule fois. Chaque combinaison du nom d'utilisateur et du mot de passe était valide une seule fois. D'autre part, elle était uniquement valide pour une période de temps précisée, soit 24 heures. Afin de contrôler la direction et le déroulement de l'enquête et pour empêcher les participants de naviguer dedans à leur guise, le système empêchait les participants de reculer ou de recharger des pages de l'enquête.

Dans le but de s'assurer que seuls des individus âgés de 16 à 24 ans participaient à l'enquête, le programme utilisait l'année et le mois de naissance des participants comme indicateur. Le programme mettait fin à la participation de l'individu à l'enquête si celui-ci se trouvait en dehors de cette tranche d'âge.

Lorsque les participants eurent fini de remplir le questionnaire, les données ont été acheminées, grâce à la technologie des serveurs sécurisés, à un serveur privé à Toronto en Ontario. Cette technologie est semblable à celle utilisée par les banques et les établissements de crédit. Les informations du terminal d'ordinateur des participants sont encodées afin de les rendre incompréhensibles pour quiconque les intercepterait pendant l'acheminement au serveur.

Afin de mesurer le progrès réalisé dans l'atteinte des buts établis liés à l'échantillonnage par choix raisonné, une fonction d'établissement de rapports et de suivi a été incorporée dans le système de l'enquête. Une série de rapports a été générée toutes les deux semaines et chaque mois pendant la collecte de données. Les rapports fournissaient de l'information sur les taux de réponse ainsi que des statistiques sommaires sur quelques caractéristiques démographiques des répondants. Les rapports compilaient les données de tous les questionnaires chargés en temps réel. Des changements ont été apportés aux genres de lieux de recrutement en fonction de ces rapports pour s'assurer que les objectifs liés aux échantillons des sous-groupes étaient atteints.

ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Approbation des comités d'éthique de la recherche

Cette étude était conforme aux lignes directrices déontologiques, visant à protéger les participants de l'enquête et à guider les chercheurs, décrites dans *l'Énoncé de politique des trois conseils* (Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 2005). Lorsqu'une équipe de recherche mène une étude à l'intérieur d'institutions multiples ou dans plusieurs provinces, le modèle actuel en matière d'éthique au Canada exige un examen déontologique prospectif par chaque CER institutionnel au niveau local (Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 2005; Gold et Dewa, 2005).

On a demandé une approbation déontologique pour ce projet séparément à chacun des CER à l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi qu'à chacune des quatre institutions concernées (Université de l'Alberta, l'Université du Québec à Montréal, l'Université de Dalhousie et Options for Sexual Health). La procédure exigeait de demander d'abord l'approbation simultanée aux CER à l'Agence de la santé publique du Canada, l'organisme de financement national, et de l'Université de l'Alberta, avec laquelle la chercheuse principale est associée. L'approbation des trois autres CER a été demandée une fois que l'approbation des deux premières demandes a été accordée.

Bien que chaque CER ait exigé qu'on remplisse un formulaire de demande propre à son comité, l'information essentielle demandée était systématiquement conforme. Les renseignements inclus dans chaque demande :

- › l'historique et la raison d'être du projet

- › le protocole du projet (ceux qui y participent, ce qui est étudié, ceux qu'on étudie, comment on étudie ce qui est étudié)
- › les inconvénients ou risques éventuels pour les participants à l'enquête par suite du protocole
- › les mesures prises pour minimiser les inconvénients éventuels aux participants
- › les mesures prises pour informer les participants de la nature de l'étude et de leurs droits
- › les avantages éventuels pour les individus qui participent à l'enquête

Chaque CER a également reçu une copie de toute la documentation utilisée dans le cadre de l'étude, y compris les affiches de recrutement, les formulaires de consentement et les lettres d'information pour les participants, les listes de ressources, le Manuel de formation des assistants de recherche, le guide de discussion et le questionnaire.

Considérations éthiques clés

De nombreuses considérations éthiques significatives cadraient cette recherche en raison de la nature délicate de la matière, la technologie informatique utilisée et la vulnérabilité de la population étudiée.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET CONSENSUELLE

Étant donné que la population cible de cette enquête était les jeunes, dont certains qui n'avaient pas encore atteint la majorité ou qui pouvaient régulièrement subir l'exploitation par des adultes, il était important que le protocole de recherche n'exploite pas (ou ne contraigne) les participants de quelque manière que ce soit. Les lieux d'administration du questionnaire ont été choisis de manière à éviter les endroits où les participants étaient moins en mesure de consentir volontairement (p. ex. salles de classe, centres de détention) afin d'éviter la possibilité de coercition. De même, les assistants de recherche qui administraient les questionnaires étaient des individus qui n'étaient pas considérés comme étant en situation d'autorité (p. ex. enseignants).

Le protocole entourant l'administration du questionnaire comprenait un processus de consentement détaillé pour garantir que les participants étaient informés de leurs droits et des inconvénients éventuels et qu'ils avaient plusieurs occasions de refuser de participer à l'enquête en fonction de cette information. Les participants ont reçu une lettre d'information décrivant ce qu'on attendait d'eux en tant que participants, leurs droits, les avantages liés à l'enquête et les inconvénients éventuels qu'ils pouvaient connaître à la suite de leur participation. Ils ont eu deux occasions de refuser de participer à l'enquête après avoir reçu ces informations. Une occasion a été offerte en présence de l'assistant de recherche au moment de signer le formulaire de consentement. L'autre a été offerte aux participants en privé, lorsqu'ils ont ouvert une session dans le programme d'auto-interview assistée par ordinateur. Cette deuxième occasion servait à garantir que ceux qui se sentaient mal à l'aise de refuser de participer à l'enquête devant l'assistant de recherche avaient l'occasion de le faire en privé.

EMPÊCHER LES TROMPERIES

Les cinq CER institutionnels ont accordé une approbation pour qu'on étudie, dans le cadre de ce projet, des participants aussi jeunes que 16 ans sans le consentement de leurs parents. Donc, il était particulièrement important d'identifier toute personne âgée de moins de 16 ans et de lui refuser la participation à l'enquête. Après avoir consenti, dans le programme d'auto-interview assistée par ordinateur, à participer à l'enquête, les participants devaient fournir l'année et le mois de leur naissance. Selon ces renseignements, le programme refusait automatiquement la participation à toute personne se trouvant en dehors de la tranche d'âge cible (16 à 24 ans). Le programme a refusé la participation à 26 personnes en raison de leur âge. De ceux-ci, 11 personnes avaient moins de 16 ans et 15 personnes avaient plus de 24 ans.

Le programme d'auto-interview assistée par ordinateur a été créé avec un nom d'utilisateur et un mot de passe d'ouverture de session obligatoires pour la participation. Les assistants de recherche

ont sécurisé ces noms d'utilisateur et ces mots de passe et ont uniquement ouvert une session pour les participants qui avaient consenti à participer. Les participants devaient remplir le questionnaire dans un endroit central et ne pouvaient pas partir avec les noms d'utilisateur et les mots de passe car dans ce cas, il y aurait eu la possibilité de les partager avec des amis, la famille ou des collègues qui se trouvaient en dehors de la tranche d'âge cible.

VENTILATION DES PARTICIPANTS

Le questionnaire comprenait des questions délicates qui pouvaient provoquer des sentiments ou des souvenirs pénibles pour les participants par rapport à la violence sexuelle, la coercition sexuelle, le suicide et l'intimidation. Peu importe l'origine de la détresse, il était important de s'assurer que chaque participant avait la chance de parler à l'assistant de recherche tout de suite après avoir rempli le questionnaire. On rappela à chaque participant l'existence des ressources communautaires pouvant leur venir en aide si jamais ils se sentaient en détresse ou désiraient obtenir de plus amples renseignements. Les participants ont reçu une liste de ces ressources et leurs coordonnées.

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DES PARTICIPANTS

La collecte de données à l'aide d'un programme d'auto-interview assistée par ordinateur exigeait une attention particulière pour une série de questions précises liées à la sécurité des données. Avec ce programme en particulier, qui était hébergé sur un site Web sécurisé et qui transmettait les données au moyen d'Internet, il y avait une mince mais réelle possibilité que les données soient interceptées par un tiers. Afin de réduire les risques, les données ont été chiffrées (encodées) de manière à ce qu'elles soient dénuées de sens si jamais quelqu'un les interceptait alors qu'elles étaient chargées du terminal d'ordinateur du participant au serveur privé et sécurisé qui hébergeait les données.

Le protocole de recherche exigeait également des participants qu'ils complètent les questions du questionnaire dans un ordre préétabli et dans un délai fixé. En outre, les combinaisons d'ouverture de

session expiraient après 24 heures. Les participants étaient incapables de naviguer à leur guise dans l'enquête à l'aide des boutons « Précédent » ou « Actualiser » du navigateur Internet. Ces mesures de protection garantissaient qu'une fois qu'un individu mettait fin à sa participation à l'enquête, un tiers serait incapable d'ouvrir une session en utilisant les mêmes informations de connexion et de naviguer dans le questionnaire d'un participant pour voir ses réponses.

Changement méthodologique clé

Pendant l'étape de l'administration du questionnaire, les assistants de recherche ont consigné des notes (commentaires et réflexions) dans un journal pour indiquer les questions d'éthique et les problèmes méthodologiques significatifs rencontrés. Ces notes ont été utilisées pour tenir compte des moments importants sur le plan éthique qui sont survenus au cours de la recherche et qui exigeraient une révision du protocole de recherche.

Un de ces moments importants sur le plan éthique a eu lieu à l'étape de l'essai pilote du projet et exigea une modification à la méthodologie de l'administration du questionnaire. Vers la fin du premier mois de la collecte de données, un assistant de recherche administrait le questionnaire dans un centre de services communautaires destinés aux jeunes. Lors du processus de consentement, deux jeunes ont dévoilé à l'assistant de recherche qu'ils avaient de la difficulté à lire et lui ont dit qu'ils voulaient de l'aide pour remplir le questionnaire. Qu'un individu soit présent et capable de voir les réponses d'un participant pendant qu'il remplissait le questionnaire ne faisait pas partie du protocole de recherche initial en raison du caractère délicat de la matière, la nécessité d'offrir aux participants l'intimité et la confidentialité et aussi pour éviter la possibilité qu'on influence les réponses du participant. Un des deux participants était

particulièrement catégorique, il désirait l'assistance d'une personne qu'il choisirait lui-même pour lire et ne voulait pas se voir refuser la participation à l'enquête en raison de son incapacité.

Ce cas a mené à une révision du protocole qui a été approuvée par les CER et qui a pris effet durant les deux dernières semaines de la collecte de données. Le protocole de recherche révisé visait à mieux accommoder les individus qui s'identifiaient comme ayant une incapacité faisant en sorte qu'ils éprouvaient de la difficulté à lire sans aide. Suivant la révision du protocole, les assistants de recherche ont demandé à chaque participant, pendant le processus de consentement, s'ils pouvaient lire seuls ou s'ils avaient une incapacité qui les empêchait de le faire. Les assistants de recherche ont avisé les participants ayant indiqué qu'ils ne pouvaient pas lire ou qu'ils avaient une incapacité qui les empêchait de lire qu'ils pourraient avoir l'aide d'un assistant (un « scribe ») qui leur lirait les questions et les choix de réponse à voix haute. On demanda aux participants de nommer un scribe, une personne avec qui ils pourraient partager leurs réponses sans que cela les rende mal à l'aise. Pendant le processus de consentement, on a demandé au scribe désigné de signer une entente de confidentialité pour montrer qu'il était d'accord pour garder confidentiel toutes les informations divulguées par le participant. Les individus qui avaient besoin de l'aide d'un scribe ont rempli le questionnaire dans une pièce où il n'y avait qu'eux et le scribe. Un nom d'utilisateur et un mot de passe uniques ont été attribués aux participants qui ont eu recours à un scribe afin de permettre une analyse séparée de ces données. Cependant, à la suite de l'approbation tardive de cette méthodologie révisée par les CER, il y a eu un seul participant s'identifiant comme ayant besoin l'aide d'un scribe avant la fin de la collecte de données.

ANALYSE DES DONNÉES

Préparation des données

Les données d'enquête recueillies ont été encodées et stockées dans le format de fichier SPSS 16.0 pour Windows (SPSS, 2008). Toutes les analyses des données ont été menées à l'aide de ce logiciel de statistique.

Les données ont d'abord été nettoyées et préparées pour l'analyse. Des statistiques descriptives (p. ex. distributions de fréquences, tableaux croisés, graphiques) ont été exécutées pour toutes les variables afin de trier les données et repérer les anomalies et pour évaluer les proportions de non réponse et l'importance du biais de non-réponse. Des statistiques descriptives ont également été exécutées pour toutes les variables afin de les trier et repérer les cas de violation des hypothèses de normalité et pour garantir une hétérogénéité suffisante dans les réponses.

Le programme d'auto-interview assistée par ordinateur comprenait de nombreuses instructions « passez à » afin de minimiser la proportion de non réponse aux questions. Les données manquantes pour chacune des questions de l'enquête ont été analysées pour mesurer la magnitude et les modèles non aléatoires. La précision des instructions « passez à » a également été évaluée en s'assurant que qui devaient « passez à », n'avaient pas de réponses aux questions subséquentes affectées par les instructions « passez à ». Lorsque cela a été nécessaire, les données ont été nettoyées afin de maintenir l'intégrité des instructions « passez à ».

Enfin, pour de nombreux items du questionnaire, les répondants pouvaient choisir une réponse « autre ». Les données qualitatives de ces réponses ont servi au codage quantitatif des réponses aux catégories préexistantes semblables. Là où les réponses ne s'alignaient pas sur les catégories préexistantes, les données sont restées encodées comme une catégorie « autre ».

Analyse des données

La validation de l'enquête a été menée en sept grandes étapes : 1) statistique descriptive (distributions de fréquences, moyenne, médiane, écart-type, distribution graphique); 2) analyse factorielle multitraite pour évaluer la convergence et la discrimination des items en échelles distinctes; 3) analyses factorielles exploratoires et confirmatoires; 4) analyses de la fiabilité inter-items de l'échelle; 5) corrélations entre deux variables, tests du chi carré et tests t pour échantillons indépendants pour évaluer les liens entre les concepts théoriques; 6) analyse de la fiabilité test-retest des items se trouvant à différents endroits dans le questionnaire; 7) analyses du coefficient d'objectivité des données d'enquêtes des questionnaires anglais et français. Chacune des six premières étapes a d'abord été menée pour l'échantillon complet. Les analyses ont ensuite été réexécutées trois fois pour comparer les sous-groupes de l'échantillon par : a) sexe (homme, femme) b) âge (16 à 18 ans, 19 à 24 ans) et c) taille du lieu de résidence (région rurale ou urbaine).

Les quatre premières étapes des analyses ont servi à évaluer la validité de contenu des données d'enquête. La validité de contenu fait référence à la mesure dans laquelle les données mesurent ce qu'elles sont censées mesurer. Lors de la première étape, les distributions de fréquences de chaque variable, ainsi que la statistique descriptive, ont été examinées la distribution des réponses pour les items individuels, y compris les proportions de répondants qui n'ont pas répondu à des questions précises de l'enquête. Une attention particulière a été accordée aux items où il y avait une distribution très faible parmi les catégories de réponses ou là où il y avait de fortes proportions de valeurs manquantes.

Au cours de la deuxième étape, une analyse factorielle multitraite a été exécutée pour tous les items de l'enquête qui pouvaient contribuer à une échelle. Le tableau 2 présente ces items selon la

construction théorique qu'ils devaient mesurer. Cette technique regroupe les éléments qui mesurent un concept sous-jacent similaire et quantifie le degré auquel chaque item mesure le concept. On s'attend à ce que les items qui, théoriquement, mesurent le même concept seront regroupés ensemble et qu'ils se distingueront clairement des items qui mesurent d'autres concepts. Seuls les facteurs ayant des valeurs propres supérieures ou égales à 1,0 ont été examinés. Tant les critères de convergence⁴ que les critères de discrimination des items⁵ ont servi à déterminer quel construit chaque item représente et dans quelle mesure l'item représente ce construit.

Au cours de la troisième étape, les données ont servi à des analyses factorielles exploratoires pour chacun des principaux construits ressortant de l'analyse multitraite pour déterminer s'il y avait des sous-facteurs. À l'aide de cette technique, tous les items qui représentent un construit sont entrés dans les analyses afin de déterminer s'il y a des sous-facteurs représentés par quelques-uns des items. Des analyses factorielles ont été menées pour tous les items représentant des (sous-) facteurs individuels afin de confirmer l'ajustement du modèle. La règle de Kaiser a servi pour déterminer le nombre approprié de facteurs à extraire, de sorte que seuls les facteurs ayant des valeurs propres supérieures ou égales à 1,0 ont été extraits. Les alphas de Cronbach ont été calculés pour les scores des items retenus pour chaque (sous-) facteur lors de la quatrième étape des analyses. Un indice d'alpha minimum de 0,7 a été utilisé pour déterminer la consistance interne de chaque échelle. Des échelles ont été créées là où ces critères minimum ont été satisfaits.

La contribution relative de chaque item à l'échelle a été justifiée en pondérant chaque item par son score des facteurs en créant l'échelle sommative.

La cinquième étape de l'analyse avait pour but d'évaluer la validité de construit des données d'enquête. La validité de construit fait référence à la mesure dans laquelle les données qui devraient être corrélées le sont véritablement. Des techniques liées à la corrélation entre deux variables, aux tests du chi carré et aux tests t pour échantillons indépendants ont été utilisées pour évaluer la validité des construits.

Au cours de la sixième étape, des corrélations entre deux variables et des tests du chi carré ont été utilisés pour évaluer la fiabilité test-retest des items présentés à différents endroits dans l'enquête. Les réponses aux mêmes questions ne devraient pas changer d'un bout à l'autre du questionnaire. Des corrélations plus grandes entre ces items signifient donc une fiabilité accrue des données.

À la dernière étape des analyses, les données du questionnaire anglais ont été comparées aux données du questionnaire français relativement à la consistance interne des échelles et la force des relations entre les concepts. Cette analyse permet d'évaluer le coefficient d'objectivité des données. Dans les données d'enquête, il ne devrait pas y avoir de variation considérable entre les participants qui remplissent la version anglaise et ceux qui remplissent la version française. Toute variation peut être attribuée aux différentes formulations résultant de la traduction entre les deux langues et par conséquent, constitue une source de manque de fiabilité des données.

⁴ Le critère de convergence était une saturation factorielle minimum après rotation de 0,4.

⁵ Le critère de discrimination était fondé sur le facteur avec lequel chaque item corrélait le plus.

TABLEAU 2. Constructions théoriques et items de l'enquête connexes

Construction théorique	Items de l'enquête
AFFIRMATION SEXUELLE	52a <i>Je m'affirme au sujet des aspects sexuels de ma vie</i>
	52b <i>J'exprime directement mes préférences et mes besoins sexuels</i>
	52c <i>Je suis le type de personne qui insiste pour qu'on satisfasse mes besoins sexuels</i>
	52d <i>Si je devais avoir des relations sexuelles, je dirais à mon partenaire ce que j'aime</i>
	52e <i>Si je voulais avoir des relations sexuelles « plus sécuritaires » avec quelqu'un, j'insisterais pour le faire</i>
APPROCHE AUX RELATIONS SEXUELLES	50b <i>Je n'ai pas à faire de promesse à une personne pour avoir des relations sexuelles avec elle</i>
	50d <i>Les relations sexuelles occasionnelles sont acceptables</i>
	50e <i>Les meilleures relations sexuelles sont celles qui sont sans engagement</i>
	50f <i>Les relations sexuelles entre deux personnes profondément en amour constituent l'interaction humaine ultime</i>
EFFICACITÉ PERSONNELLE SEXUELLE Condoms/protection	53b <i>J'ai confiance en ma capacité d'utiliser des moyens de protection pour moi-même ou mon partenaire</i>
	53d <i>J'ai confiance de pouvoir acheter des moyens de protection sans ressentir d'embarras</i>
	53f <i>J'ai confiance de pouvoir arrêter pour utiliser un moyen de protection pour moi-même ou mon partenaire, même pendant une situation passionnée</i>
	53h <i>J'ai confiance que je me rappellerai d'utiliser un moyen de protection même si j'étais sous l'influence d'alcool ou de drogues</i>
Établir des limites	55a <i>J'ai confiance de pouvoir sortir avec une personne sans ressentir l'obligation d'avoir des activités sexuelles avec elle</i>
	55b <i>J'ai confiance de pouvoir choisir quand et où j'aurai des activités sexuelles</i>
	55d <i>J'ai confiance de pouvoir refuser une activité sexuelle avec laquelle je ne me sens pas à l'aise</i>
Communication	53c <i>J'ai confiance en ma capacité de discuter de l'utilisation de moyens de protection avec tout partenaire que je pourrais avoir</i>
	53e <i>Si mon partenaire ou moi-même n'avons pas de moyens de protection, j'ai confiance en ma capacité de suggérer des activités moins risquées, même pendant une situation passionnée</i>
	53g <i>J'ai confiance en ma capacité de suggérer d'utiliser un moyen de protection avec un nouveau partenaire</i>
	53i <i>J'ai confiance de pouvoir aborder la question de la protection avec mon professionnel de la santé</i>
	53j <i>J'ai confiance de pouvoir demander facilement à mon partenaire s'il a un moyen de protection (ou de lui dire que je n'en ai pas)</i>
	54a <i>J'ai confiance que je pourrais demander à un médecin ou à un professionnel de la santé de me soumettre à un test de dépistage du VIH</i>
	54b <i>J'ai confiance que je pourrais demander à mon partenaire de se soumettre à un test de dépistage du VIH</i>
	54c <i>J'ai confiance que je pourrais demander à mon médecin ou à un professionnel de la santé de me soumettre à un test de dépistage des ITS (infections transmissibles sexuellement)</i>
	54d <i>J'ai confiance que je pourrais demander à mon partenaire de se soumettre à un test de dépistage des ITS</i>
	55c <i>J'ai confiance de pouvoir dire à quelqu'un comment me donner du plaisir sexuel</i>
	56a <i>Si j'avais régulièrement de la difficulté à ressentir de l'excitation sexuelle, j'ai confiance de pouvoir en parler à un médecin</i>
	56b <i>Si je ressentais régulièrement de la douleur au cours d'une activité sexuelle, j'ai confiance de pouvoir en parler à un médecin</i>
	56c <i>Si je ressentais régulièrement de la douleur au cours d'une activité sexuelle, j'ai confiance de pouvoir en parler à mon ou mes partenaires</i>
	56d <i>Si j'avais une infection transmise sexuellement, j'ai confiance de pouvoir en parler à mon ou mes partenaires actuels</i>
	56e <i>Si j'avais une infection transmise sexuellement, j'ai confiance de pouvoir en parler à mon ou mes partenaires antérieurs</i>
56f <i>Si j'ai des questions au sujet de la santé sexuelle, je pense que je pourrais les poser à un enseignant, à un professionnel de la santé (p. ex. médecin ou infirmière) ou à un autre éducateur en santé sexuelle</i>	
VIOLENCE SEXUELLE ET COERCITION	57a <i>Vous a-t-on imposé des activités sexuelles contre votre volonté (sans que vous vouliez le faire)?</i>
	57b <i>Avez-vous eu des activités sexuelles avec quelqu'un sans consentement pour de l'argent?</i>
	57c <i>Avez-vous eu des activités sexuelles avec quelqu'un sans votre consentement pour de la drogue?</i>
	57d <i>Avez-vous eu des activités sexuelles sans votre consentement avec quelqu'un pour des cadeaux, des biens, un endroit où dormir, de la nourriture ou des services?</i>

TABLEAU 2. Constructions théoriques et items de l'enquête connexes

Construction théorique	Items de l'enquête
VIOLENCE ENTRE PARTENAIRES INTIMES	58a <i>En général, dans vos relations sexuelles, à quelle fréquence arrive-t-il qu'un (ou certains) de vos partenaires vous intimide verbalement?</i>
	58b <i>En général, dans vos relations sexuelles, à quelle fréquence arrive-t-il qu'un (ou certains) de vos partenaires montre de l'agressivité envers vous?</i>
	58c <i>En général, dans vos relations sexuelles, à quelle fréquence arrive-t-il qu'un (ou certains) de vos partenaires vous insulte?</i>
	58d <i>En général, dans vos relations sexuelles, à quelle fréquence arrive-t-il qu'un (ou certains) de vos partenaires vous fait mal physiquement?</i>

III. RÉSULTATS

RÉSULTATS DES GROUPES DE DISCUSSION

Profil des participants

Le tableau 3 résume quelques-unes des caractéristiques démographiques de l'échantillon du groupe de discussion. Au total, 32 jeunes ont participé à l'essai du questionnaire de l'enquête. Bien que l'enquête ait été mise à l'essai dans deux provinces, la Colombie-Britannique (n = 16) et le Québec (n = 15), un participant a indiqué qu'il habitait les Territoires du Nord-Ouest.

L'échantillon comportait plus d'hommes (n = 21) que de femmes (n = 10). Un participant s'est identifié comme étant transgenre femme-homme. L'âge des participants aux groupes de discussion variait entre 16 et 24 ans, avec un âge médian de 20 ans. La plupart des participants aux groupes de discussion se sont identifiés comme étant non-hétérosexuels, dont 44 % s'identifiant comme gai, 13 % s'identifiant comme bisexuel, deux individus s'identifiant comme queer et une personne s'identifiant comme lesbienne. Moins de 20 % des participants aux groupes de discussion ont indiqué qu'ils sont nés à l'étranger. L'identité raciale ou ethnique des participants était variée : 63 % blanc, 13 % d'origine chinoise, 13 % d'origine Sud-Est asiatique, deux participants ont indiqué être d'origine sud-asiatique et deux participants ont indiqué appartenir à une autre ethnie. La moitié des participants était essentiellement anglophone, 38 % était essentiellement francophone et les autres participants de l'échantillon parlaient surtout d'autres langues.

La majorité (53 %) des participants aux groupes de discussion résidaient une région métropolitaine ayant une population supérieure à 500 000 habitants alors qu'environ 28 % des participants habitaient des régions urbaines et périurbaines ayant une population oscillant entre 30 000 et 500 000 habitants environ. Environ 13 % des participants habitaient des régions dont la population était inférieure à 30 000. Plus de la moitié des participants étaient inscrits à l'école, dont la majorité étaient inscrits à temps plein. La plupart des participants avaient au moins terminé l'école secondaire (12^e année) et 50 % avait terminé le cégep ou avait obtenu un diplôme universitaire de premier cycle ou un diplôme d'études collégiales.

Groupe de discussion : commentaires

Pour amorcer les discussions ciblées entourant l'enquête, les participants ont été sondés pour obtenir leurs réactions et leurs sentiments initiaux par rapport à l'expérience. La discussion était variée et reflétait les thèmes suivants⁶ :

QUESTIONS D'ORDRE TECHNIQUE

Quelques-uns des commentaires généraux des participants indiquaient à la fois des aspects positifs et les limites du programme d'auto-interview assistée par ordinateur.

Définitions : Les participants des deux provinces ont réagi de façon très positive envers les définitions survolées. Les participants ont remarqué que ces définitions clarifiaient la signification des questions et leur ont permis d'apprendre des nouveaux termes (p. ex. digue dentaire, bispirituel).

⁶ Bien que les thèmes des groupes de discussion soient résumés ici, des citations des participants sont présentées dans l'Annexe G

TABLEAU 3. Aperçu des caractéristiques démographiques de l'échantillon du groupe de discussion

Données démographiques	N (%)
PROVINCE DE RÉSIDENCE	
Colombie-Britannique	16 (50%)
Québec	15 (46,9%)
Territoires du Nord-Ouest	1 (3,1%)
SEXE	
Homme	21 (65,6%)
Femme	10 (31,25%)
Transgenre/femme-homme	1 (3,1%)
ÂGE MÉDIAN (ANNÉES)	
	20
ÂGE MOYEN (ANNÉES)	
	20,31
ORIENTATION SEXUELLE	
Gaie	14 (43,8%)
Lesbienne	1 (3,1%)
Bisexuelle	4 (12,5%)
Hétérosexuelle	11 (34,4%)
Queer	2 (6,3%)
LIEU DE NAISSANCE	
Canada	26 (81,3%)
À l'étranger	6 (18,75%)
IDENTITÉ RACIALE OU ETHNIQUE	
Blanche	20 (62,5%)
Chinoise	4 (12,5%)
Sud-Est asiatique	4 (12,5%)
Sud-asiatique	2 (6,3%)
Autre	2 (6,3%)
LANGUE PARLÉE À LA MAISON	
Anglais	16 (50%)
Français	12 (37,5%)
Autre	4 (12,5%)
TAILLE DU LIEU DE RÉSIDENCE	
Pop > 500000	17 (53%)
Pop 30000 à 500000	9 (28%)
Pop < 30000	4 (12,5%)
INSCRITS À L'ÉCOLE	
Oui	20 (62,5%)
STATUS SCOLAIRE	
Temps plein	17 (53%)
NIVEAU DE SCOLARITÉ COMPLÉTÉ	
Moins que l'école secondaire	8 (25%)
École secondaire	8 (25%)
Cégep	8 (25%)
Diplôme universitaire de premier cycle, diplôme d'études collégiales, Certificat de formation professionnelle ou de métier	8 (25%)

Le programme d'auto-interview assistée par ordinateur :

Les participants ont mieux aimé le format du questionnaire « assisté par ordinateur » que les questionnaires habituels sur papier. Ils avaient l'impression que leurs réponses étaient plus confidentielles à l'ordinateur qu'elles le seraient sur papier. Cependant, de nombreux participants aux groupes de discussion ont trouvé que l'impossibilité de naviguer à leur guise dans le questionnaire constituait une des limites importantes de cette technologie. Ils étaient préoccupés du fait qu'ils ne pouvaient pas retourner en arrière pour changer leurs réponses afin qu'elles reflètent mieux leurs expériences. Ces participants ont suggéré d'ajouter une « mise en garde en caractères gras » dans l'introduction du questionnaire pour indiquer qu'il n'est pas possible de retourner en arrière aux questions antérieures. D'autres participants ont indiqué que le fait de ne pas pouvoir retourner en arrière ne les dérangeait pas et un participant a dit que cela les rendait plus consciencieux de leurs réponses.

Plusieurs participants ont indiqué diverses limites dans la présentation des questions à l'intérieur du programme ou dans la mise en page du contenu à l'écran. Par exemple, quelques participants ont dit que plusieurs pages comprenaient trop de contenu et que le fait de devoir défiler vers le bas de la page dans ces cas était problématique.

De nombreux participants ont remarqué l'impossibilité de décocher des cases une fois qu'elles avaient été cochées. Lorsqu'un participant cliquait sur une réponse à une question, il pouvait changer sa réponse mais il lui était impossible de décocher toutes les réponses pour laisser la question en blanc.

Les participants ont eu des réactions mixtes par rapport aux questions complémentaires présentées comme des « listes déroulantes » lorsqu'une réponse précise à une question avait été choisie. Certains participants pensaient que les questions qui menaient à d'autres questions étaient déroutantes.

Par conséquent, un participant a indiqué qu'il avait sauté ces questions et qu'il aurait mieux aimé avoir deux questions séparées au lieu des questions déroulantes. D'autres participants les ont trouvées très utiles et ont dit qu'elles favorisaient la réflexion au sujet de leurs réponses.

Enfin, les participants ont fait des commentaires au sujet de la barre de progression en haut de l'écran qui indiquait leur progrès par un pourcentage. Certains participants trouvaient que le fait de savoir où ils en étaient dans le questionnaire, combien il leur restait à faire, était encourageant alors que d'autres trouvaient la barre de progression frustrante parce qu'elle n'avancait pas toujours de page en page.

STRUCTURE ET CONTENU DE L'ENQUÊTE

Les participants aux groupes de discussion ont été sondés sur la façon dont la structure du questionnaire avait influencé les réponses qu'ils ont pu donner et les réponses qu'ils voulaient donner. Plusieurs participants ont indiqué que pour de nombreuses questions, les catégories de réponses étaient limitées et qu'elles ne cadraient pas avec leurs expériences. D'autres participants étaient frustrés de ne pouvoir choisir plus d'une catégorie de réponses.

De nombreux participants ont laissé entendre qu'ils ont été frustrés par les questions qu'ils ne jugeaient pas pertinentes à leurs expériences (ou manque d'expérience) ou qui ne reflétaient pas les réponses données plus tôt dans l'enquête. Ces participants ont suggéré qu'il devrait y avoir une catégorie « sans objet » pour chaque question afin que ceux qui n'ont pas eu cette expérience puissent indiquer qu'ils ne l'ont pas eu, au lieu de sauter la question ou d'être forcé à choisir une réponse qui ne convient pas. D'autres participants ont suggéré l'ajout de questions de sélection pour garantir qu'on ne leur pose pas des questions qui ne s'appliquent pas eux.

Les questions répétitives ont également fait l'objet de commentaires de la part de nombreux participants. En commentant leur frustration,

quelques-uns des participants ont suggéré qu'une réorganisation des questions réduirait la frustration et la confusion causées par la répétition.

ORGANISATION ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

Lors des groupes de discussion, les participants ont été sondés pour leurs opinions sur le déroulement et l'organisation de l'enquête, suscitant des réactions mixtes. Quelques participants ont laissé entendre qu'il y avait une bonne progression des questions d'ordre général aux questions plus précises dans le questionnaire et que le déroulement global était bon. D'autres participants ont laissé entendre que le déroulement était sans suite, déroutant et instable. Par exemple, quelques participants ont laissé entendre que la section sur les services de santé sexuelle et celle sur l'éducation en matière de santé sexuelle devraient apparaître plus tôt dans le questionnaire de manière à ce que toutes les questions moins indiscretes se trouvent au début.

Les participants ont aussi été sondés par rapport au langage et au ton utilisés dans les questions. Les jeunes ont remarqué que, bien que certaines questions aient été directes, plusieurs étaient formulées de façon confuse qui les rendait difficiles à comprendre. D'autres ont remarqué que le niveau de langue était inapproprié pour les jeunes.

Dans les groupes de discussion français, de nombreux participants ont identifié la traduction des termes de l'anglais au français comme étant problématique. Par exemple, les participants ont commenté l'emploi inapproprié du masculin et du féminin et l'emploi de différents termes pour désigner le même concept. Le plus remarquable a été les commentaires concernant les questions sur leurs propres expériences; les participants ont remarqué que les termes employés en français étaient très vulgaires et choquants.

Tant les participants des groupes de discussion français que ceux des groupes anglais ont remarqué que le langage et le ton utilisés dans les questions leur donnaient l'impression d'être jugés.

Enfin, les participants aux groupes de discussion ont remarqué qu'ils ont trouvé très difficile de se rappeler l'information demandée dans de nombreuses questions. Les jeunes plus âgés ont remarqué qu'il était particulièrement difficile pour eux de se rappeler les détails de leurs antécédents sexuels, y compris l'âge à laquelle ils ont participé à un acte sexuel pour la première fois et le nombre de partenaires intimes qu'ils ont eu au cours de leur vie. Les participants ont recommandé d'ajouter, dans ces cas, soit des tranches d'âge, soit des choix pour le nombre de partenaires car ceci faciliterait les efforts de mémoire.

CONTENU MANQUANT

Les animateurs des groupes de discussion ont encouragé les participants à discuter des questions, activités ou événements pertinents dans leur vie sexuelle ou celle de leurs amis qui ne faisaient pas partie de l'enquête mais qu'ils estimaient important à inclure. La plupart des participants croyait que le questionnaire reflétait les aspects importants de la vie sexuelle des jeunes. Cependant, des participants ont suggéré l'ajout des questions suivantes au questionnaire :

- › questions sur la compulsion sexuelle ou la dépendance à la pornographie
- › questions sur l'influence des médias et les stéréotypes sexuels
- › questions sur l'âge des partenaires intimes et les écarts d'âge entre les partenaires intimes
- › questions sur la façon dont la grossesse et la paternité (ou la maternité) influencent la vie sexuelle
- › définitions survolées pour de nombreux autres termes (p. ex. le papillomavirus, ITS particulières)
- › davantage de choix par rapport aux styles de relations
- › davantage de choix concernant l'identité sexuelle
- › davantage d'information pour les participants à la fin du questionnaire (p. ex. la régulation des naissances, les services, etc.), y compris une liste de liens et de ressources
- › encouragements pour le participant tout au long du questionnaire (p. ex. un message « ça avance bien! »)

Révisions de l'enquête

RÉVISIONS D'ORDRE TECHNIQUE AU PROGRAMME DE L'ENQUÊTE

En réponse aux commentaires des participants, de nombreuses révisions ont été apportées au programme d'auto-interview assistée par ordinateur. Bien que les participants aient exprimé de la frustration par rapport à l'impossibilité de naviguer à leur guise dans le programme, cette fonction n'a pas été ajoutée en raison des considérations éthiques notées dans la section II de ce rapport et des contraintes techniques. Au lieu de cette révision, toutefois, l'équipe de recherche a considéré avec soin les commentaires des participants et elle a ajouté une mise en garde en caractères gras sur le formulaire de consentement : « Vous ne pourrez pas retourner aux questions auxquelles vous avez déjà répondues ou que vous avez sautées. » Le Manuel de formation des assistants de recherche a été révisé afin de leur indiquer l'importance de faire remarquer cette restriction aux participants au moment d'ouvrir une session dans le programme pour s'assurer que les participants en étaient conscients.

Les participants ont indiqué que certaines pages du programme d'auto-interview assistée par ordinateur étaient trop pleines, ce qui fit en sorte qu'ils étaient obligés de défiler vers le bas sur ces pages. La disposition des questions sur les écrans a été rationalisée. Les questions ont été repositionnées afin d'être mieux espacées. Dans le programme révisé, une ou deux questions seulement apparaissent à l'écran.

L'impossibilité de décocher toutes les réponses d'une question, lorsqu'une des réponses avait été choisie, préoccupait beaucoup les participants. Cette fonctionnalité a été ajoutée au programme assisté par ordinateur pour la collecte des données de l'essai pilote. Les participants pouvaient alors changer leur réponse à l'intérieur d'une question et décocher tous les choix de réponse afin de laisser une question en blanc.

Quelques participants ont été désorientés par les questions complémentaires qui déroulaient à l'intérieur de certaines questions de l'enquête.

Il s'agissait de questions complémentaires qui apparaissaient lorsque les participants sélectionnaient des réponses particulières à l'intérieur d'une question et qui exigeaient des détails par rapport à leur réponse. Ces questions complémentaires ont été conservées dans le programme d'auto-interview assistée par ordinateur cependant, leur disposition a été modifiée afin qu'elles soient plus claires, plus attirantes d'un point de vue visuel et mieux espacées.

Enfin, les participants ont indiqué que le peu de mouvement sur la barre de progression en haut de l'écran, au fur et à mesure qu'ils avançaient dans le système informatique, était décourageant. Le manque de progrès visible d'un écran à l'autre était dû au calcul du progrès réalisé selon un pourcentage de questions auxquelles le participant avait répondu sur le nombre total de questions du questionnaire. Étant donné que le questionnaire comportait plus de 100 questions et que certaines pages n'avaient qu'une seule question, à certains endroits dans l'enquête le pourcentage ne semblait pas augmenter d'une page à l'autre. En raison de la suppression de questions pour tenir compte des commentaires des participants sur le contenu du questionnaire, il comporte maintenant moins de 100 questions et la barre de progression avance sur chacune des pages du programme.

RÉVISIONS AU CONTENU DE L'ENQUÊTE

Les participants aux groupes de discussion se sentaient limités par les catégories de réponses qui n'étaient pas suffisamment exhaustives pour tenir compte de leurs expériences et par l'impossibilité de sélectionner plus d'une catégorie de réponses pour certaines questions. Lors de la révision de l'enquête, des catégories de réponses ont été ajoutées aux questions et de nombreuses questions ont été révisées afin de permettre aux participants d'indiquer tous les choix de réponse qui s'appliquaient à eux. Les questions révisées étaient celles que les participants aux groupes de discussion avaient identifiées comme étant particulièrement problématique.

Afin de répondre aux commentaires des participants au sujet des questions qu'ils jugeaient sans rapport avec leur vécu, des catégories « sans objet » ont été ajoutées à quelques-unes de ces questions telles qu'ils l'ont suggéré. Là où cela était possible, des instructions « passez à » ont été incorporées, selon les réponses des participants à des questions antérieures. Dans quelques cas, des questions de sélection ont été incorporées afin de rendre ces instructions « passez à » possibles. Par conséquent, les participants à l'étude pilote n'ont pas eu à répondre à des questions qui ne semblaient pas pertinentes, selon les réponses aux questions antérieures du questionnaire. De plus, il leur était possible d'indiquer qu'une question n'était pas pertinente en sélectionnant une catégorie « sans objet ».

Chose intéressante, quelques-unes des questions qui avaient été identifiées comme étant « répétitives » ou similaires par les participants étaient en fait censées recueillir différentes données sur le même concept. La formulation de ces questions a été modifiée pour rendre ces distinctions beaucoup plus évidentes pour les participants de l'étude pilote. Le contenu de l'enquête a également été réorganisé de manière à ce que ces questions se succèdent, comme les participants aux groupes de discussion l'avaient suggéré. D'autres questions répétitives ont été incluses dans le questionnaire délibérément et placées à différents endroits pour tester la fiabilité des données. Ces questions n'ont pas été reformulées ou déplacées dans le questionnaire afin qu'il soit encore possible de déterminer la fiabilité des données.

Les participants aux groupes de discussion ont identifié les sections du questionnaire qui leur semblaient mal placées, sans suite ou qui nuisaient à son déroulement. Pour tenir compte de leurs suggestions, la section entière sur les services de santé sexuelle et d'éducation en matière de santé sexuelle a été déplacée. Elle se trouve maintenant tout de suite après la première section sur les données démographiques. Les questions les plus délicates sur les expériences sexuelles ont été déplacées vers la dernière section du

questionnaire. Les questions des autres sections ont été réorganisées afin que le déroulement des questions soit logique et qu'elles commencent par les questions les moins délicates.

Le langage utilisé dans la version française et la version anglaise du questionnaire a été révisé pour qu'il soit plus clair, plus concis, moins vulgaire et choquant et plus neutre. En outre, des définitions survolées ont été ajoutées pour quelques-uns des termes qui portaient à confusion, selon les participants aux groupes de discussion.

Enfin, les participants ont indiqué que davantage d'informations à l'intention des participants, y compris une liste de liens et de ressources, seraient utiles à la fin du questionnaire. La liste de ressources offerte aux participants des groupes de discussion a été développée afin de comprendre davantage de services.

RÉSULTATS DE L'ESSAI PILOTE

Description de l'échantillon

Le temps nécessaire pour remplir le questionnaire variait entre 10 minutes et 90 minutes. La durée moyenne pour le remplir était d'un peu moins de 27 minutes. Le tableau 4 résume quelques-unes des caractéristiques démographiques de l'échantillon de l'essai pilote. L'échantillon final était composé des données de 1 185 participants⁷. Environ 77 % de l'échantillon a rempli le questionnaire en anglais et

15 % l'a rempli en français⁸. Bien que la majorité des participants de l'échantillon ait été assez bien répartie parmi les quatre provinces qui ont participé à l'essai pilote (Colombie-Britannique, Alberta, Québec et Nouvelle-Écosse), environ 3 % de l'échantillon a indiqué qu'il habitait dans une autre province, c'est-à-dire le Nouveau-Brunswick (n = 4, 0,3 %), les Territoires du Nord-Ouest (n = 1, 0,1 %), l'Ontario (n = 25, 2,1 %), l'Île-du-Prince-Édouard (n = 4, 0,3 %) et la Saskatchewan (n = 4, 0,3 %).

On a demandé aux participants d'indiquer tous les genres avec lesquels ils s'identifiaient. Un peu moins de la moitié des participants ont répondu être un homme (45 %) et un peu plus de la moitié (52,9 %) des participants ont répondu être une femme. Une minorité de participants s'identifiaient également avec d'autres sexes, c'est-à-dire transgenre homme-femme et transgenre femme-homme (0,7 % et 1,4 % respectivement), bispirituel (1,4 %), non généré (1,2 %) et intersexué (0,1 %). Un peu moins de 1 % de l'échantillon se considérait comme appartenant à un sexe « autre ». L'âge des participants variait entre 16 et 24 ans, avec un âge moyen de 19,65 ans (s = 2,359). La majorité des participants se considérait comme hétérosexuel (76,2 %), environ 4,6 % se considéraient comme gai ou lesbienne, 8,9 % se considéraient comme bisexuel, 1,3 % se considérait comme bispirituel, 2,7 % se considéraient comme queer et moins de deux pour cent se considérait soit comme asexuel, soit a indiqué une orientation sexuelle « autre ». Environ 2 % ont indiqué qu'ils n'étaient pas encore certain de leur orientation sexuelle.

Moins de 15 % des participants ont indiqué être nés à l'étranger. Les participants ont pu sélectionner plus d'une identité raciale ou ethnique. Les proportions pour chaque identité sont les suivantes : 71,7 % blanche; 7,6 % chinoise; 10,3 % Premières nations; 5,2 % Métis;

⁷ 1 300 participants ont d'abord été recrutés pour participer à l'étude pilote et ont ouvert une session dans le programme d'administration du questionnaire. De ceux-ci, 60 participants ont été retirés de l'ensemble des données parce qu'ils se trouvaient en dehors de la tranche d'âge cible ou parce qu'ils n'ont pas consenti à participer à l'enquête lors du processus de consentement privé en ligne. Encore 54 participants ont été retirés en raison d'irrégularités méthodologiques, y compris l'assistance de lecteurs ou de « scribes » avant la mise en place de protocoles normalisés pour cette méthode. Suivant l'approbation de la méthodologie révisée comprenant les scribes, un participant a demandé cette assistance. Les données de ce participant ne pouvaient pas être analysées à part, par conséquent, ces données ont été retirées de l'ensemble de données. La taille de l'échantillon valide après que ces participants ont été retirés était de 1 185.

⁸ Le programme d'auto-interview assistée par ordinateur n'a pas recueilli d'informations sur la version du questionnaire (anglaise ou française) choisie pour les 90 premiers participants, un calcul lié à la langue pour l'échantillon de 1 185 participants est donc impossible.

4,9 % noire et 14,3 % ont indiqué diverses autres ethnies. Environ 82 % des participants étaient surtout anglophone, 23 % étaient surtout francophone et 19,8 % des participants de l'échantillon parlaient le plus souvent diverses autres langues.

La majorité (68,4 %) des participants résidaient dans des régions urbaines et 27,6 % des participants habitaient des régions rurales. Environ 74 % des participants étaient inscrits à l'école, la majorité (64,3 %) de ceux-ci étaient inscrits comme élèves à temps plein. La majorité (58,8 %) des participants avait terminé l'école secondaire (12^e année) et environ 20 % avaient terminé le cégep ou avaient obtenu un diplôme universitaire de premier cycle ou un diplôme d'études collégiales. Un peu plus de la moitié (51,2 %) des participants de l'échantillon n'était pas sur le marché du travail alors qu'environ 12 % travaillaient à temps plein et 36 % travaillaient à temps partiel.

TABLEAU 4. Aperçu des caractéristiques démographiques de l'échantillon pilote

Données démographiques	N (%)
PROVINCE DE RÉSIDENCE	
Colombie-Britannique	349 (29,5%)
Alberta	283 (23,9%)
Québec	247 (20,8%)
Nouvelle-Écosse	268 (22,6%)
Nouveau-Brunswick	4 (0,3%)
Territoires du Nord-Ouest	1 (0,1%)
Ontario	25 (2,1%)
Île-du-Prince-Édouard	4 (0,3%)
Saskatchewan	4 (0,3%)
SEXE	
Homme	533 (45,0%)
Femme	627 (52,9%)
Transgenre homme-femme	8 (0,7%)
Transgenre femme-homme	16 (1,4%)
Personne bispirituelle	16 (1,4%)
Personne non genrée	14 (1,2%)
Personne intersexuée	1 (0,1%)
Autre	9 (0,8%)

TABLEAU 4. Aperçu des caractéristiques démographiques de l'échantillon pilote

Données démographiques	N (%)
ÂGE MOYEN (ANNÉES)	19,65
ÂGE MÉDIAN (ANNÉES)	19
ORIENTATION SEXUELLE	
Hétérosexuelle	903 (76,2%)
Gaie ou lesbienne	54 (4,6%)
Bisexuelle	106 (8,9%)
Bispirituelle	15 (1,3%)
Queer	32 (2,7%)
Asexuelle	6 (0,5%)
Autre	11 (0,9%)
Indécis	26 (2,2%)
LIEU DE NAISSANCE	
Canada	1012 (85,4%)
À l'étranger	170 (14,4%)
IDENTITÉ RACIALE OU ETHNIQUE	
Blanche	850 (71,7%)
Chinoise	90 (7,6%)
Noire	58 (4,9%)
Premières nations	122 (10,3%)
Métis	62 (5,2%)
Autre	170 (14,3%)
LANGUE PARLÉE À LA MAISON	
Anglais	970 (81,9%)
Français	273 (23,0%)
Autre	234 (19,8%)
LIEU DE RÉSIDENCE	
Urbaine	811 (68,4%)
Rurale	327 (27,6%)
STATUT SCOLAIRE	
À l'école à temps plein	762 (64,3%)
À l'école à temps partiel	113 (9,5%)
Pas à l'école	297 (25,1%)
STATUT DE TRAVAIL	
Emploi à temps plein	141 (11,9%)
Emploi à temps partiel	427 (36%)
Sans emploi	607 (51,2%)
NIVEAU DE SCOLARITÉ COMPLÉTÉ	
Moins que l'école secondaire	476 (40,6%)
École secondaire	452 (38,1%)
Cégep	48 (4,1%)
Diplôme universitaire de premier cycle ou diplôme d'études collégiales	189 (15,9%)
certificat de formation professionnelle ou de métier	
Diplôme d'études supérieures (p. ex. maîtrise, doctorat)	8 (0,7%)

Analyse des valeurs manquantes

La proportion de valeurs manquantes sur les items individuels de l'enquête variait entre 0,3 % et 31,1 %; cependant, la variable avec plus de 30 % de valeurs manquantes constituait une valeur aberrante extrême. La majorité des variables (85 %) avaient moins de 10 % de valeurs manquantes. Le pourcentage moyen de valeurs manquantes sur les items individuels était de 6,71 % et la proportion médiane était de 6,2 %. Les tendances liées aux valeurs manquantes sur les variables individuelles ont été analysées à l'aide de la procédure de régression.

La proportion de valeurs manquantes sur chacun des items a été régressée contre le numéro de sa question en tant qu'indicateur de sa position dans le questionnaire afin de déterminer s'il y avait une tendance linéaire dans les valeurs manquantes. Les résultats de cette régression semblent indiquer que le numéro de la question était moyennement positivement corrélé à la proportion de valeurs manquantes sur l'item ($R = 0,57, p \leq 0,0001$). Donc, la proportion de valeurs manquantes augmentait au fur et à mesure qu'on avançait dans le questionnaire. Ceci semble indiquer qu'il y avait des plus grandes proportions de valeurs manquantes vers la fin du questionnaire et les données les plus complètes se trouvaient au début du questionnaire.

Les commentaires des participants, consignés dans un journal par les assistants de recherche, donnent un aperçu des données manquantes accrues vers la fin du questionnaire. Ces commentaires laissent entendre que les participants trouvaient le questionnaire « trop long » et que certains participants avaient tendance à sauter des questions à la fin.

Les proportions de valeurs manquantes n'étaient pas considérablement différentes entre les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ou entre les participants habitant des régions rurales ou urbaines. Il y avait des différences significatives dans les proportions de valeurs manquantes selon le sexe (homme, femme) cependant, il n'y a pas de tendances évidentes à ces différences. Des proportions plus importantes d'hommes avaient des valeurs manquantes pour

certaines questions alors que des proportions plus importantes de femmes avaient des valeurs manquantes sur d'autres questions.

Validité de contenu

STATISTIQUE DESCRIPTIVE

La validité de contenu fait référence à la mesure dans laquelle les données mesurent ce qu'elles sont censées mesurer. Les distributions de fréquences ont d'abord été exécutées afin d'évaluer la distribution des réponses dans toutes les catégories de réponses et la proportion de participants qui n'ont pas répondu à des questions individuelles. Cette analyse servait à indiquer si des types de questions particulières (p. ex. questions matricielles, questions à choix multiples, échelle de Likert) produisaient le genre de données qu'elles sont censées recueillir. Ces distributions de réponses ont également permis un examen de la mesure dans laquelle les instructions « passez à », incorporées au programme AIAO, avaient fonctionné comme prévu. Les distributions de fréquences des variables qui permettaient aux participants de choisir d'autres réponses, ont donné une idée de la mesure dans laquelle les catégories de réponses existantes étaient exhaustives. Les questions d'enquête qui sont bien formulées sont celles qui donnent un minimum de données manquantes, qui offrent une variation adéquate dans les choix de réponses et pour lesquelles les choix de réponse sont exhaustifs.

La distribution des réponses dans les catégories de réponses était adéquate pour effectuer une analyse statistique pour la plupart des variables. Il y avait, cependant, de nombreux items du questionnaire où la variation dans les choix de réponses dans les catégories était minime. Un examen des choix de réponses spécifiés de nombreux participants laisse entendre que les catégories de réponses pour plusieurs items de l'enquête n'étaient pas suffisamment exhaustives pour que les participants puissent sélectionner une réponse convenable. La distribution des réponses des items individuels semble indiquer que la proportion de valeurs manquantes sur la plupart des items du questionnaire était faibles. Il y a eu, cependant, 45 (sur un total de 136) variables qui ont dépassé la norme acceptable

établie dans la littérature, soit 6 % à 8 % de données manquantes. Les implications des variables manquantes sont examinées dans la section IV.

La distribution des réponses aux questions individuelles laisse également entendre que le style de question de la plupart des items du questionnaire a produit les informations qu'il était censé mesurer. Cependant, certains types de questions n'ont pas réussi à produire les données prévues. Les questions pour lesquelles les participants devaient cocher les catégories qui s'appliquaient à eux n'ont pas fourni des données analysables. Par exemple, dans une question, on demandait aux participants de cocher les sujets de santé sexuelle pour lesquels ils avaient reçu des informations et dans une autre, on leur demandait de cocher les services de santé sexuelle qu'ils avaient reçus. Avec ce style de question, il n'est pas possible de distinguer entre ceux pour qui aucune des catégories s'appliquaient et ceux qui ont choisi de ne pas répondre à la question.

Dans un autre type de question, les participants devaient indiquer l'âge qu'ils avaient lorsqu'ils ont eu un comportement sexuel particulier pour la première fois ou le nombre de personnes avec qui ils avaient eu ce comportement sexuel. Sept participants ont indiqué que l'âge qu'ils avaient

était zéro (ans) lorsqu'ils ont eu des comportements sexuels particuliers pour la première fois ou qu'ils ont eu des comportements sexuels particulier avec zéro individus. La possibilité de fournir une réponse numérique pour ces types de questions a produit des données invalides lorsque les participants ont répondu zéro.

De plus, les questions matricielles qui demandent simultanément aux participants des réponses portant sur le contexte de trois types de comportements sexuels (relations sexuelles orales, vaginales et anales) ont produit des données invalides ou peu fiables pour une grande proportion de participants. Ces questions matricielles apparaissaient pour les individus qui avaient indiqué qu'ils avaient déjà eu **au moins un** de ces comportements et elles comprenaient une catégorie « sans objet » pour ceux qui n'avaient pas eu les trois comportements. Cependant, cette catégorie n'a pas produit des données fiables et valides. Une grande proportion des participants qui avaient indiqué antérieurement qu'ils n'avaient jamais eu le comportement sexuel n'a pas coché la catégorie « sans objet ». Ils ont plutôt coché une catégorie prévue uniquement pour ceux qui avaient eu cette expérience. Le tableau 5 ci-dessous résume la magnitude de l'invalidité et le manque de fiabilité des questions matricielles.

TABLEAU 5. Proportions de données invalides ou peu fiables dans les questions matricielles

Item	Proportion de données invalides ou peu fiables	Marge d'erreur de l'estimation
En général, si vous pensez à l'âge auquel vous avez eu pour la première fois les activités sexuelles suivantes avec une femme, indiquez dans quelle mesure vous vous sentiez prêt(e) : (relations sexuelles orales).	10,7%	±2,8%
En général, si vous pensez à l'âge auquel vous avez eu pour la première fois les activités sexuelles suivantes avec une femme, indiquez dans quelle mesure vous vous sentiez prêt(e) : (relations sexuelles vaginales).	26,8%	±6,5%
En général, si vous pensez à l'âge auquel vous avez eu pour la première fois les activités sexuelles suivantes avec une femme, indiquez dans quelle mesure vous vous sentiez prêt(e) : (relations sexuelles anales).	25,3%	±13,3%
Si vous pensez à la dernière fois où vous avez eu chacune des formes suivantes d'activités sexuelles avec une femme, votre partenaire était-elle... (relations sexuelles orales).	28,6%	±6,65%
Si vous pensez à la dernière fois où vous avez eu chacune des formes suivantes d'activités sexuelles avec une femme, votre partenaire était-elle... (relations sexuelles vaginales).	25%	±8%
Si vous pensez à la dernière fois où vous avez eu chacune des formes suivantes d'activités sexuelles avec une femme, votre partenaire était-elle... (relations sexuelles anales).	20,9%	±17,3%

TABLEAU 5. Proportions de données invalides ou peu fiables dans les questions matricielles

Item	Proportion de données invalides ou peu fiables	Marge d'erreur de l'estimation
Si vous pensez à la dernière fois que vous avez eu chacune des formes suivantes d'activités sexuelles avec une femme, quel type de protection votre partenaire ou bien vous-même avez-vous utilisée? (relations sexuelles orales)	0,5%	0
Si vous pensez à la dernière fois que vous avez eu chacune des formes suivantes d'activités sexuelles avec une femme, quel type de protection votre partenaire ou bien vous-même avez-vous utilisée? (relations sexuelles vaginales)	1,77%	0
Si vous pensez à la dernière fois que vous avez eu chacune des formes suivantes d'activités sexuelles avec une femme, quel type de protection votre partenaire ou bien vous-même avez-vous utilisée? (relations sexuelles anales)	0,73%	0
En général, si vous pensez à l'âge auquel vous avez eu pour la première fois les activités sexuelles suivantes avec un homme, indiquez dans quelle mesure vous vous sentiez prêt(e) : (relations sexuelles orales).	23,3%	±17,8%
En général, si vous pensez à l'âge auquel vous avez eu pour la première fois les activités sexuelles suivantes avec un homme, indiquez dans quelle mesure vous vous sentiez prêt(e) : (relations sexuelles vaginales).	36,9%	±18,1%
En général, si vous pensez à l'âge auquel vous avez eu pour la première fois les activités sexuelles suivantes avec un homme, indiquez dans quelle mesure vous vous sentiez prêt(e) : (relations sexuelles anales).	36,5%	±27,1%
Si vous pensez à la dernière fois où vous avez eu chacune des formes suivantes d'activités sexuelles avec un homme, votre partenaire était-elle... (relations sexuelles orales).	0%	-
Si vous pensez à la dernière fois où vous avez eu chacune des formes suivantes d'activités sexuelles avec un homme, votre partenaire était-elle... (relations sexuelles vaginales).	0,08%	0
Si vous pensez à la dernière fois où vous avez eu chacune des formes suivantes d'activités sexuelles avec un homme, votre partenaire était-elle... (relations sexuelles anales).	0,08%	0
Si vous pensez à la dernière fois que vous avez eu chacune des formes suivantes d'activités sexuelles avec un homme, quel type de protection votre partenaire ou bien vous-même avez-vous utilisée? (relations sexuelles orales)	3,23%	0
Si vous pensez à la dernière fois que vous avez eu chacune des formes suivantes d'activités sexuelles avec un homme, quel type de protection votre partenaire ou bien vous-même avez-vous utilisée? (relations sexuelles vaginales)	3,95%	0
Si vous pensez à la dernière fois que vous avez eu chacune des formes suivantes d'activités sexuelles avec un homme, quel type de protection votre partenaire ou bien vous-même avez-vous utilisée? (relations sexuelles anales)	26,6%	0

Note : La marge d'erreur est estimée comme étant les participants dont on ignore s'ils ont effectivement eu (ou non) les comportements parce qu'ils ont sauté la question qui demandait cette information.

La distribution des réponses dans les questions pour lesquelles les instructions « passez à », incorporées dans le programme AIAO, ont eu une incidence, semble indiquer que les participants qui auraient dû sauter des questions à la suite des instructions « passez à », ont en effet sauté ces questions, dans la majorité des cas. Dans deux cas (sur 1 185), les instructions « passez à » n'ont pas fonctionné comme prévu.

ANALYSE FACTORIELLE MULTITRAIT

La validité de contenu des données a également été évaluée à l'aide d'analyses factorielles, qui montrent dans quelle mesure les items individuels représentent les concepts qu'ils sont censés représenter. Deux types d'analyses factorielles exploratoires ont été exécutées afin d'évaluer la validité de contenu des données : une analyse factorielle multitrait avec des items qui représentent

plusieurs concepts et une analyse en composantes principales avec uniquement les items qui représentent des (sous-) facteurs individuels pour confirmer l'ajustement du modèle.

À la suite de la suppression des données manquantes (listwise deletion), les réponses de tous les items qui pouvaient représenter divers construits (voir le tableau 2) ont servi à une analyse factorielle exploratoire multitrait. La factorisation des composantes⁹ principales avec rotation Varimax a été utilisée. Le critère de Kaiser¹⁰ a été utilisé pour extraire le nombre de facteurs.

Les analyses factorielles exploratoires multitrait ont produit neuf composantes (construits) qui ont répondu au critère de Kaiser et qui, conjointement, expliquaient 67 % de la variance. Il n'y a pas eu d'items identifiés sur ces facteurs ayant une pondération inférieure à 0,400. À l'aide des critères de convergence et des critères de discrimination des items, ces neuf construits ont été identifiés : (1) efficacité personnelle en matière de protection (2) efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS (3) efficacité personnelle en matière de la communication sexuelle (4) efficacité personnelle en matière de limites sexuelles (5) affirmation sexuelle (6) fonction sexuelle (7) approche sexuelle (8) victimisation liée à la violence entre partenaires intimes (9) coercition sexuelle.

Ces neuf composantes extraites dans les analyses de l'échantillon complet ont également été extraites pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines.

⁹ L'analyse en composantes principales a été choisie afin d'expliquer toute la variabilité dans les variables.

¹⁰ Le critère de Kaiser consiste à supprimer les composantes ayant des valeurs propres inférieures à 1,0.

ANALYSE DES COMPOSANTES PRINCIPALES

L'étape suivante dans le processus de validation a été d'effectuer des analyses en composantes principales séparées sur les items pondérés de chacune des neuf composantes de l'analyse factorielle multitrait. Chacune de ces neuf analyses comportait la suppression des données manquantes (listwise deletion), la factorisation en composantes principales avec rotation Varimax et le critère de Kaiser pour extraire le nombre de facteurs.

L'analyse en composantes principales des items pondérés sur « l'efficacité personnelle en matière de protection » a produit deux sous-facteurs qui, ensemble, représentait 60,6 % de la variance. Tous les items sauf deux ont été pondérés sur le premier de ces deux sous-facteurs. Les deux qui étaient pondérés sur un deuxième sous-facteur étaient liés à la confiance des participants en leur capacité d'utiliser un moyen de protection « pendant une situation passionnée ». L'alpha de Cronbach a été calculé pour déterminer la fiabilité de la consistance interne de l'échelle totale ($\alpha = 0,883$). Les statistiques Item-Total semblent indiquer que tous les items, y compris ceux qui sont liés à la protection « pendant une situation passionnée », fonctionnent bien en tant que concept unique car la suppression des items diminue la fiabilité de l'échelle. Les résultats étaient similaires lorsque des analyses ont été effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines. Les pondérations des facteurs de rotation de chaque item sur son sous-facteur et la consistance interne de l'échelle simple sont représentées dans le tableau 6 pour l'échantillon complet.

TABLEAU 6. Matrice des composantes après rotation et fiabilité de la consistance interne de l'efficacité personnelle en matière de protection

Item	Composante 1	Composante 2	Alpha de Cronbach si l'item est supprimé
Si je voulais avoir des relations sexuelles « plus sécuritaires » avec quelqu'un, j'insisterais pour le faire.	0,578		0,877
J'ai confiance en ma capacité d'utiliser des moyens de protection pour moi-même ou mon partenaire.	0,745		0,868
J'ai confiance de pouvoir acheter des moyens de protection sans ressentir d'embarras.	0,673		0,883
J'ai confiance de pouvoir arrêter pour utiliser un moyen de protection pour moi-même ou mon partenaire, même pendant une situation passionnée.		0,840	0,872
J'ai confiance que je me rappellerais d'utiliser un moyen de protection, même si j'étais sous l'influence d'alcool ou de drogues.	0,473		0,877
J'ai confiance en ma capacité de discuter de l'utilisation de moyens de protection avec tout partenaire que je pourrais avoir.	0,786		0,865
Si mon partenaire ou moi-même n'avions pas de moyen de protection, j'ai confiance en ma capacité de suggérer des activités moins risquées, même pendant une situation passionnée.		0,878	0,879
J'ai confiance en ma capacité de suggérer d'utiliser un moyen de protection avec un nouveau partenaire.	0,726		0,864
J'ai confiance de pouvoir aborder la question de la protection avec mon professionnel de la santé.	0,733		0,869
J'ai confiance de pouvoir demander facilement à mon partenaire s'il a un moyen de protection (ou de lui dire que je n'en ai pas).	0,709		0,866

Note: N = 999 (84.3%). Cronbach's Alpha for the scale = 0.883

Les résultats de l'analyse en composantes principales des items pondérés sur « l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS » ont confirmé une structure à concept unique qui expliquait 64,83 % de la variance. L'alpha de Cronbach a été calculé pour déterminer la fiabilité de la consistance interne de l'échelle totale ($\alpha = 0,897$). Les statistiques Item-Total indiquent que tous les items, sauf un, fonctionnent bien en tant que concept unique car le fait de retirer les items diminue la fiabilité de l'échelle. L'item suivant devrait faire l'objet d'un examen ainsi qu'une révision ou une suppression possible de

l'échelle sur le dépistage du VIH et des ITS : *Si j'avais une infection transmissible sexuellement, j'ai confiance de pouvoir en parler à mon ou mes partenaires actuels.* Les résultats étaient similaires lorsque des analyses ont été effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines. Les pondérations des facteurs de rotation de chaque item sur ce facteur et la consistance interne de l'échelle unique sont représentées dans le tableau 7 pour l'échantillon complet.

TABLEAU 7. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS

Item	Composante 1	Alpha de Cronbach si l'item est supprimé
J'ai confiance que je pourrais demander à un médecin ou à un professionnel de la santé de me soumettre à un test de dépistage du VIH.	0,878	0,866
J'ai confiance que je pourrais demander à mon partenaire de se soumettre à un test de dépistage du VIH.	0,900	0,856
J'ai confiance que je pourrais demander à mon médecin ou à mon professionnel de la santé de me soumettre à un test de dépistage des ITS.	0,903	0,859
J'ai confiance que je pourrais demander à mon partenaire de se soumettre à un test de dépistage des ITS.	0,893	0,858
Si j'avais une infection transmise sexuellement, j'ai confiance de pouvoir en parler à mon ou mes partenaires actuels.	0,631	0,924

Note: N = 1038 (87.6%). Cronbach's Alpha for the scale = 0.897

Les résultats de l'analyse en composantes principales des items pondérés sur « l'efficacité personnelle en matière de la communication sexuelle » ont confirmé une structure à concept unique qui expliquait 67,62 % de la variance. L'alpha de Cronbach a été calculé pour déterminer la fiabilité de la consistance interne de l'échelle totale ($\alpha = 0,839$). Les statistiques Item-Total semblent indiquer que tous les items fonctionnent bien en tant que concept unique car le fait de

retirer les items diminue la fiabilité de l'échelle. Les résultats étaient similaires lorsque des analyses ont été effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines. Les pondérations des facteurs de rotation de chaque item sur ce facteur et la consistance interne de l'échelle unique sont représentées dans le tableau 8 ci-dessous pour l'échantillon complet.

TABLEAU 8. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de l'efficacité personnelle en matière de la communication sexuelle

Item	Composante 1	Alpha de Cronbach si l'item est supprimé
Si j'avais régulièrement de la difficulté à ressentir de l'excitation sexuelle, j'ai confiance de pouvoir en parler à un médecin.	0,827	0,796
Si je ressentais régulièrement de la douleur au cours d'une activité sexuelle, j'ai confiance de pouvoir en parler à un médecin.	0,885	0,751
Si je ressentais régulièrement de la douleur au cours d'une activité sexuelle, j'ai confiance de pouvoir en parler à mon ou mes partenaires.	0,791	0,814
Si j'ai des questions au sujet de la santé sexuelle, je pense que je pourrais les poser à un enseignant, à un professionnel de la santé (p. ex., médecin ou infirmière) ou à un autre éducateur en santé sexuelle.	0,783	0,818

Note : N = 1062 (89,6 %). L'alpha de Cronbach pour l'échelle = 0,839

Les résultats de l'analyse en composantes principales des items pondérés sur « l'efficacité personnelle en matière de limites sexuelles » ont confirmé une structure à concept unique qui expliquait 70,97 % de la variance. L'alpha de Cronbach a été calculé pour déterminer la fiabilité de la consistance interne de l'échelle totale ($\alpha = 0,788$). Les statistiques Item-Total semblent indiquer que tous les items fonctionnent bien en tant que concept unique car le fait de retirer les

items diminue la fiabilité de l'échelle. Les résultats étaient similaires lorsque des analyses ont été effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines. Les pondérations des facteurs de rotation de chaque item sur ce facteur et la consistance interne de l'échelle unique sont représentées dans le tableau 9 ci-dessous pour l'échantillon complet.

TABLEAU 9. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de l'efficacité personnelle en matière de limites sexuelles

Item	Composante 1	Alpha de Cronbach si l'item est supprimé
J'ai confiance de pouvoir sortir avec une personne sans ressentir l'obligation d'avoir des activités sexuelles avec elle.	0,819	0,759
J'ai confiance de pouvoir choisir quand et où j'aurai des activités sexuelles.	0,887	0,629
J'ai confiance de pouvoir refuser une activité sexuelle avec laquelle je ne me sens pas à l'aise.	0,819	0,751

Note : N = 1089 (91,9 %). L'alpha de Cronbach pour l'échelle = 0,788

Les résultats de l'analyse en composantes principales des items pondérés sur « l'affirmation sexuelle » ont confirmé une structure à concept unique qui expliquait 59,38 % de la variance. L'alpha de Cronbach a été calculé pour déterminer la fiabilité de la consistance interne de l'échelle totale ($\alpha = 0,825$). Les statistiques Item-Total semblent indiquer que tous les items fonctionnent bien en tant que concept unique car le fait de retirer les items diminue la fiabilité de l'échelle.

Les résultats étaient similaires lorsque des analyses ont été effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines. Les pondérations des facteurs de rotation de chaque item sur ce facteur et la consistance interne de l'échelle unique sont représentées dans le tableau 10 ci-dessous pour l'échantillon complet.

TABLEAU 10. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de l'affirmation sexuelle

Item	Composante 1	Alpha de Cronbach si l'item est supprimé
Je m'affirme au sujet des aspects sexuels de ma vie.	0,796	0,782
J'exprime directement mes préférences et mes besoins sexuels.	0,869	0,748
Je suis le type de personne qui insiste pour qu'on satisfasse mes besoins sexuels.	0,684	0,820
Si je devais avoir des relations sexuelles, je dirais à mon partenaire ce que j'aime.	0,790	0,784
J'ai confiance de pouvoir dire à quelqu'un comment me donner du plaisir sexuel.	0,699	0,814

Note : N = 1040 (87,8 %). L'alpha de Cronbach pour l'échelle = 0,825

Les résultats de l'analyse en composantes principales des items pondérés sur « la fonction sexuelle » ont confirmé une structure à concept unique qui expliquait 56,324 % de la variance. La fiabilité de la consistance interne de l'échelle totale ($\alpha = 0,603$) et les statistiques Item-Total semblent indiquer que ces items ne fonctionnent pas bien en tant que concept unique. L'indice alpha de Cronbach normalisé figure sous le point de découpage minimum de 0,7. La suppression d'items n'améliorerait pas suffisamment la fiabilité

de l'échelle pour répondre à ce critère minimum. Les résultats étaient similaires lorsque des analyses ont été effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines. Les pondérations des facteurs de rotation de chaque item sur ce facteur et la consistance interne de l'échelle unique sont représentées dans le tableau 11 ci-dessous pour l'échantillon complet.

TABLEAU 11. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de la fonction sexuelle

Item	Composante 1	Alpha de Cronbach si l'item est supprimé
Quelle est la force de votre désir sexuel?	0,837	0,319
L'excitation est-elle facile pour vous?	0,791	0,460
En général, quand vous avez des activités sexuelles, dans quelle mesure sont-elles agréables pour vous?	0,362	0,624

Note : N = 1014 (85,6 %). L'alpha de Cronbach normalisé pour l'échelle = 0,603

Les résultats de l'analyse en composantes principales des items pondérés sur « l'approche sexuelle » ont confirmé une structure à concept unique qui expliquait 62,59 % de la variance. La fiabilité de la consistance interne de l'échelle totale ($\alpha = 0,696$) et les statistiques Item-Total semblent indiquer que ces items ne fonctionnent pas bien en tant que concept unique. L'indice alpha de Cronbach normalisé figure sous le point de découpage minimum de 0,7. La suppression d'un des items améliorerait suffisamment la fiabilité de l'échelle pour répondre à ce critère minimum. L'item suivant devrait faire l'objet d'un examen ainsi qu'une

révision ou une suppression possible de l'échelle sur l'approche sexuelle : *Je pense que les meilleures relations sexuelles sont celles qui sont sans engagement.* Les résultats étaient similaires lorsque des analyses ont été effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines. Les pondérations des facteurs de rotation de chaque item sur ce facteur et la consistance interne de l'échelle unique sont représentées dans le tableau 12 ci-dessous pour l'échantillon complet.

TABLEAU 12. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de l'approche sexuelle

Item	Composante 1	Alpha de Cronbach si l'item est supprimé
Je n'ai pas à faire de promesse à une personne pour avoir des relations sexuelles avec elle.	0,814	0,578
Les relations sexuelles occasionnelles sont acceptables.	0,849	0,496
Les meilleures relations sexuelles sont celles qui sont sans engagement.	0,704	0,715

Note : N = 1092 (92,2 %). L'alpha de Cronbach pour l'échelle = 0,696

Les résultats de l'analyse en composantes principales des items pondérés sur « la victimisation liée à la violence entre partenaires intimes » ont confirmé une structure à concept unique qui expliquait 77,7 % de la variance. L'alpha de Cronbach a été calculé pour déterminer la fiabilité de la consistance interne de l'échelle totale ($\alpha = 0,904$). Les statistiques Item-Total semblent indiquer que tous les items fonctionnent bien en tant que concept unique car le fait de retirer les

items diminue la fiabilité de l'échelle. Les résultats étaient similaires lorsque des analyses ont été effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines. Les pondérations des facteurs de rotation de chaque item sur ce facteur et la consistance interne de l'échelle unique sont représentées dans le tableau 13 ci-dessous pour l'échantillon complet.

TABEAU 13. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de la victimisation liée à la violence entre partenaires intimes

Item	Composante 1	Alpha de Cronbach si l'item est supprimé
En général, dans vos relations sexuelles, à quelle fréquence arrive-t-il qu'un (ou certains) de vos partenaires vous intimide verbalement?	0,893	0,869
En général, dans vos relations sexuelles, à quelle fréquence arrive-t-il qu'un (ou certains) de vos partenaires montre de l'agressivité envers vous?	0,903	0,864
En général, dans vos relations sexuelles, à quelle fréquence arrive-t-il qu'un (ou certains) de vos partenaires vous insulte?	0,890	0,872
En général, dans vos relations sexuelles, à quelle fréquence arrive-t-il qu'un (ou certains) de vos partenaires vous fait mal physiquement?	0,839	0,897

Note : N = 966 (81,5 %). L'alpha de Cronbach pour l'échelle = 0,904

Les résultats de l'analyse en composantes principales des items pondérés sur « la coercition sexuelle » ont confirmé une structure à concept unique qui expliquait 68,88 % de la variance. L'alpha de Cronbach a été calculé pour déterminer la fiabilité de la consistance interne de l'échelle totale ($\alpha = 0,803$). Les statistiques Item-Total semblent indiquer que tous les items sauf un fonctionnent bien en tant que concept unique car le fait de retirer les items diminue la fiabilité de l'échelle. Bien que la consistance interne de l'échelle satisfasse les critères minimum lorsque l'item est inclu, l'item suivant devrait faire l'objet d'un examen ainsi qu'une révision ou une suppression possible de

l'échelle sur la « coercition sexuelle » : *À quelle fréquence vous a-t-on imposé des activités sexuelles contre votre volonté (sans que vous vouliez le faire)?* Les trois autres items de l'échelle mesureraient les « relations sexuelles de survie ». Les résultats étaient similaires lorsque des analyses ont été effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines. Les pondérations des facteurs de rotation de chaque item sur ce facteur et la consistance interne de l'échelle unique sont représentées dans le tableau 14 pour l'échantillon complet.

TABLEAU 14. Matrice des composantes et fiabilité de la consistance interne de la coercition sexuelle

Item	Composante 1	Alpha de Cronbach si l'item est supprimé
À quelle fréquence vous a-t-on imposé des activités sexuelles contre votre volonté (sans que vous vouliez le faire)?	0,621	0,889
À quelle fréquence avez-vous eu des activités sexuelles avec quelqu'un sans votre consentement pour de l'argent?	0,884	0,720
À quelle fréquence avez-vous eu des activités sexuelles avec quelqu'un sans votre consentement pour de la drogue?	0,901	0,714
À quelle fréquence avez-vous eu des activités sexuelles sans votre consentement avec quelqu'un pour des cadeaux, des biens, un endroit où dormir, de la nourriture ou des services?	0,881	0,706

Note : N = 1092 (92,2 %). L'alpha de Cronbach pour l'échelle = 0,803

Validité de construit

La validité de construit fait référence à la mesure dans laquelle les variables qui devraient être apparentées dans les données le sont effectivement. La validité de construit a été évaluée à l'aide de tests du chi carré de signification, de tests t pour échantillons indépendants et des corrélations entre deux variables.¹¹ On s'attend à ce que, avec un échantillon de jeunes âgés de 16 à 24 ans, le niveau de scolarité complété sera directement proportionnel à l'âge. Les participants plus âgés auront eu l'occasion de compléter des niveaux de scolarité plus élevés que les participants plus jeunes. La corrélation entre deux variables pour l'âge

des répondants et le niveau de scolarité complété appuie cette hypothèse ($R = 0,556$, $p \leq 0,01$). L'âge des participants et leur niveau de scolarité complété sont directement corrélés, ce qui indique que plus l'âge du participant augmente, plus son niveau de scolarité complété augmente aussi. Les analyses effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines ont donné des résultats similaires.

L'hypothèse a été émise que les participants qui ont indiqué avoir déjà eu des difficultés à avoir des relations sexuelles, en raison de divers troubles médicaux ou incapacités, obtiendraient des scores moins élevés sur les items du questionnaire liés à la satisfaction sexuelle, le désir sexuel, le plaisir sexuel et l'excitation sexuelle. Des tests t pour échantillons indépendants ont été effectués afin de mesurer les différences entre les résultats moyens de ceux qui ont indiqué avoir déjà eu des difficultés à avoir des relations sexuelles et ceux qui ont indiqué ne pas en avoir eu, pour chacun des items ci-dessus. Les résultats sont présentés dans le tableau 15 pour l'échantillon complet.

¹¹ Le type d'analyse utilisé pour mesurer les associations dépend du type de mesure des variables analysées. Cette analyse était conforme à la norme acceptée, selon laquelle des tests du chi carré ont été utilisés pour deux variables nominales ou ordinales; des tests t pour échantillons indépendants ont été utilisés afin de mesurer les associations entre une variable nominale ayant deux catégories et une variable continue, et dans quelques cas, une variable ordinale qui pouvait être considérée comme une variable continue selon ses catégories de réponses et sa distribution; des corrélations entre deux variables ont été utilisées pour mesurer l'association entre deux variables continues. Avant d'effectuer ces tests d'association, des statistiques diagnostiques ont été effectuées afin de s'assurer que les variables ne violaient pas les hypothèses de l'analyse.

Les scores moyens de satisfaction sexuelle étaient de 2,37 et 2,61 pour les participants qui avaient eu et ceux qui n'avaient pas eu des difficultés à tirer plaisir des relations sexuelles respectivement. La différence entre ces moyennes était significative ($p \leq 0,05$), ce qui conforte l'hypothèse selon laquelle les participants ayant indiqué avoir déjà eu des difficultés à avoir des relations sexuelles obtiennent un score moyen inférieur de satisfaction sexuelle que ceux qui n'ont pas ces difficultés. Les scores moyens sur la force du désir sexuel des participants étaient de 2,41 et 2,85 pour les participants qui avaient et ceux qui n'avaient pas déjà eu des difficultés à avoir des relations sexuelles respectivement. La différence entre ces moyennes était significative ($p \leq 0,001$), ce qui conforte l'hypothèse selon laquelle ceux qui ont indiqué avoir déjà eu des difficultés à avoir des relations sexuelles ont indiqué que la force de leur désir sexuel est plus faible (en moyenne) que ceux qui n'ont pas eu ces difficultés. Les scores moyens sur le degré de plaisir sexuel ressenti par les participants étaient de 2,91 et 3,07 pour les participants qui avaient eu et ceux qui n'avaient pas déjà eu des difficultés à avoir des relations sexuelles respectivement. La différence entre ces moyennes n'était pas considérable ($p = 0,139$). Les participants qui ont indiqué avoir déjà eu des difficultés à avoir

des relations sexuelles n'ont pas indiqué des niveaux de plaisir sexuel considérablement différents que ceux qui n'ont pas indiqué pas ces difficultés. Les scores moyens sur la facilité à ressentir de l'excitation sexuelle pour les participants étaient de 0,82 et 1,04 pour les participants qui avaient eu et ceux qui n'avaient pas déjà eu des difficultés à avoir des relations sexuelles respectivement. La différence entre ces moyennes était significative ($p \leq 0,001$), ce qui conforte l'hypothèse selon laquelle ceux qui ont indiqué avoir déjà eu des difficultés à avoir des relations sexuelles ont indiqué également moins de facilité (en moyenne) à ressentir de l'excitation sexuelle que ceux qui n'ont pas indiqué ces difficultés.

Les analyses effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines ont donné des résultats similaires. Pour chacun de ces sous-groupes, les scores moyens de satisfaction sexuelle, la force du désir sexuel, le degré de plaisir sexuel ressenti et la facilité à ressentir de l'excitation sexuelle étaient considérablement moins élevés chez les participants qui ont indiqué avoir déjà eu des difficultés à avoir des relations sexuelles en raison de troubles médicaux que chez les participants qui n'ont pas indiqué cette difficulté.

TABLEAU 15. Tests t pour échantillons indépendants visant à déterminer les différences entre les résultats moyens, en matière de satisfaction sexuelle, de désir sexuel, de plaisir sexuel et d'excitation sexuelle, des personnes qui ont, et celles qui n'ont pas, de la difficulté à avoir des relations sexuelles

Item	Groupe de l'essai	Moyenne	Test t : égalité des moyennes
En général, même si vous n'êtes pas sexuellement actif, dans quelle mesure l'aspect sexuel de votre vie vous satisfait-il?	Aucune difficulté	2,61	$p \leq 0,05$
	Difficultés à avoir des relations sexuelles	2,37	
Quelle est la force de votre désir sexuel?	Aucune difficulté	2,85	$p \leq 0,001$
	Difficultés à avoir des relations sexuelles	2,41	
En général, quand vous avez des activités sexuelles, dans quelle mesure sont-elles agréables pour vous? ^a	Aucune difficulté	3,07	$p = 0,139$
	Difficultés à avoir des relations sexuelles	2,91	
L'excitation est-elle facile pour vous?	Aucune difficulté	1,04	$p \leq 0,001$
	Difficultés à avoir des relations sexuelles	0,82	

Note : ^aCeux qui n'avaient jamais eu d'activités sexuelles étaient exclus de cette analyse

Des analyses parallèles ont été effectuées afin d'évaluer les différences entre les participants qui ont indiqué avoir déjà eu de la difficulté à tirer plaisir des relations sexuelles et ceux qui ont indiqué ne pas en avoir eu. Les hypothèses étaient les suivantes : les participants ayant déjà eu des difficultés à tirer plaisir des relations sexuelles indiqueraient également des niveaux moins élevés de satisfaction sexuelle, de désir sexuel, de plaisir sexuel et de facilité à éprouver l'excitation sexuelle. Les résultats des tests t pour échantillons indépendants sont résumés dans le tableau 16 ci-dessous. Les scores moyens de satisfaction sexuelle étaient de 2,42 et 2,59 pour les participants qui ont indiqué avoir déjà eu de la difficulté à tirer plaisir des relations sexuelles et ceux qui n'ont pas indiqué en avoir eu respectivement. La différence entre ces moyennes n'était pas significative ($p = 0,146$). Les participants qui ont indiqué avoir déjà eu de la difficulté à tirer plaisir des relations sexuelles n'ont pas indiqué des niveaux de satisfaction sexuelle moins élevés que ceux qui n'ont pas indiqué cette difficulté. Les scores moyens pour le désir sexuel étaient de 2,54 et 2,81 pour les participants qui ont indiqué avoir déjà eu de la difficulté à tirer plaisir des relations sexuelles et ceux qui n'ont pas indiqué en avoir eu respectivement. La différence entre ces moyennes était significative ($p \leq 0,05$), ce qui conforte l'hypothèse selon laquelle les participants qui ont indiqué avoir déjà eu de la difficulté à tirer plaisir des relations sexuelles ont également indiqué un désir sexuel inférieur à celui des participants qui n'ont pas indiqué cette difficulté. Les scores moyens pour le plaisir sexuel étaient de 2,82 et 3,10 pour les participants qui ont

indiqué avoir déjà eu de la difficulté à tirer plaisir des relations sexuelles et ceux qui n'ont pas indiqué en avoir eu respectivement. La différence entre ces moyennes était significative ($p \leq 0,05$), ce qui conforte l'hypothèse selon laquelle les participants qui ont indiqué avoir déjà eu de la difficulté à tirer plaisir des relations sexuelles indiquaient également des niveaux de plaisir sexuel moins élevés que les participants qui n'ont pas indiqué cette difficulté. Les scores moyens pour la facilité à ressentir de l'excitation sexuelle étaient de 1,63 et 0,95 pour les participants qui ont indiqué avoir déjà eu de la difficulté à tirer plaisir des relations sexuelles et ceux qui n'ont pas indiqué en avoir eu respectivement. La différence entre ces moyennes n'était pas significative ($p = 0,091$). Les participants qui ont indiqué avoir déjà eu de la difficulté à tirer plaisir des relations sexuelles n'ont pas indiqué une facilité considérablement différente quant à la facilité à ressentir de l'excitation sexuelle que les participants qui n'ont pas indiqué cette difficulté.

Les analyses effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines ont donné des résultats similaires. Pour chacun de ces sous-groupes, les scores moyens pour la force du désir sexuel et le degré de plaisir sexuel étaient considérablement moins élevés chez les participants qui ont indiqué avoir déjà eu de la difficulté à tirer plaisir des relations sexuelles en raison de troubles médicaux que chez les participants qui n'ont pas indiqué cette difficulté.

TABLEAU 16. Tests t pour échantillons indépendants visant à déterminer les différences entre les résultats moyens, en matière de satisfaction sexuelle, de désir sexuel, de plaisir sexuel et d'excitation sexuelle, des personnes qui ont, et celles qui n'ont pas, de la difficulté à tirer plaisir des relations sexuelles

Item	Groupe de l'essai	Moyenne	Test t : égalité des moyennes
En général, même si vous n'êtes pas sexuellement actif, dans quelle mesure l'aspect sexuel de votre vie vous satisfait-il?	Aucune difficulté	2,59	p = 0,146
	Difficultés à tirer plaisir des relations sexuelles	2,42	
Quelle est la force de votre désir sexuel?	Aucune difficulté	2,81	p ≤ 0,05
	Difficultés à tirer plaisir des relations sexuelles	2,54	
En général, quand vous avez des activités sexuelles, dans quelle mesure sont-elles agréables pour vous? ^a	Aucune difficulté	3,10	p ≤ 0,05
	Difficultés à tirer plaisir des relations sexuelles	2,82	
L'excitation est-elle facile pour vous?	Aucune difficulté	0,95	p = 0,091
	Difficultés à tirer plaisir des relations sexuelles	1,63	

Note : ^a Ceux qui n'avaient jamais eu d'activités sexuelles étaient exclus de cette analyse

L'hypothèse a été émise que les participants ayant indiqué qu'ils ont déjà eu de la difficulté à se protéger en raison de divers troubles médicaux ou d'une incapacité indiqueraient qu'ils utilisent des condoms¹² en proportions inférieures que les participants qui n'ont pas indiqué cette difficulté. Des tests du chi carré de signification ont été effectués afin d'évaluer les différences entre la proportion de participants ayant indiqué qu'ils ont déjà eu de la difficulté à se protéger, sur leur utilisation de condoms lors de la dernière relation sexuelle vaginale ou anale.¹³ Une proportion considérablement moins élevée de participants ayant indiqué qu'ils ont déjà eu de la difficulté à se protéger ont indiqué avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des relations sexuelles vaginales avec une femme (38,1 %) que la

proportion de participants qui n'ont pas indiqué cette difficulté (62,7 %, p ≤ 0,05). Quant à la dernière relation sexuelle vaginale avec un homme, une proportion considérablement moins élevée de participants ayant indiqué qu'ils ont déjà eu de la difficulté à se protéger ont indiqué avoir utilisé un condom (31,8 %) que les participants qui n'ont pas indiqué cette difficulté (59,3 %, p ≤ 0,05). Il n'y a pas eu de différences significatives, quant à l'utilisation du condom pendant la dernière relation sexuelle anale, entre les participants ayant indiqué qu'ils ont déjà eu de la difficulté à se protéger et ceux qui ont indiqué ne pas avoir eu cette difficulté. Ces résultats étaient similaires pour les hommes et les femmes, les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que les participants des régions rurales et urbaines.

¹² Les condoms ont été choisis comme moyen de protection pour cette analyse car il s'agissait du moyen de protection indiqué le plus souvent pour les relations sexuelles avec une femme et les relations sexuelles avec un homme. Les proportions de répondants ayant indiqué l'utilisation d'un autre moyen de protection étaient trop faibles pour effectuer des analyses similaires.

¹³ Les différences parallèles n'ont pas été examinées pour les relations sexuelles orales car la proportion de participants utilisant divers moyens de protection pour les relations sexuelles orales étaient considérablement moins élevées que pour les relations sexuelles vaginales et anales.

L'hypothèse a aussi été émise selon laquelle les participants ayant indiqué avoir utilisé des condoms au cours des 12 derniers mois auraient des scores considérablement plus élevés sur l'échelle de « l'efficacité personnelle en matière de protection »¹⁴ que les participants ayant indiqué qu'ils n'ont pas

¹⁴ Des scores plus élevés sur l'échelle de « l'efficacité personnelle en matière de protection » représentent une meilleure efficacité personnelle en matière de protection.

utilisé des condoms au cours des 12 derniers mois. Des tests t pour échantillons indépendants ont été effectués afin d'évaluer la différence entre les scores moyens sur « l'efficacité personnelle en matière de protection » entre les participants ayant indiqué avoir utilisé des condoms au cours des 12 derniers mois et les participants ayant indiqué qu'ils n'en ont pas utilisés. Les scores moyens pour l'efficacité personnelle en matière de protection étaient de 24 et 22,13 chez les participants ayant indiqué avoir utilisé le condom au cours des 12 derniers mois et les participants qui ont indiqué ne pas l'avoir utilisé respectivement. La différence entre ces scores moyens était significative ($p \leq 0,001$), ce qui soutient l'hypothèse selon laquelle les participants qui ont indiqué avoir utilisé le condom au cours des 12 derniers mois ont des scores plus élevés sur l'échelle de « l'efficacité personnelle en matière de protection » que les participants qui ont indiqué ne pas avoir utilisé le condom durant cette période. Les analyses effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines ont donné des résultats similaires. Pour chacun de ces sous-groupes, les scores moyens sur l'échelle de l'efficacité personnelle en matière de protection étaient considérablement plus élevés chez les participants ayant indiqué avoir utilisé le condom au cours des 12 derniers mois que chez les participants ayant indiqué qu'ils n'ont pas utilisé le condom durant cette période.

L'hypothèse a été émise que les participants ayant indiqué avoir subi un test de dépistage des ITS au cours des 12 derniers mois auraient des scores plus élevés pour « l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS » que les participants ayant indiqué qu'ils n'avaient pas subi un test de dépistage des ITS au cours des 12 derniers mois.¹⁵ Des tests t pour échantillons indépendants ont été effectués afin d'évaluer la différence entre les scores

¹⁵ Des scores plus élevés sur l'échelle de « l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS » représentent une meilleure efficacité par rapport à l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS.

moyens pour « l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS » de ceux ayant indiqué avoir subi un test de dépistage des ITS et ceux ayant indiqué qu'ils n'avaient pas subi ce type de test au cours des 12 derniers mois. Les scores moyens étaient de 15,27 et 13,93 chez les participants qui ont indiqué avoir subi un test de dépistage des ITS et chez ceux qui ont indiqué ne pas avoir subi un test de dépistage des ITS au cours des 12 derniers mois. La différence entre ces scores moyens était significative ($p \leq 0,001$), ce qui conforte l'hypothèse selon laquelle les participants qui ont indiqué avoir subi un test de dépistage des ITS au cours des 12 derniers mois ont des scores plus élevés sur l'échelle de « l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS » que ceux qui ont indiqué qu'ils n'ont pas subi de test de dépistage des ITS durant cette période. Les analyses effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines ont donné des résultats similaires. Pour chacun de ces sous-groupes, les scores moyens sur l'échelle de « l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS » étaient considérablement plus élevés chez ceux qui avaient indiqué avoir subi un test de dépistage des ITS au cours des 12 derniers mois que pour ceux ayant indiqué ne pas avoir subi un test de dépistage des ITS durant cette période.

Des analyses similaires ont été effectuées afin d'évaluer les différences dans les scores moyens pour « l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS » entre les participants ayant indiqué avoir subi un test de dépistage du VIH et ceux ayant indiqué qu'ils n'avaient pas subi un tel test au cours des 12 derniers mois. Les scores moyens étaient de 15,32 et 14,04 chez les participants ayant indiqué qu'ils avaient subi un test de dépistage du VIH et les participants ayant indiqué qu'ils n'avaient pas subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois respectivement. La différence dans ces scores moyens était significative ($p \leq 0,001$), ce qui conforte l'hypothèse selon laquelle les participants

qui ont indiqué avoir subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois ont des scores plus élevés pour « l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS » que les participants qui ont indiqué qu'ils n'ont pas subi un tel test durant cette période. Les analyses effectuées séparément pour les hommes et les femmes, pour les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que pour les participants des régions rurales et urbaines ont donné des résultats similaires. Pour chacun de ces sous-groupes, les scores moyens sur l'échelle de l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS étaient considérablement plus élevés chez les participants ayant indiqué avoir subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois que chez les participants ayant indiqué qu'ils n'avaient pas subi un tel test durant cette période.

L'hypothèse a été émise qu'il y aurait une corrélation significative entre l'orientation sexuelle des participants, les personnes envers qui ils sont attirés, et leurs partenaires intimes habituels. Des tests du chi carré de signification ont été effectués afin d'évaluer le degré d'association parmi ces items du questionnaire. Une association significative ($p \leq 0,001$) a été découverte entre l'orientation sexuelle des participants et les personnes envers qui ils sont attirés. La majorité des participants s'identifiant comme hétérosexuel (84,3 %) ont également indiqué être attiré uniquement par des personnes de sexe opposé. Parmi les participants s'identifiant comme gai ou lesbienne, 50 % ont indiqué être attiré uniquement par des personnes du même sexe et 44,4 % ont indiqué être attiré majoritairement par des personnes du même sexe. Les réponses parmi ceux s'identifiant comme bisexuel et bispirituel sont réparties dans les trois catégories du centre : attiré autant par les personnes du même sexe que par celles du sexe opposé (42,9 %), majoritairement des personnes du même sexe (17,1 %) et majoritairement des personnes du sexe opposé (38,1 %). Une association significative ($p \leq 0,001$) a été découverte entre l'orientation sexuelle des participants et les partenaires avec

qui ils ont habituellement des activités sexuelles. De plus, des tendances identiques ont été trouvées chez ceux envers qui ils sont attirés. Une association significative ($p \leq 0,001$) a également été découverte entre les personnes qui attirent les participants et les partenaires avec qui ils ont habituellement des activités sexuelles. Ces résultats étaient similaires pour les hommes et les femmes, les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que les participants des régions rurales et urbaines.

Validité de critères

Il y a divers types de validité de critères. Un type fait référence à la mesure dans laquelle les données d'une nouvelle enquête corréleront avec les données d'une enquête reconnue qui mesure le même phénomène. Pour ce faire, on administre habituellement les deux enquêtes différentes simultanément aux participants, puis on examine les corrélations statistiques des données. La validité de critères, au sens strict décrit ci-dessus, n'a pas été évaluée dans le cadre de cette étude pilote cependant, les données peuvent être comparées aux résultats d'items précis qui figurent dans d'autres études récentes afin d'avoir une idée approximative de la validité des données recueillies.

Selon les résultats de l'enquête intitulée *Adolescent Health Survey* (enquête sur la santé des adolescents), réalisée en 2008 (Smith et coll., 2009), l'âge le plus courant pour les premières relations sexuelles tel qu'indiqué par les jeunes en Colombie-Britannique de la 7^e année à la 12^e année, est 15 ans. Dans les données de l'essai pilote, nous avons trouvé que l'âge médian pour les premières relations sexuelles vaginales avec un homme ou une femme était juste au-dessus de 15 ans. Les résultats de la *Adolescent Health Survey* semblent aussi indiquer que 60 % des jeunes rapportent avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des relations sexuelles. Dans les données de l'essai pilote, nous avons découvert que 60,1 % des participants ont rapporté avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des relations sexuelles vaginales avec une femme et 55,4 % ont indiqué

avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des relations sexuelles vaginales avec un homme. Des proportions un peu moins élevées d'adolescents ont indiqué avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des relations sexuelles anales avec une femme (50 %) et un homme (46,4 %). Enfin, les résultats de l'enquête *Adolescent Health Survey* indiquent que 5 % des jeunes ont utilisé un contraceptif d'urgence (la « pilule du lendemain ») la dernière fois qu'ils ont eu des relations sexuelles. Dans les données de l'essai pilote, nous avons découvert que 4,9 % des participants ont indiqué avoir utilisé un contraceptif d'urgence la dernière fois qu'ils ont eu des relations sexuelles vaginales avec une femme et 9,0 % ont indiqué avoir utilisé cette méthode la dernière fois qu'ils ont eu des relations sexuelles vaginales avec un homme.

Lors d'une étude réalisée auprès des jeunes de Toronto, Flicker et ses collègues (2009) ont découvert que les deux sources préférées pour l'information sur la santé sexuelle sont les professionnels de la santé et les amis. Dans les données de l'essai pilote, nous avons également découvert que les deux sources préférées pour l'information sur la santé sexuelle étaient les professionnels de la santé (31 %) et les amis (21 %).

Fiabilité test-retest

La fiabilité fait référence à la cohérence des données. La fiabilité test-retest est une mesure de la cohérence des données qui ne devraient pas changer avec le temps. Il existe de nombreuses façons d'évaluer cette forme de fiabilité. La méthode utilisée dans le cadre de cette étude pilote était de demander aux participants de fournir la même information à divers endroits dans le questionnaire. Des tests du chi carré d'association ont été utilisés pour mesurer le degré d'association des réponses à divers endroits dans le questionnaire.

Il y a eu une seule occasion de mesurer le test-retest dans l'outil d'enquête. On a demandé aux participants s'ils avaient eu une activité sexuelle (ou non) avec un partenaire à deux endroits dans le questionnaire, soit au cours du premier tiers du

questionnaire et encore au cours du dernier tiers du questionnaire. Environ 95 % de ceux qui ont indiqué, au cours du premier tiers du questionnaire, qu'ils avaient eu une activité sexuelle avec un partenaire étaient conséquent dans leur réponse à la question similaire au cours du dernier tiers du questionnaire ($p \leq 0,001$). Ces résultats étaient similaires pour les hommes et les femmes, les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que les participants des régions rurales et urbaines.

Coefficient d'objectivité

Le coefficient d'objectivité fait référence à la cohérence des données des participants qui remplissent différentes versions d'un questionnaire. Dans le cadre de cette étude pilote, le coefficient d'objectivité a été évalué pour les participants qui ont rempli le questionnaire en anglais et ceux qui l'ont rempli en français. En particulier, les analyses de la validité de contenu et de la validité de construit décrites ci-dessus ont d'abord été effectuées pour l'échantillon total, et puis encore une fois pour les répondants anglais et français séparément. Les résultats des analyses séparées des questionnaires anglais et français étaient identiques en tout points (sauf un) à l'échantillon complet. Dans la version française du questionnaire, « l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS » ne démontre pas la validité de contenu dans l'analyse multitrajet et l'analyse en composantes principales. Les items qui étaient pondérés sur un facteur unique, à la fois pour l'échantillon complet et la version anglaise du questionnaire, n'étaient pas pondérés pour un seul facteur pour la version française du questionnaire. En outre, cette échelle ne démontre pas une bonne validité de construit dans la version française du questionnaire. Dans l'échantillon complet et la version anglaise du questionnaire, les participants qui ont indiqué avoir subi un test de dépistage des ITS au cours des 12 derniers mois avaient des scores considérablement plus élevés sur l'échelle de « l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS » que ceux qui ont indiqué qu'ils

n'avaient pas subi de test de dépistage des ITS durant cette période. Dans la version française du questionnaire, il n'y avait pas de différence significative dans les scores portant sur « l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS » entre les participants qui ont indiqué avoir subi un test de dépistage des ITS et ceux qui ont indiqué ne pas avoir subi de test de dépistage des ITS au cours des 12 derniers mois ($p = 0,278$). Cette même tendance apparaît dans la version française de l'enquête entre les participants qui ont indiqué avoir subi un test de dépistage des ITS et ceux qui ont indiqué ne pas avoir subi de test de dépistage des ITS au cours des 12 derniers mois ($p = 0,383$).

DONNÉES QUALITATIVES

On avait demandé aux assistants de recherche de consigner leurs expériences par rapport au recrutement et la collecte de données dans un journal afin de garder une trace des problèmes qui se présentaient. Bien qu'aucun formulaire n'ait été créé spécifiquement, le Manuel de formation des assistants de recherche indiquait qu'à la fin de chaque séance de collecte de données, les assistants de recherche devaient consigner « les réflexions, sentiments et expériences, bonnes ou mauvaises » de la journée. Des exemples tels que le nombre de participants, leur âge, « ce qui avait fonctionné » et « ce qui n'avait pas fonctionné » figuraient dans le manuel.

Un total de 13 manuels a été soumis et révisé. Les informations ont été regroupées par thèmes afin de faciliter l'analyse. Des questions similaires ont été décrites dans les quatre sites où l'enquête a eu lieu. Elles ont été regroupées en trois thèmes : 1) Questions d'ordre technique liées à l'auto-interview assisté par ordinateur 2) Problèmes d'ordre méthodologique liés au recrutement, à l'administration du questionnaire et à l'organisation de la collecte de données 3) Questions liées au contenu. À l'intérieur du troisième thème (les questions liées au contenu) une question secondaire ayant trait à la nature sexuée, selon certains, de quelques-unes des questions, a également été soulevée dans deux sites.

De nombreux participants ont indiqué aux assistants de recherche que le questionnaire était intéressant et qu'ils ont aimé le remplir. Plusieurs assistants de recherche ont noté que des participants sont retournés avec des amis qu'ils avaient recrutés après avoir rempli le questionnaire et d'autres participants ont dit qu'ils avaient des amis qui devraient remplir le questionnaire. D'autres commentaires sur l'expérience globale comprenaient des déclarations sur le fait que le questionnaire les avait fait réfléchir à leurs expériences et que dans certains cas, cette réflexion les avait rendus mal à l'aise. Les assistants de recherche ont également signalé que les participants avaient indiqué que, selon eux, davantage d'éducation sexuelle était nécessaire.

Questions d'ordre technique

CONSENTEMENT EN LIGNE

La première question d'ordre technique qui a été soulevée portait sur le processus lié au consentement en ligne. Afin de s'assurer que les jeunes consentaient à participer à l'enquête et parce qu'on avait reconnu que certains jeunes seraient mal à l'aise de se retirer de l'enquête pendant l'entretien particulier avec l'assistant de recherche, on a demandé aux participants de cliquer sur un bouton qui apparaissait à la première page pour indiquer leur volonté à remplir le questionnaire. La question comprenait un bouton pour le « oui » et un bouton pour le « non » mais le bouton « non » se trouvait au-dessus du bouton « oui » alors en lisant de haut en bas, la réponse était « non » ou « oui ». Par conséquent, de nombreux participants ont indiqué avoir cliqué involontairement sur le bouton « non », mettant fin à la session. Ceux-ci sont allés voir les assistants de recherche qui ont ouvert une nouvelle session à l'aide d'une différente combinaison du nom d'utilisateur et du mot de passe.

PARAMÈTRES DES TRANCHES D'ÂGE

Pour s'assurer que les participants se situaient dans la tranche d'âge cible de l'enquête sans demander qu'ils s'identifient, le paramètre par défaut pour la question sur l'âge des participants était le mois et l'année de naissance. Le programme avait été conçu

de manière à inclure le dernier jour du mois pour les personnes nées au cours de la dernière année possible pour se qualifier et le premier jour du mois pour les participants nés au cours de la première année possible pour se qualifier. En conséquence, quelques participants ont été exclus de l'enquête, en dépit du fait qu'ils n'avaient pas encore atteint l'âge de 24 ans (leur date de naissance tombait au cours du mois qu'ils remplissaient le questionnaire mais n'avait toujours pas eu lieu). D'autres avaient déjà fêté leur 16^e anniversaire mais ils ont rempli le questionnaire au cours du mois où tombait leur anniversaire.

MOT DE PASSE ET CODES DE CONNEXION

Quelques problèmes sont survenus concernant le mot de passe et les codes de connexion qui étaient nécessaires pour avoir accès au questionnaire. De nombreux assistants de recherche ont indiqué qu'après avoir ouvert une session pour un participant à l'aide de nouveaux codes, le programme indiquait la fin du questionnaire (comme si le participant l'avait déjà rempli). D'autres fois, un message apparaissait, leur indiquant que le code était incorrect. Ces problèmes ont été rapportés au fabricant du logiciel afin d'essayer de déterminer si le problème résultait de la technologie (p. ex. navigateurs ou versions de navigateur incompatibles ou anciens) quoique les données sur les ordinateurs utilisés pour administrer les questionnaires étaient souvent incomplètes et le problème n'a pas pu être résolu tout à fait.

CONNECTIVITÉ DIRECTE

Le questionnaire a été administré à l'aide d'un site Web en ligne sécurisé et l'accès Internet posait parfois un problème. La vitesse de la connexion et la puissance du signal (dans le cas des connexions sans fil) a eu un impact sur le fonctionnement de l'enquête et sur la capacité des participants à remplir le questionnaire d'un coup et sans interruption. Il y a eu plusieurs cas de connexions sans fil qui ont été coupées et dans ces cas, les assistants de recherche ont ouvert une nouvelle

session pour les participants (les combinaisons du nom d'utilisateur et du mot de passe étaient actives pendant 24 heures). Les assistants de recherche ont indiqué que, dans les cas où il y a eu des interruptions multiples dans la connectivité, la motivation des participants à remplir le questionnaire a diminué et certains ont choisi de ne pas finir de remplir le questionnaire.

NOUVELLES TECHNOLOGIES

Quelques assistants de recherche ont indiqué que de nombreux participants avaient manifesté de l'intérêt pour la possibilité de remplir le questionnaire sur leur appareil mobile (ordinateurs portatifs, iPhones, iPads) parce qu'ils étaient disponibles et parce que les participants étaient à l'aise avec leurs appareils.

Problèmes méthodologiques

ALPHABÉTISME

Tel qu'indiqué précédemment dans le rapport, le niveau d'alphabétisation nécessaire pour remplir le questionnaire a été identifié comme un problème dès le début par l'équipe de recherche. De nombreux assistants de recherche ont indiqué que des participants leur avaient demandé la signification de mots et de questions, en dépit des définitions survolées. Parce que la méthodologie de l'enquête empêchait les assistants de recherche de répondre aux questions sur la signification de termes pour garantir la cohérence méthodologique, plusieurs assistants de recherche ont noté que les participants qui ont posé de nombreuses questions semblaient soit prendre beaucoup de temps pour remplir le questionnaire, soit semblaient sauter des questions et terminer rapidement. Avant l'approbation de la méthodologie révisée qui permettait à un scribe de lire les questions au participant et de consigner ses réponses, il n'y avait aucune disposition pour les personnes dont le niveau d'alphabétisation était incompatible avec l'outil d'enquête. Aussi, des assistants de recherche des quatre sites ont noté le fait que certains participants semblaient avoir de la difficulté à lire le questionnaire.

COMPENSATION ET MOTIVATION

La procédure d'administration du questionnaire comprenait une rémunération pour les participants en reconnaissance de leur contribution à la recherche. Cette rémunération créa la possibilité que certains participants essaieraient peut-être de remplir le questionnaire plus d'une fois, ce qui était expressément interdit. Étant donné que l'essai pilote utilisait un échantillon choisi à dessein et parce qu'on a recruté activement dans des endroits où des jeunes marginalisés accèdent à des services, quelques assistants de recherche ont noté que des participants avaient essayé de remplir le questionnaire plus d'une fois; ils ont indiqué que cette rémunération leur était nécessaire.

Un autre problème qui est survenu en raison de la rémunération était la distribution des fonds. Parce que les participants étaient payés en argent comptant pour leur participation, les assistants de recherche devaient avoir de l'argent comptant chaque fois qu'ils recueillaient des données. Dans certains cas, où il était possible d'administrer le questionnaire des dizaines de fois au cours de la journée, ceci signifiait qu'ils devaient avoir en leur possession des sommes d'argent importantes et la collecte de données était limitée dans certains cas par le montant d'argent que l'assistant de recherche avait sur lui (ou elle).

ORGANISATION MATÉRIELLE

L'intention initiale pour l'étude pilote était d'avoir des salles où les participants auraient accès à un terminal d'ordinateur. De nombreux endroits où des participants potentiels se rassemblent n'avaient pas de salles d'ordinateurs. De plus, sur le terrain, les participants ont souvent manifesté de l'intérêt à remplir le questionnaire là où ils étaient, par exemple dans un lieu public, et d'utiliser l'ordinateur portable de l'assistant de recherche. De cette manière, la présence de participants qui remplissaient le questionnaire a permis de recruter d'autres élèves qui voyaient l'assistant de recherche et les participants et qui se sont renseignés sur le processus. Par conséquent, il était plus pratique

pour les assistants de recherche d'apporter des ordinateurs portatifs et d'administrer le questionnaire à partir de ces ordinateurs, placés de manière à ce que personne sauf les participants eux-mêmes puissent voir l'écran.

RECRUTEMENT

Tel qu'indiqué dans la méthodologie d'enquête, le recrutement a surtout été fait par le bouche à oreille (échantillonnage en boule de neige) et grâce à des affiches contenant des renseignements sur l'enquête. Des assistants de recherche ont indiqué dans leur journal, le fait que les affiches étaient moins efficaces que le bouche à oreille parce qu'elles ne comprenaient pas d'informations sur la rémunération; lorsque les participants apprenaient qu'ils seraient rémunérés, ils recrutaient leurs amis, qui emmenaient souvent d'autres amis aux sites de collecte de données.

Les assistants de recherche ont également soulevé la possibilité d'utiliser des nouvelles technologies comme les listes de diffusion et les invitations électroniques ainsi que les sites de réseautage social comme Facebook pour recruter les participants car il s'agit de plateformes que plusieurs jeunes utilisent pour recevoir et diffuser de l'information.

Questions liées au contenu

LONGUEUR ET FORMAT

Les participants ont indiqué aux assistants de recherche que le questionnaire était trop long, notamment s'ils avaient eu des activités sexuelles (car davantage de questions se posaient à eux). Un assistant de recherche a indiqué qu'un participant lui avait dévoilé que, bien qu'il soit bisexuel, il avait abandonné l'enquête avant de répondre à la série de questions concernant les activités sexuelles avec les hommes parce que c'était trop décourageant, après les avoir déjà toutes répondues pour les femmes.

Les participants ont aussi indiqué systématiquement que les questions matricielles étaient déroutantes, qu'elles étaient difficiles à comprendre, qu'elles portaient à confusion ou qu'elles prenaient trop de temps à répondre.

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

Des assistants de recherche ont constaté que les participants étaient déroutés par l'information sur les formulaires de consentement qui faisait référence aux « inconvénients éventuels de l'étude ». Quoique cette mise en garde ait eu pour but d'aviser les participants que le questionnaire contenait des questions sur le suicide et l'agression sexuelle, elle ne comprenait pas de mention explicite sur ces sujets. Dans certains cas, les participants ont cru que les inconvénients s'agissaient de décisions négatives par rapport aux services (programmes) résultant de l'enquête.

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

De nombreux assistants de recherche ont indiqué que les participants ont demandé quelle était la différence entre les régions « rurales » et « urbaines » dans la question sur le lieu de résidence. Cette question avait été modifiée à la suite de la tenue des groupes de discussion car dans la version précédente, on demandait aux participants d'identifier leur lieu de résidence selon la taille de la population, ce qui posait également un problème pour plusieurs participants.

Les participants ont indiqué que, bien qu'ils puissent cocher toutes les options à la question portant sur l'identité raciale et ethnique, ils ne trouvaient rien qui reflétait leur identité. En particulier, de nombreux participants ont suggéré d'ajouter « juif » comme identité ethnique car ils ne s'identifiaient pas au terme « du Moyen-Orient ou arabe ».

Quelques participants ont constaté que les choix liés à la scolarité ne tenaient pas compte des années passées à l'université ou au collège si un diplôme n'avait pas été obtenu.

OBTENIR DE L'INFORMATION ET DES SERVICES

Les assistants de recherche ont indiqué que certains participants croyaient qu'il devrait y avoir plus de choix par rapport aux endroits où ils pouvaient obtenir de l'information sur la santé sexuelle, notamment dans le cas de l'information en ligne. Bien que le

questionnaire comprenne « Internet » comme un choix possible, les participants ont indiqué qu'ils auraient aimé avoir des choix plus précis, comme des blogues ou des sites Web médicaux.

Des commentaires semblables ont été faits par rapport à la « pornographie ». Certains participants ont indiqué que la pornographie était leur seule source d'information sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires.

Les assistants de recherche ont noté que les participants ont aussi remarqué que les questions demandant s'ils avaient reçu « suffisamment » d'information de différentes sources étaient difficiles à répondre en raison des différentes attentes ou obligations selon la source (p. ex. enseignants et Internet).

Un autre participant a remarqué qu'il serait peut-être utile de demander si les contraintes financières posaient un problème par rapport à l'accès aux services ou si les services seraient disponibles s'ils avaient de l'argent.

QUESTIONS SEXUÉES

Les assistants de recherche ont indiqué qu'à plusieurs reprises, les participants ont remarqué que le questionnaire semblait s'adresser davantage aux femmes qu'aux hommes. À plusieurs occasions, notamment, des participants (hommes) ont remarqué que les questions liées à la contraception s'adressaient aux femmes. Aussi, que s'ils avaient accompagné leur partenaire pour accéder à des services (pour un contraceptif d'urgence ou contraception) ou avaient contribué financièrement, il n'y avait pas de façon claire de l'indiquer.

D'autres participants ont remarqué que le questionnaire perpétuait des notions binaires de la sexualité et quelques participants transgenres notamment n'avaient pas l'impression de pouvoir décrire leurs partenaires avec précision à l'aide des choix possibles.

IV. CONCLUSION

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Limites

Les résultats de cette étude pilote doivent être interprétés en tenant compte des limites de la méthodologie. Premièrement, bien que les lieux de recrutement aient été sélectionnés afin de refléter la diversification de l'échantillon conformément à une (ou plus d'une) des lignes dirigées, les participants eux-mêmes constituent un échantillon de convenance autosélectionné.

Deuxièmement, l'enquête recueille des données à l'aide de mesures auto-rapportées. Une des critiques courantes des mesures auto-rapportées est la mesure dans laquelle un participant répondra honnêtement à des questions portant sur des comportements de nature délicate ou, dans certains cas, illégaux. De nombreux aspects de la méthodologie contribuent à cette inquiétude quant à la précision des mesures auto-rapportées. Par exemple, pour de nombreuses questions, les participants doivent se rappeler de la dernière fois qu'un événement a eu lieu, si cet événement a eu lieu au cours des 12 derniers mois, la première fois qu'il a eu lieu et s'il a eu lieu au cours de leur vie. La précision des réponses peut être compromise encore davantage par le fait qu'il est difficile de se rappeler de ces événements. La littérature semble indiquer que l'ampleur de cette inexactitude est plus importante pour les périodes plus longues pour lesquelles le participant doit faire appel à sa mémoire (Catania et coll., 1993) ainsi que pour les événements ou les comportements qui ont lieu plus souvent (McFarlane et Lawrence, 1999). En outre, les participants ont rempli les questionnaires à des ordinateurs dans des pièces où d'autres participants remplissaient également le questionnaire. La présence des autres et l'idée que se font les participants de leur niveau d'intimité ont peut-être compromis davantage la précision des données auto-rapportées. Un examen de la littérature par Brener et ses collègues (2003) semble indiquer que les items qui ont le plus de chances d'avoir été modifiés par ces facteurs conjoncturels

sont ceux qui comprennent des comportements ou des attributs qu'on considère comme souhaitables à avoir. Des études semblent indiquer que, chez les jeunes, ceux-ci incluent la consommation d'alcool, la consommation de drogues et le comportement sexuel (Alexander et coll., 1993; Winters, Stinchfield, Henly et Schwartz, 1991). Les mesures prises pour s'assurer que les participants savaient que leurs réponses ne pouvaient pas être vues par les autres personnes qui se trouvaient dans la pièce constituaient les principaux moyens d'encourager l'honnêteté dans les réponses. Quelques-unes des mesures prises :

- › donner des instructions claires sur la façon dont le programme d'auto-interview assistée par ordinateur garantissait la confidentialité et l'anonymat;
- › indiquer qu'aucune information permettant d'identifier les participants serait incluse avec les réponses et qu'il serait impossible pour les chercheurs de savoir quelles réponses appartenaient à qui;
- › disposer les ordinateurs de la pièce de façon à ce que les écrans soient uniquement visibles aux participants¹⁶;
- › placer des isolements autour des stations de travail.

La littérature semble également indiquer que le fait d'utiliser un programme d'auto-interview assistée par ordinateur pour administrer les questionnaires diminue davantage le niveau du biais de désirabilité sociale de ce genre de données que d'autres formats d'enquêtes, y compris les questionnaires en personne administrés par un enquêteur et les questionnaires auto-administrés sur papier (Turner et coll., 1998; Wright, Aquilino et Supple, 1998).

¹⁶ La méthodologie révisée, qui comprenait l'utilisation de scribes pour poser des questions aux participants et consigner leurs réponses, était un compromis entre la volonté de ne pas exclure des participants en raison de leur incapacité à lire et la reconnaissance que la présence d'un scribe pourrait influencer leurs réponses. En conséquence, des codes de connexion et des mots de passe uniques ont été créés pour les cas où le questionnaire a été lu aux participants dans le but d'analyser ces données séparément. Malheureusement, l'unique occurrence d'un scribe n'a pas permis une analyse.

Enfin, tel qu'indiqué, le programme d'auto-interview assistée par ordinateur n'a pas recueilli de données sur la langue choisie pour remplir le questionnaire pour les 90 premiers participants. Par conséquent, la séparation des données anglaises et françaises n'était pas possible pour les 90 premiers participants qui ont rempli le questionnaire. Ce problème a été rectifié à la suite des 90 premiers participants.

Sommaire des résultats de l'essai pilote

L'objet de cette étude pilote de l'*Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle* était d'évaluer la validité et la fiabilité des données recueillies à l'aide de l'outil d'enquête. Divers types de validité ont été évalués, notamment la validité de contenu (les données mesurent-elles ce qu'elles sont censées mesurer?), la validité de construit (la mesure dans laquelle les éléments de données qui devraient être en corrélation le sont) et la validité de critères (la mesure dans laquelle les données se comparent à un critère considéré valide dans la littérature). La fiabilité test-retest (la mesure dans laquelle les données sont conséquentes à travers le temps) et le coefficient d'objectivité (la cohérence des données entre les versions différentes) ont aussi été mesurés. De plus, les données ont été analysées afin d'évaluer l'ampleur des données manquantes pour chaque item de l'enquête et pour découvrir les tendances possibles dans les données manquantes.

VALIDITÉ DE CONTENU

La validité de contenu de l'enquête a été évaluée à l'aide de la statistique descriptive, des analyses factorielles multi-trait et des analyses en composantes principales. En général, l'enquête a montré une bonne validité de contenu pour la plupart des items de l'enquête. Les items individuels ont montré une variation suffisante dans les catégories de réponses, avec peu d'exceptions. Un examen des réponses possibles précisées par les participants a montré que les catégories de réponses pour de nombreuses questions n'étaient pas suffisamment exhaustives et que des choix de réponse importants pour ce groupe d'âge étaient absents. La statistique descriptive effectuée pour les items individuels de l'enquête semblait également indiquer que 43 des items donnaient

des proportions de valeurs manquantes trop élevées pour être acceptables selon les normes. Diverses raisons expliquent ces proportions élevées de valeurs manquantes pour ces items. D'abord, la proportion élevée de données manquantes pour ces items est peut-être due à leur position dans le questionnaire. L'analyse des valeurs manquantes semble appuyer cette idée puisque les items qui se trouvent à la fin du questionnaire avaient une proportion de valeurs manquantes considérablement plus élevée que ceux qui se trouvaient au début du questionnaire. Il s'agit d'une indication que le questionnaire est trop long et que certains participants se fatiguaient vers la fin du questionnaire. D'autres explications possibles des proportions élevées de valeurs manquantes pour les items, notamment pour ceux qui se trouvent au début du questionnaire, comprennent la formulation peu claire, le manque de choix de réponses exhaustifs ou la nécessité d'avoir des questions de sélection et des instructions « passez à » afin de présenter uniquement les questions pertinentes à chaque participant.

La statistique descriptive a également semblé indiquer le style des items de l'enquête comme source de données invalides. Les questions qui demandaient aux répondants de préciser l'âge qu'ils avaient lorsqu'ils ont vécu quelque chose pour la première fois et le nombre de partenaires qu'ils ont eu pour certaines activités permettaient aux participants de répondre « zéro années » et « zéro partenaires » (réponses erronées). Les questions matricielles ayant trait à trois types de comportements sexuels (relations sexuelles orales, vaginales et anales) constituaient aussi une source de données invalides. Cette question apparaissait pour ceux qui avaient indiqué qu'ils avaient déjà eu au moins une de ces activités. Ces items comprenaient une catégorie « sans objet », l'intention étant que ceux qui avaient seulement eu un ou deux de ces comportements indiqueraient « sans objet » pour les comportements qu'ils n'avaient pas eus. La statistique descriptive semble indiquer que cette catégorie « sans objet » n'a pas été sélectionnée lorsqu'elle aurait dû être sélectionnée par les participants qui n'avaient pas eu le

comportement. La magnitude de cette non-validité était considérable et s'est produite très souvent dans plus de 25 % des réponses. Le fait de recueillir des données sur ces comportements simultanément à l'aide de questions matricielles n'a pas produit des données valides et fiables.

De même, les items de l'enquête qui exigeaient que les participants cochent chacune des catégories pertinentes (pour eux) n'ont pas recueilli des données valides et fiables. Cette forme de question a été mise en place à la suite de l'essai de l'enquête auprès de groupes cibles, où les participants ont indiqué que le fait d'avoir à cocher « oui » ou « non » pour chaque catégorie était pénible. Le fait de modifier les questions de manière à ce que les participants soient obligés de cocher uniquement celles qui s'appliquaient, plutôt que « oui » ou « non » chaque fois, a entraîné l'impossibilité de distinguer entre les participants pour lesquels aucune des catégories étaient pertinentes et les participants qui n'ont pas répondu à la question. Cette question a servi à recueillir des données sur l'éducation en matière de santé sexuelle et les types d'information sur la santé sexuelle que les participants avaient reçus, les services de santé sexuelle que les participants avaient utilisés et les stratégies qu'ils avaient employées au cours des 12 derniers mois pour protéger leur santé sexuelle. En conséquence, ces questions n'ont pas pu être validées pour la validité de construit ou la validité de critères.

L'analyse factorielle multi-trait a donné neuf concepts qui reflétaient ce que les items étaient censés mesurer, ce qui semble indiquer une bonne validité de contenu pour ces items. Les concepts comprenaient divers genres d'efficacité personnelle (protection, dépistage du VIH et des ITS, limites sexuelles, communication sexuelle), l'affirmation sexuelle ainsi que la violence entre partenaires intimes et la coercition sexuelle. L'analyse en composantes principales et les statistiques inter-items ont semblé indiquer que parmi ces concepts, sept étaient bien représentés par leurs items constituants.

Les deux exceptions étaient les items destinés à représenter l'approche sexuelle (p. ex. attitudes envers les relations sexuelles occasionnelles) et la fonction sexuelle (p. ex. l'excitation sexuelle, le désir sexuel, le plaisir sexuel). Bien que ces items puissent bien mesurer l'approche sexuelle et la fonction sexuelle tout seuls, ils ne sont ni valides ni fiables en tant qu'indicateurs composites de ces aspects de la santé sexuelle. Des analyses séparées par sous-groupes ont démontré que ces items sont valides et fiables pour les hommes et les femmes, les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que les participants des régions rurales et urbaines.

VALIDITÉ DE CONSTRUIT

L'enquête a également prouvé une bonne validité de construit. La validité de construit a été évaluée à l'aide de tests du chi carré de signification, de tests t pour échantillons indépendants et la corrélation entre deux variables. On a découvert que la majorité des associations prévues entre les items de l'enquête étaient statistiquement significatives. Il y a eu trois exceptions notables, où les associations prévues n'ont pas été statistiquement significatives. Il s'agissait d'associations entre la difficulté à tirer plaisir des relations sexuelles, l'excitation sexuelle et la satisfaction sexuelle, et entre la difficulté à avoir des relations sexuelles et les déclarations de plaisir sexuel. Le fait que ces associations n'ont pas été statistiquement significatives ne devrait pas servir de preuve du manque de validité de construit pour ces items. Il est concevable que les participants qui aient eu de la difficulté à tirer plaisir des relations sexuelles soient tout aussi satisfaits des aspects sexuels de leur vie et même qu'ils aient la même facilité d'excitation sexuelle que ceux qui n'ont pas cette difficulté. Il existe une littérature croissante dans le domaine de la sexualité et des incapacités qui semble indiquer que les personnes qui ont de la difficulté à avoir des relations sexuelles peuvent quand même avoir une vie sexuelle satisfaisante et épanouissante (Kedde et van Berlo, 2006; Mendes, Cardoso et Savall, 2008). On a découvert que la validité de construit était conséquente pour les hommes et les femmes,

les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que les participants des régions rurales et urbaines.

LA VALIDITÉ DE CRITÈRES

Autant que possible, les résultats de l'étude pilote ont été comparés aux questions limitées sur la santé sexuelle de deux études récentes sur la santé des jeunes au Canada qui sont largement citées dans la littérature. Ceux-ci comprennent les résultats de l'enquête intitulée *Adolescent Health Survey*, menée en Colombie-Britannique en 2008 (Smith et coll., 2009) et l'enquête intitulée *Toronto Teen Survey*, menée à Toronto en 2009, en Ontario (Flicker et coll., 2009). Les résultats de cette étude pilote étaient comparables à ceux de ces enquêtes reconnues quant aux âges médians pour les premières relations sexuelles vaginales et anales; la proportion de jeunes qui indiquent avoir utilisé un condom lors des dernières relations sexuelles vaginales et anales; la proportion de jeunes qui ont indiqué avoir utilisé un contraceptif d'urgence lors des dernières relations sexuelles; les endroits privilégiés par les jeunes pour obtenir de l'information sur la santé sexuelle. Des tendances semblables dans les données de cette enquête et les enquêtes reconnues indiquent que les participants ont pris le questionnaire au sérieux et qu'ils fournissaient des données valides.

FIABILITÉ

Le questionnaire a montré une bonne fiabilité test-retest, comme en témoigne la corrélation des données recueillies à divers endroits dans l'enquête. Cette fiabilité test-retest était conséquente pour les hommes et les femmes, les participants plus jeunes (16 à 18 ans) et les participants plus âgés (19 à 24 ans) ainsi que les participants des régions rurales et urbaines.

Enfin, une comparaison des résultats des versions anglaise et française du questionnaire semble indiquer que les données montrent un bon coefficient d'objectivité. Les analyses de contenu et de validité de construit ne différaient pas pour

les versions du questionnaire, sauf pour une exception. Les items destinés à mesurer « l'efficacité personnelle en matière de dépistage du VIH et des ITS » ne représentent pas bien ce concept dans les données du questionnaire français. Il y a deux explications possibles. En ce qui concerne le manque de validité de contenu, il se peut que la traduction de ces items leur donne une interprétation différente en français qu'elle devrait, différente aussi de celle de la version anglaise. Quant au manque de validité de construit, il est possible que les normes et les attentes sociales, les politiques et les pratiques entourant les tests de dépistage du VIH et des ITS au Québec (où tous les questionnaires français ont été administrés), se distinguent de celles des provinces anglophones dans une telle mesure que l'efficacité personnelle n'a pas de valeur prédictive dans la décision des jeunes à subir des tests de dépistage des ITS.

Outil d'enquête : révisions recommandées

L'outil d'enquête semble rassembler des données valides et fiables pour la majorité des indicateurs prévus et l'analyse est fondée sur des données-échantillons solides. Afin d'obtenir des données de qualité pour tous les indicateurs prévus, quelques révisions à l'outil sont présentées ci-dessous.

- 1. Les catégories de réponses :** Les résultats semblent indiquer que les catégories de réponses de questions précises doivent être condensées dans certains cas, en raison du manque de variation dans les réponses, et développées dans d'autres cas afin de garantir qu'elles soient exhaustives. En particulier, là où de nombreux participants ont suggéré la même réponse différente, on devrait considérer sérieusement l'ajout de celles-ci comme choix de réponse.
- 2. La longueur :** Les résultats des analyses des valeurs manquantes semblent indiquer que le questionnaire est trop long et les participants sautent des items à la fin du questionnaire avec une plus grande fréquence qu'ils ne le font au début du questionnaire. Le fait que les items

les plus délicats du questionnaire se trouvent à la fin aggrave encore plus ce problème. Il y a de nombreuses options pour améliorer la qualité des données à la fin du questionnaire. La première serait de déplacer les items les plus délicats pour qu'ils se trouvent plus près du début du questionnaire. La seconde est de raccourcir le questionnaire en supprimant les items invalides ou redondants.

3. **Les réponses manquantes** : On devrait accorder une attention particulière aux items de l'enquête qui ont produit plus de 8 % de données manquantes afin de déterminer les causes des proportions élevées de réponses manquantes. Les formulations peu claires, un choix inadéquat de réponses ou la non-pertinence des items de sous-groupes précis devraient être considérés. De nouveaux essais auprès de groupes cibles composés de jeunes pour ces items particuliers de l'enquête indiqueront peut-être les causes de ces proportions élevées de données manquantes.
4. **Formes de questions** : Les résultats semblent aussi indiquer que certaines formes de questions ne fonctionnaient pas bien dans ce questionnaire. On devrait considérer l'ajout de cases à cocher « oui » et « non » pour les cinq items de l'enquête pour lesquels il était impossible de faire la différence entre les personnes qui ont laissé la question sans réponse et celles pour qui aucune des catégories ne s'appliquaient. L'emploi de questions matricielles devrait également être réexaminé. Davantage de données valides seraient recueillies en demandant les informations séparément pour chaque comportement puis en filtrant les comportements qui ne s'appliquent pas aux participants. Sinon, seules les colonnes des questions matricielles qui s'appliquent au participant devraient être présentées dans la question matricielle. La catégorie « sans objet » des questions matricielles devrait être supprimée

car elle produit des données invalides. Enfin, les items pour lesquels les participants doivent donner une réponse numérique (p. ex. l'âge du participant au moment de la première expérience, le nombre de partenaires) devraient être conçus pour accepter uniquement les réponses supérieures ou égales à la valeur 1.

5. **Instructions « passez à »** : Enfin, quelques-unes des instructions « passez à » n'ont pas permis à deux participants de naviguer dans l'enquête tel que prévu. Les raisons pour lesquelles ces instructions n'ont pas fonctionné pour ces deux participants devraient être examinées. Aussi, de nombreux tests devraient être effectués pour le système AIAO afin de s'assurer que ces instructions « passez à » fonctionnent de la même manière pour tous les participants.

Conclusion

Un outil d'enquête validé permettant de mesurer divers aspects de la santé sexuelle des jeunes au Canada permettrait de fournir des données précieuses aux responsables des orientations politiques et aux décideurs sur lesquelles s'appuyer pour élaborer des politiques et des décisions. Les éducateurs et les chercheurs en milieu universitaire et dans les collèges pourront utiliser les données recueillies dans le cadre d'une enquête nationale à l'aide de cet outil pour améliorer leur compréhension des tendances en santé sexuelle et des problèmes auxquels les jeunes font face. Le Canada a du retard sur de nombreux autres pays en ce qui concerne sa capacité de rassembler des données complètes à l'échelle nationale sur cet aspect important de la santé des jeunes. L'essai pilote et la validation de ce questionnaire offre au Canada l'occasion de relever le défi posé par d'autres pays qui recueillent actuellement des données sur la santé sexuelle à l'échelle nationale.

RÉFÉRENCES

- ALEXANDER, C.S.; M.R SOMERFIELD,; M.E ENSMINGER.; et coll. (1993). Consistency of adolescents' self-report of sexual behaviour in a longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 455-471.
- BRENER, N.D.; J.O.G. BILLY; W.R. GRADY (2003). Assessment of Factors Affecting the Validity of Self-Reported Health Risk Behaviour Among Adolescents: Evidence From the Scientific Literature. *Journal of Adolescent Health*, 33, 436-457.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- CATANIA, J.A.; H. TURNER; R.C. PIERCE; et coll. (1993). Response Bias in Surveys of AIDS-related Sexual Behaviour. D.G. Ostrow et R.C. Kessler (Eds.). *Methodological Issues in AIDS Behavioural Research*. New York : Plenum Press.: 133-162.
- CHARLESWORTH, L.W.; et M.K. RODWELL (1997). Focus groups with children: A resource for sexual abuse prevention program evaluation. *Child Abuse and Neglect*, 21, 1205-1216.
- CURRIE, C.; S.N. GABHAINN; E. GODEAU; C. ROBERTS; R. SMITH; D. CURRIE; W. PICKETT; M. RICHTER; A. MORGAN; et V. BARNEKOW (Eds.). (2008). *Inequalities in Young People's Health: HBSC International Report from the 2005/2006 Survey*. Copenhague,,Danemark : Organisation mondiale de la santé.
- DILLMAN, D. (2007). *Mail and Internet Survey: The tailored design method*. New York : Wiley.
- ERENS, B.; S. MACMANUS; J. FIELD; C. KOROVESIS; A. JOHNSON; K. FENTON; et K. WELLINGS (2001). *National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles II: Technical Report* Disponible en ligne : http://www.natcen.ac.uk/natsal/technical_report.pdf. Consulté le 5 octobre 2010.
- FLICKER, S.;, S. FLYNN; J. LARKIN; R. TRAVERS; A. GUTA; J. POLE; et C. LAYNE (2009). *Sexpress: The Toronto Teen Survey Report*. Toronto : Planned Parenthood Toronto.
- GOLD, J.L.; et C.S. DEWA (2005). Institutional Review Boards and Multisite Studies in Health Services Research: Is there a better way? *Health Services Research*, 40(1), 291-308.
- HERBENICK, D.; M. REECE; V. SCHICK; S.A. SANDERS; B. DODGE; et J.D. FERTENBERRY (2010). Sexual Behaviour in the United States: Results from a National Probability Sample of Men and Women Ages 14 – 94. *Journal of Sexual Medicine*, 7(Suppl 5), 255-265.
- KEDDE, H.; et W. VAN BERLO (2006). Sexual satisfaction and sexual self images of people with physical disabilities in the Netherlands. *Sexuality and Disability*, 24(1), 53-68.
- Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. (2005). *l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains, 1998* (avec les modifications de 2000, 2002 et 2005). Canada. TRAVAUX PUBLICS ET SERVICES GOUVERNEMENTAUX.
- LAUMANN, E.; J.H. GAGNON; R.T. MICHAEL; et S. MICHAELS (1994). *The Social Organization of Sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago : University of Chicago Press.
- LAYTE, R.; H. MCGEE; A. QUAIL; K. RUNDLE; G. COUSINS; C. DONNELLY; F. MULCAHY; et R. CONROY (2006). *The Irish Study of Sexual Health and Relationships*. Dublin : Crisis Pregnancy Agency and the Department of Health and Children.

- MCFARLANE, M.; J.S. ST. LAWRENCE (1999). Adolescents' recall of sexual behaviour: Consistency of self-report and effect of variations in recall duration. *Journal of Adolescent Health*, 25, 199-206.
- MENDES, A.K.; F.L. CARDOSO; et A.C.R. SAVALL (2008). Sexual satisfaction in people with spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 26(3), 137-147.
- Organisation mondiale de la santé (2002). *Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health, 28 au 31 janvier 2002, Genève*. Genève : Auteur.
- ROBINSON, B.B.; W.O. BOCKTING; S. ROSSER; M. MINER; et E. COLEMAN (2002). The sexual health model: application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research*, 17, 43-57.
- SMITH, A.; D. STEWART; M. PELED; C. POON; E. SAEWYC; et la McCreary Centre Society. (2009). *A Picture of Health: Highlights from the 2008 BC Adolescent Health Survey*. Vancouver, Colombie-Britannique : McCreary Centre Society.
- SMITH, A.M.A.; et La Trobe University. Australian Research Centre in Sex, Health and Society. (2009). *Secondary students and sexual health 2008: results of the 4th National Survey of Australian Secondary Students, HIV/AIDS and Sexual Health*. Melbourne : Australian Research Centre in Sex, Health and Society.
- SPSS. (2008). *SPSS 16.0 for Windows*. Chicago : Apache Software Foundation.
- Statistique Canada. (2010). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle : User guide 2009 Microdata files*. CANADA, MINISTÈRE DE L'INDUSTRIE. Disponible en ligne : http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226_D7_T9_V7-eng.pdf. Consulté le 7 octobre 2010.
- Statistique Canada. (2007). *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*. CANADA, MINISTÈRE DE L'INDUSTRIE. Disponible en ligne : http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/4450_D2_T9_V3-eng.pdf. Consulté le 4 octobre 2010.
- Statistique Canada. (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*. Cat # 82-567-XPB. CANADA, MINISTÈRE DE L'INDUSTRIE.
- TURNER, C.F.; L. KU; S.M. ROGERS; et coll. (1998). Adolescent sexual behaviour, drug use, and violence: Increased reporting with computer survey technology. *Science*, 280, 867-873.
- VAUGHN, S.; J.S. SCHUMM; et J. SINAGUB (1996). *Focus group interviews in education and psychology*. Londres : Sage.
- WIGHT, D. (1994). Boys' thoughts and talks about sex in a working class locality of Glasgow. *The Sociological Review*, 42, 703-737.
- WINTERS, K.C.; R.D. STINCHFIELD; G.A. HENLY; et R.H. SCHWARTZ (1991). Validity of adolescent self-report of alcohol and other drug involvement. *International Journal of Addictions*, 25, 1379-1395.
- WRIGHT, D.L.; W.S. AQUILINO; A.J. SUPPLE (1998). A comparison of computer-assisted and paper-and-pencil self-administered questionnaires in a survey on smoking, alcohol and drug use. *Public Opinion Quarterly*, 62, 331-353.

ANNEXE A

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT ET LETTRE D'INFORMATION DESTINÉS AUX PARTICIPANTS AUX GROUPE DE DISCUSSION

Formulaire de consentement

[Logo de l'institution]

[Nom de l'institution]

[Affiliation départementale de l'expert]

CONSENTEMENT À PARTICIPER À L'ÉTUDE

Formulaire de consentement – Groupe de discussion

Titre du projet : Les indicateurs liés à la santé sexuelle : Un cadre de travail à neuf composantes destiné à évaluer la santé sexuelle des jeunes Canadiens âgés de 16 à 24 ans.

Chercheurs : [nom et département de l'expert], [affiliation institutionnelle des autres chercheurs associés]

Organisme commanditaire : Agence de la santé publique du Canada

Nous vous invitons à participer à une étude. La participation à cette étude est volontaire et vous pouvez choisir d'y participer ou non. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez en quoi consiste cette étude ainsi que les avantages et les inconvénients qui peuvent découler de votre participation. Ce formulaire de consentement vous fournit les renseignements à ce sujet.

Les chercheurs feront ce qui suit :

- > discuteront avec vous des modalités de l'étude;
- > répondront à toutes vos questions;
- > s'assureront que votre nom NE figure PAS avec vos réponses;
- > seront disponibles pendant la durée de l'étude afin de vous aider en cas de problèmes.

Si vous décidez de ne pas participer à l'étude ou si vous mettez fin à votre participation avant la fin de l'étude, cela n'aura AUCUNE incidence sur les soins de santé ou les traitements que vous recevrez.

1. Pourquoi avons-nous choisi de faire cette étude?

Nous désirons aider les jeunes à vivre des expériences sexuelles enrichissantes et à demeurer en bonne santé. Nous voulons créer des programmes qui répondront aux besoins des jeunes. Pour ce faire, nous devons en apprendre davantage sur les jeunes comme vous. Nous devons recueillir des renseignements qui vous aideront à demeurer en bonne santé et à vivre des expériences sexuelles enrichissantes si vous choisissez d'avoir de telles expériences. Les seuls renseignements dont nous disposons actuellement au sujet des jeunes comme vous ont trait au nombre d'infections transmissibles sexuellement, de grossesses ou de jeunes qui utilisent le condom. Nous devons recueillir davantage de renseignements sur les expériences, les attitudes et les connaissances des jeunes; c'est pourquoi nous devons demander aux jeunes de répondre à un sondage. Ce sondage constitue seulement une ébauche destinée à déterminer s'il nous permet de recueillir les renseignements dont nous avons besoin.

2. Qui sont les auteurs de cette étude?

Un groupe de chercheurs de l'Université de l'Alberta, de l'Université Dalhousie, de l'Université du Québec à Montréal et de l'organisme Options for Sexual Health effectuent cette étude. Nous travaillons conjointement avec un organisme fédéral, soit l'Agence de la santé publique du Canada.

3. À qui s'adresse ce sondage?

Le sondage s'adresse aux jeunes Canadiens âgés de 16 à 24 ans.

4. Que faire pour participer à l'étude?

Vous devez signer le formulaire de consentement afin de nous informer que vous acceptez de participer sur une base volontaire. Nous vous demanderons ensuite de répondre aux questions du sondage à l'aide d'un ordinateur. Lorsque vous répondrez au sondage, vous serez seul et personne ne vous dérangera ni ne regardera vos réponses. Le sondage renferme de nombreuses questions, mais vous devriez pouvoir y répondre en environ 45 minutes. Vous participerez ensuite à une discussion qui durera environ une heure avec quatre ou cinq autres jeunes au cours de laquelle vous partagerez vos points de vue sur le sondage lui-même et sur l'expérience que vous avez vécue en le remplissant.

5. Dois-je répondre au sondage? Dois-je répondre à toutes les questions?

Non, vous avez le choix de répondre ou non au sondage. Vous n'êtes pas tenu de répondre à toutes les questions. Vous pouvez répondre à autant de questions que vous le voulez. Vous pouvez vous retirer en tout temps.

6. En quoi l'étude vous sera-t-elle utile?

Vos réponses nous permettront de recueillir des données importantes afin d'améliorer la santé sexuelle des jeunes Canadiens. Lorsque vous aurez répondu au sondage, vous recevrez 15 \$CAN. Vous ne tirerez AUCUN autre avantage direct de l'étude.

7. Le sondage comporte-t-il certains aspects dont je devrais me préoccuper?

L'étude ne comporte aucune technique médicale. Nous n'effectuons aucun prélèvement sanguin ni d'autres échantillons. Nous vous demandons seulement de répondre aux questions du sondage. Certaines questions peuvent vous rappeler des souvenirs pénibles. Nous savons que ces souvenirs peuvent vous perturber et nous vous donnerons les coordonnées de certaines personnes dans votre communauté qui pourront vous aider. Vous n'avez pas à vous demander qui verra vos réponses puisque seuls les chercheurs les liront et, une fois que vous aurez terminé, personne ne sera en mesure d'identifier votre formulaire.

Les commentaires formulés lors de la discussion de groupe demeureront confidentiels. Il est possible, toutefois, que certains jeunes de votre groupe fassent part plus tard de ces commentaires à d'autres personnes à l'extérieur du groupe. Vous devez être conscient qu'il existe une possibilité que la confidentialité de vos propos ne soit pas respectée.

8. Qu'arrivera-t-il lorsque j'aurai répondu aux questions du sondage?

Lorsque vous aurez répondu aux questions du sondage, vos réponses seront sauvegardées et seuls les chercheurs auront accès aux résultats. Nous NE mentionnerons PAS l'identité des jeunes qui auront participé à l'étude, mais nous transmettrons les réponses à d'autres chercheurs et aux personnes responsables de la création des programmes destinés à améliorer la santé sexuelle des jeunes Canadiens.

9. Avec qui dois-je communiquer si j'ai des questions au sujet du présent formulaire?

Si vous désirez parler avec quelqu'un au sujet de l'étude, vous pouvez communiquer par téléphone ou par courriel avec :

[nom du chercheur
adresse
numéro de téléphone
courriel]

Vous pouvez également communiquer avec la chercheuse principale

D^{re} Maryanne Doherty
Doyenne associée, Programmes de remplacement
Université de l'Alberta
832, rue Education
Edmonton, Alb.
T6G 2G5
Téléphone : 780- 492-0243
Courriel : mdoherty@ualberta.ca

10. D'autres questions?

Si vous avez d'autres questions ou si vous désirez parler à une personne au sujet de vos droits en tant que participant à l'étude ou de la façon dont vous avez été traité, vous pouvez communiquer avec :

[coordonnées du Comité d'éthique pour la recherche de l'institution de l'expert]

Vous devez remplir la partie ci-dessous :

Veillez encercler « oui » ou « non » vis-à-vis chacune des affirmations suivantes :

J'ai lu le formulaire de consentement au complet.	OUI	NON
J'ai eu la possibilité de poser des questions ou de parler à quelqu'un au sujet de l'étude.	OUI	NON
Les réponses à mes questions ont été satisfaisantes.	OUI	NON
J'ai obtenu suffisamment de renseignements au sujet de l'étude.	OUI	NON
Je comprends que je peux mettre fin à ma participation à l'étude.	OUI	NON
> en tout temps		
> sans avoir à fournir de motif		
Je comprends les inconvénients et les avantages éventuels de l'étude.	OUI	NON
J'ai reçu une copie du formulaire de consentement.	OUI	NON

J'accepte de participer à l'étude.

Nom du participant
(caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date

Nom du chercheur

Signature du chercheur

Date

Lettre d'information

[Logo de l'institution]

[Nom de l'institution]

[Affiliation départementale de l'expert]

GROUPE DE DISCUSSION – LETTRE D'INFORMATION

Titre du projet : Les indicateurs liés à la santé sexuelle : Un cadre de travail à neuf composantes destiné à évaluer la santé sexuelle des jeunes Canadiens âgés de 16 à 24 ans.

Chercheurs : [nom et department de l'expert], [affiliation institutionnelle des autres chercheurs associés]

Organisme commanditaire : Agence de la santé publique du Canada

Nous vous invitons à participer à une étude. La participation à cette étude est volontaire et vous pouvez choisir d'y participer ou non. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez en quoi consiste cette étude ainsi que les avantages et les inconvénients qui peuvent découler de votre participation. Ce formulaire de consentement vous fournit les renseignements à ce sujet.

Les chercheurs feront ce qui suit :

- › discuteront avec vous des modalités de l'étude;
- › répondront à toutes vos questions;
- › s'assureront que votre nom NE figure PAS avec vos réponses;
- › seront disponibles pendant la durée de l'étude afin de vous aider en cas de problèmes.

Si vous décidez de ne pas participer à l'étude ou si vous mettez fin à votre participation avant la fin de l'étude, cela n'aura AUCUNE incidence sur les soins ou les traitements que vous recevrez.

1. Pourquoi avons-nous choisi de faire cette étude?

Nous désirons aider les jeunes à vivre des expériences sexuelles enrichissantes et à demeurer en bonne santé. Nous voulons créer des programmes qui répondront aux besoins des jeunes. Pour ce faire, nous devons en apprendre davantage sur les jeunes comme vous. Nous devons recueillir des renseignements qui vous aideront à demeurer en bonne santé et à vivre des expériences sexuelles enrichissantes si vous choisissez d'avoir de telles expériences. Les seuls renseignements dont nous disposons actuellement au sujet des jeunes comme vous ont trait au nombre d'infection transmissibles sexuellement, de grossesses ou de jeunes qui utilisent le condom. Nous devons recueillir davantage de renseignements sur les expériences, les attitudes et les connaissances des jeunes; c'est pourquoi nous devons demander aux jeunes de répondre à un sondage. Ce sondage constitue seulement une ébauche destinée à déterminer s'il nous permet de recueillir les renseignements dont nous avons besoin.

2. Qui sont les auteurs de cette étude?

Un groupe de chercheurs de l'Université de l'Alberta, de l'Université Dalhousie, de l'Université du Québec à Montréal et de l'organisme Options for Sexual Health effectuent cette étude. Nous travaillons conjointement avec un organisme fédéral, soit l'Agence de la santé publique du Canada.

3. À qui s'adresse ce sondage?

Le sondage s'adresse aux jeunes Canadiens âgés de 16 à 24 ans.

4. Que faire pour participer à l'étude?

Vous devez signer le formulaire de consentement afin de nous informer que vous acceptez de participer sur une base volontaire. Nous vous demanderons ensuite de répondre aux questions du sondage à l'aide d'un ordinateur. Lorsque vous répondrez au sondage, vous serez seul et personne ne vous dérangera ni ne regardera vos réponses. Le sondage renferme de nombreuses questions, mais vous devriez pouvoir y répondre en environ 45 minutes. Vous participerez ensuite à une discussion qui durera environ une heure avec quatre ou cinq autres jeunes au cours de laquelle vous partagerez vos points de vue sur le sondage lui-même et sur l'expérience que vous avez vécue en le remplissant.

5. Dois-je répondre au sondage? Dois-je répondre à toutes les questions?

Non, vous avez le choix de répondre ou non au sondage. Vous n'êtes pas tenu de répondre à toutes les questions. Vous pouvez répondre à autant de questions que vous le voulez. Vous pouvez vous retirer en tout temps.

6. En quoi l'étude vous sera-t-elle utile?

Vos réponses nous permettront de recueillir des données importantes afin d'améliorer la santé sexuelle des jeunes Canadiens. Lorsque vous aurez répondu au sondage, vous recevrez 15 \$CAN. Vous ne tirerez AUCUN autre avantage direct de l'étude.

7. Le sondage comporte-t-il certains aspects dont je devrais me préoccuper?

L'étude ne comporte aucune technique médicale. Nous n'effectuons aucun prélèvement sanguin ni d'autres échantillons. Nous vous demandons seulement de répondre aux questions du sondage. Certaines questions peuvent vous rappeler des souvenirs pénibles. Nous savons que ces souvenirs peuvent vous perturber et nous vous donnerons les coordonnées de certaines personnes dans votre communauté qui pourront vous aider. Vous n'avez pas à vous demander qui verra vos réponses puisque seuls les chercheurs les liront et, une fois que vous aurez terminé, personne ne sera en mesure d'identifier votre formulaire.

Les commentaires formulés lors de la discussion de groupe demeureront confidentiels. Il est possible, toutefois, que certains jeunes de votre groupe fassent part plus tard de ces commentaires à d'autres personnes à l'extérieur du groupe. Vous devez être conscient qu'il existe une possibilité que la confidentialité de vos propos ne soit pas respectée.

8. Qu'arrivera-t-il lorsque j'aurai répondu aux questions du sondage?

Lorsque vous aurez répondu aux questions du sondage, vos réponses seront sauvegardées et seuls les chercheurs auront accès aux résultats. Nous NE mentionnerons PAS l'identité des jeunes qui auront participé à l'étude, mais nous transmettrons les réponses à d'autres chercheurs et aux personnes responsables de la création des programmes destinés à améliorer la santé sexuelle des jeunes Canadiens.

9. Avec qui dois-je communiquer si j'ai des questions au sujet du présent formulaire?

Si vous désirez parler avec quelqu'un au sujet de l'étude, vous pouvez communiquer par téléphone ou par courriel avec :

[nom du chercheur
adresse
numéro de téléphone
courriel]

Vous pouvez également communiquer avec la chercheuse principale :

D^{re} Maryanne Doherty
Doyenne associée, Programmes de remplacement
Université de l'Alberta
832, rue Education
Edmonton, Alb.
T6G 2G5
Téléphone : 780- 492-0243
Courriel : mdoherty@ualberta.ca

10. D'autres questions?

Si vous avez d'autres questions ou si vous désirez parler à une personne au sujet de vos droits en tant que participant à l'étude ou de la façon dont vous avez été traité, vous pouvez communiquer avec :

[coordonnées du Comité d'éthique pour la recherche de l'institution de l'expert]

ANNEXE B

GUIDE POUR LES GROUPES DE DISCUSSION

Objectifs : Que voulons-nous savoir?

Comment « fonctionne » l'enquête dans le cas des jeunes participants?

- › Dans quelle mesure l'enquête est-elle lisible?
- › Dans quelle mesure l'enquête est-elle compréhensible?
- › Le langage de l'enquête est-il approprié ou trop « littéraire »? Quel langage conviendrait mieux?
- › L'enquête est-elle inclusive et respectueuse des jeunes répondants?
- › Les définitions sont-elles compréhensibles?
- › Les concepts sont-ils compréhensibles? Sinon, lesquels ne le sont pas?
- › Les questions sont-elles suffisamment développées?
- › Manque-t-il des questions importantes?
- › Que signifie l'enquête pour la population à l'étude?

Méthode des groupes de discussion

SÉLECTION DES PARTICIPANTS

- › On invitera 30 participants (15 en C.-B. et 15 au Québec) à répondre à l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle et à en discuter.
- › On utilisera le sondage en boule de neige pour trouver des volontaires qui participeront.
- › Il y aura au total six groupes de discussion constitués idéalement de cinq participants :
 - Les participants seront regroupés selon le sexe et l'orientation ou l'identité.
 - En C.-B. et au Québec, il y aura un groupe d'hommes seulement, un groupe de femmes seulement et un groupe de jeunes allosexuels et trans-identifiés.

ORGANISATION DES GROUPES DE DISCUSSION

- › Les groupes de discussion dureront de 60 à 120 minutes : tout dépendra de l'enthousiasme des participants (sans compter le temps pris pour répondre au questionnaire).
- › Les AR recruteront les participants aux groupes de discussion et détermineront la date, l'heure et le lieu de la discussion.
 - Activité suggérée : En utilisant des tableaux à feuilles mobiles et des notocollants, l'animateur peut analyser visuellement les données qualitatives avec les participants (le présent document contient des détails plus précis sur ces suggestions).
- › Les AR fourniront des listes de ressources ou des sacs-cadeau qui seront distribués aux participants à la fin de la discussion.

COLLECTE ET ANALYSE DES RÉSULTATS

- › On réunira les notes à partir des tableaux à feuilles mobiles, les discussions seront enregistrées mais ne seront pas transcrites.

Partie 1 : Remplir le questionnaire

LE RÔLE DE L'ANIMATEUR:

- › guidera les participants dans les étapes à suivre pour répondre au questionnaire (décrits ci-dessous).
- › noteront combien de temps il faut à chaque participant pour répondre au questionnaire

LE RÔLE DES PARTICIPANTS:

- › seront accueillis à la porte, présentés à l'animateur, recevront les formulaires de consentement et la lettre d'information et signeront le formulaire de consentement à participer au groupe de discussion.

Texte suggéré: *Tout ce que vous nous direz aujourd'hui demeurera entièrement confidentiel. Comme chercheurs, nous sommes liés par des lignes directrices éthiques qui visent notamment à garantir que vous connaissez vos droits comme participants à la recherche. Je parcourrai avec vous l'information contenue dans votre lettre de consentement afin que vous compreniez entièrement que vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question n'importe quand, que ce soit sur le questionnaire ou durant la discussion, et que vous pouvez aussi vous retirer du questionnaire ou de la discussion n'importe quand. Vous n'avez pas à participer si vous ne vous sentez pas à l'aise.*

- › seront dirigés vers l'ordinateur où ils répondront au questionnaire.
- › seront amenés à la page d'accueil du questionnaire et l'AR entrera en communication en utilisant un mot de passe et un mot d'utilisateur particuliers à chaque participant.
- › recevront des instructions sur la façon de répondre au questionnaire, y compris la capacité de glisser la souris sur les mots en surbrillance pour en obtenir la définition, de cesser de répondre au questionnaire avant de l'avoir terminé, de sauter des questions et de suivre l'avancement au moyen de la barre d'avancement.
- › seront dirigés vers la salle de discussion lorsqu'ils avaient rempli le questionnaire, et on leur remettra une copie papier du questionnaire qu'ils pourront revoir et où ils pourront consigner des notes ou des réflexions pendant qu'ils attendent que les autres participants finissent de répondre au questionnaire.

Durée suggérée : 45 à 60 minutes

Partie 2 : Présentations

Après avoir rempli le questionnaire à l'ordinateur, les participants prennent place en groupe (de préférence face à face).

L'ANIMATEUR DEVRAIT :

- › placer le magnétophone au centre du groupe, loin des fenêtres, des ventilateurs ou de tout ce qui peut faire du bruit au cours de la séance afin de maximiser la capacité d'enregistrer clairement les voix de tous les participants.
- › se placer, par rapport au groupe, de façon à pouvoir enregistrer clairement sa propre voix et à ne pas empêcher d'enregistrer celle des participants.

LA PRÉSENTATION DE L'ANIMATEUR PORTERA SUR LES ASPECTS SUIVANTS :

- › Présentations
- › But de la discussion en groupe

Texte suggéré : *Merci d'avoir pris le temps de participer à ce groupe de discussion. Cette réunion vise à réunir vos commentaires au sujet d'un questionnaire sur la santé sexuelle que rempliront en ligne des gens de votre âge. Vos commentaires aujourd'hui nous aideront à améliorer le questionnaire. Nous souhaitons enregistrer la discussion avec un magnétophone afin de disposer d'un compte rendu exact de l'information recueillie ici aujourd'hui. Nos conversations ne seront pas transcrites textuellement, mais les enregistrements nous aideront à les revoir plus tard en cas de confusion. Les notes prises par les chercheurs aujourd'hui seront colligées et envoyées au reste de l'équipe de recherche.*

- › **Les règles de base pour créer un espace de discussion sécuritaire** (CONSEIL : On peut les inscrire au préalable sur une affiche afin de gagner du temps et le groupe peut ajouter des points qu'il juge manquants)
- › **Règles de base suggérées :**
 - ✓ **Confidentialité** (ce qui est abordé aujourd'hui reste dans cette pièce)
 - ✓ **Respecter** la vie privée et les limites de chacun
 - ✓ Parler **une seule personne à la fois**
 - ✓ Il n'y a **pas de question** ni (de commentaire) « **stupide** » aujourd'hui.
 - ✓ Vous avez **droit à vos valeurs, croyances et opinions personnelles**. Aujourd'hui, ce n'est pas le moment de changer celles de quelqu'un d'autre, mais c'est une excellente occasion d'adopter les vôtres.
 - ✓ Vous avez le **droit de « passer »**.
- › **Aperçu de l'ordre du jour de la séance**

Durée suggérée : 15 minutes

Partie 3 : Discussion sur le questionnaire

Lorsque chacun aura rempli le questionnaire, tous les participants se regrouperont autour d'une table ou en cercle. Ils auront reçu une copie papier du questionnaire APRÈS l'avoir rempli à l'ordinateur, ce qui leur permettra de se rafraîchir la mémoire au cours de la discussion.

Afin de faciliter la discussion, l'animateur pourrait avoir placé d'avance, sur un mur à l'avant de la pièce, des feuilles mobiles côte à côte où l'on pourrait inscrire des thèmes et des commentaires en particulier tout au long de la séance.

QUESTIONS DE DISCUSSION DE L'ANIMATEUR

DISCUSSION DU STADE 1 : Question exploratoire ouverte. La question vise à réunir une liste de points de discussion éventuels à aborder.

L'animateur devrait :

- › noter les réponses et les regrouper afin qu'on puisse les aborder. Ces commentaires généraux pourraient constituer les thèmes généraux ou « titres » sur chacune des feuilles mobiles.

Questions suggérées : *Bienvenue à tous. Comment ça s'est passé? Quelles sont vos réflexions initiales? Je vais les suivre et nous prendrons le temps de les aborder après que nous aurons dressé une petite liste.*

Questions exploratoires possible :

- ✓ « *Comment avez-vous trouvé l'expérience?...* »
- ✓ « *Quel a été son effet sur votre façon de pouvoir répondre au questionnaire?* »
- ✓ « *Quel effet cela a-t-il eu sur votre décision de continuer à répondre au questionnaire ou sur les réponses que vous avez pu donner?* »

- › passer en revue les thèmes principaux inscrits en haut de la feuille mobile et confirmer avec les participants :

Texte suggéré : *Pendant que nous parlions, j'ai inscrit en haut de chaque page quelques mots qui pourraient représenter des groupes principaux de thèmes que vous avez dégagés dans votre conversation jusqu'à maintenant (lire les titres). Cela représente-t-il selon vous la discussion que nous avons eue jusqu'à maintenant? Y manque-t-il quelque chose?*

Durée suggérée : 20 minutes

DISCUSSION DU STADE 2 : Questions soulevées d'avance par le groupe de recherche. Il faut soulever ces questions si cela n'a pas déjà été fait ou si on ne les a pas déjà abordées suffisamment.

Texte suggéré : *Nous allons consacrer les 20 prochaines minutes à étudier plus à fond les points que vous avez soulevés.*

QUESTION 1 : QUELS ASPECTS IMPORTANTS DE LA SANTÉ SEXUELLE QU'IL AURAIT FALLU ABORDER DANS LE QUESTIONNAIRE NE L'ONT PAS ÉTÉ?

L'animateur devrait :

- › écouter la nature de ces questions et les raisons pour lesquelles les participants les jugent importantes et les inscrivent sous une ou plusieurs des rubriques consignées sur les feuilles mobiles.

Questions exploratoires possibles:

- ✓ *Se passe-t-il des choses dans la vie de votre ami ou dans la vôtre que nous n'avez pas vues dans aucune des questions?*
- ✓ *Pensez-vous que les questions sont importantes pour votre groupe d'âge?*
- ✓ *Qu'est-ce qui manque dans le questionnaire qu'il aurait fallu demander?*

Durée suggérée : 5 minutes

QUESTION 2 : QUE PENSEZ-VOUS DE L'ENCHAÎNEMENT DES QUESTIONS ET DES SECTIONS?

L'animateur devrait:

- › écouter les suggestions sur la façon de réorganiser les questions ou les sections
- › noter et consigner les suggestions sous une ou plusieurs des rubriques inscrites sur les feuilles mobiles.

Questions exploratoires possibles:

- ✓ *L'enchaînement des questions et des sections était-il logique?*
- ✓ *L'enchaînement du questionnaire était-il facile à suivre?*

Durée suggérée : 5 minutes

QUESTION 3 : QUELS QUESTIONS, POINTS OU ENJEUX N'AVEZ-VOUS PAS TROUVÉS CLAIRS OU AVEZ-VOUS EU DE LA DIFFICULTÉ À COMPRENDRE?

L'animateur devrait :

- › donner aux participants quelques minutes pour parcourir la copie papier du questionnaire qu'ils ont reçue après l'avoir rempli à l'ordinateur.
- › encourager les participants à prendre des notes à côté des questions en particulier pour se rafraîchir la mémoire au cours de la discussion.
- › noter les suggestions sous la rubrique appropriée inscrite sur les feuilles mobiles.

Questions exploratoires possible :

- ✓ *Comment avez-vous trouvé la langue et le ton généraux des questions?*
- ✓ *Dans quelle mesure le glossaire (feuille des définitions) vous a-t-il été utile?*

Durée suggérée : 5 minutes

QUESTION 4: COMMENT VOUS SENTIEZ-VOUS EN RÉPONDANT AU QUESTIONNAIRE?

L'animateur devrait :

- › noter les commentaires sous les rubriques appropriées qui se trouvent sur les feuilles mobiles.

Questions exploratoires possibles:

- ✓ *Comment vous sentiez-vous au sujet de la façon dont vous avez rempli le questionnaire (p. ex. à l'ordinateur)?*
- ✓ *Avez-vous aimé répondre au questionnaire?*
- ✓ *Recommanderiez-vous à vos amis d'y répondre?*
- ✓ *Quelle sorte de ressources de suivi seraient bonnes selon vous pour vos amis et vous après avoir rempli le questionnaire?*

Durée suggérée : 5 minutes**DISCUSSION DU STADE 3** : Question récapitulative.

[L'animateur devrait noter des commentaires précis sous les rubriques appropriées qui se trouvent sur les feuilles mobiles]

Question suggérée : *Le temps qui nous est accordé tire à sa fin, mais je vous avais promis plus tôt de revenir à toute question en instance qui n'a pas été abordée selon vous au cours de nos discussions aujourd'hui. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez mentionner ou soulever avant que nous mettions fin à la séance?*

Durée suggérée : 5 minutes

Partie 4 : Clôture de la discussion en groupe

L'animateur devrait :

- › Remercier les participants.
- › Leur rappeler comment ils peuvent obtenir les résultats de recherche et suivre le projet.
- › Leur distribuer les listes de ressources ou les sacs-cadeau.
- › Lever la séance.

Durée suggérée : 3 minutes

Partie 5 : Après la séance

Immédiatement après la séance :

- › Vérifier que le magnétophone, s'il a servi, a fonctionné durant toute la séance [rebobiner les dernières minutes de la discussion].
- › Si le magnétophone n'a pas fonctionné, revoir les notes consignées sur les feuilles mobiles et inscrire dans votre journal tout ce qui pourrait ne pas y figurer (p. ex. gestuelle indiquant que les participants n'étaient pas à l'aise, etc.).
- › Prendre toutes les notes de suivi nécessaires, clarifier ce qui a été rayé ou tout ce qui n'est pas sensé, et s'assurer que les pages sont numérotées.
- › Consigner les observations faites au cours de la séance. Par exemple, quelle a été la nature de la participation des membres du groupe? Y a-t-il eu des surprises au cours de la séance?

ANNEXE C

LISTE DES LIEUX DE RECRUTEMENT

Colombie-Britannique

Mount Pleasant Neighbourhood House
Collingwood Neighbourhood House
Kiwassa Neighbourhood House
Qmunity GAB Youth Services
YouthCO AIDS Society
Purple Thistle Centre
Frog Hollow Neighbourhood House
Cedar Cottage Neighbourhood House
Abbotsford Community Services Youth
Resource Centre
ANKORS Nelson
ANKORS Cranbrook
BCIT student association (association étudiante)
SFPirg
Fraser Valley Youth Society
Vancouver Art Institute health fair
Diversity fair
Fontana Cafe
Meraloma Rugby Club
Campus de l'Université de la Colombie-Britannique
Site Web de Options for Sexual Health
La clinique de Options for Sexual Health à Cranbrook
La clinique de Options for Sexual Health à Creston
La clinique de Options for Sexual Health à
Kootenay Loop

Alberta

Portage College
Institute for Sexual Minority Studies and Services
(Université de l'Alberta)
Education Students' Association
Big Brothers Big Sisters Organization
Old Strathcona Youth Society
YMCA (la succursale Bill Rees)
Inner City Youth Housing Project
iHuman

Québec

L'Université McGill
Jeunesse Lambda
Coalition Sherbrookoise pour le travail de rue
l'Université de Sherbrooke
Le Tremplin 16-30
l'Université du Québec à Montréal
Collège Édouard-Montpetit
Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu
La Piaule

Nouvelle-Écosse

Phoenix Learning and Employment Centre
Black Student Advising Centre
Halifax Sexual Health Centre
Addiction Services Cape Breton
Heartwood Centre for Community Youth Development
Dalhousie University residences
Dalhousie Women's Centre
Dalhousie Counselling Services Centre
North End Community Health Centre
African Canadian youth conference (*Mission Critical: Our Future Excellence Without Excuse*)
Halifax Shopping Centre (centre commercial)
Student Union Building (l'association d'étudiants de l'Université Dalhousie)

ANNEXE D

AFFICHE DE RECRUTEMENT : MODÈLE

Aidez-nous à faire le portrait

Agé de 16 à 24 ans?
Participez à un projet de recherche sur la santé sexuelle des jeunes!

IL VOUS FAUDRA DE 30 à 45 MINUTES POUR RÉPONDRE AUX QUESTIONS

IL S'AGIT D'UN SONDAGE ANONYME EN LIGNE

On vous posera des questions sur :

- vos relations
- l'éducation sexuelle
- votre santé en général
- votre santé mentale
- les services de santé sexuelle
- vos expériences et vos comportements sexuels

Pour en savoir plus sur le projet et sur l'enquête, visitez le site suivant :
www.uofaweb.ualberta.ca/secondaryed
et cliquez sur sexualhealthyouthsurvey.

Cette recherche est réalisée par l'Université de l'Alberta au nom de l'Agence de la santé publique du Canada. Les résultats serviront à améliorer les programmes de santé sexuelle et les initiatives de prévention. Chercheuse principale : Dr. Maryanne Doherty

CHAIRE de recherche du Canada en éducation à la santé UQAM

Opt Options for Sexual Health

Agence de la santé publique du Canada Public Health Agency of Canada

DALHOUSIE UNIVERSITY
Inspiring Minds

ANNEXE E

LISTE DES SITES DE COLLECTE DE DONNÉES

Colombie-Britannique

Abbotsford Community Services
Youth Resource Centre
ANKORS Cranbrook
ANKORS Nelson
Mount Pleasant Neighbourhood House
Collingwood Neighbourhood House
Frog Hollow Neighbourhood House
Kiwassa Neighbourhood House
Kootenay Employment Services
Qmunity GAB Youth Services
Fraser Valley Youth Society
Fraser Valley Regional Library
Meralom Rugby Club
YouthCO AIDS Society
Purple Thistle Centre
UBC campus
BCIT student association (association étudiante)
SFPirg
La clinique de Options for Sexual Health à
Kootenay Loop
Vancouver Public Library (bibliothèque municipale
de Vancouver)
Deux succursales Starbucks
Cafés dotés de connexions sans fil
(c.-à-d. le café JJ Bean, le café WAVES)

Alberta

Portage College
Université de l'Alberta (Édifices de la faculté
de l'éducation)
Old Strathcona Youth Society
YMCA (succursale Bill Rees)
Inner City Youth Housing Project
Office of the Child and Youth Advocate,
services à l'enfance
iHuman

Québec

l'Université de Sherbrooke
l'Université McGill
Jeunesse Lambda
Coalition Sherbrookoise pour le travail de rue
Le Tremplin 16-30
l'Université du Québec à Montréal
Collège Édouard-Montpetit
Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu
La Piaule

Nouvelle-Écosse

The Youth Project
Halifax Sexual Health Centre
Heartwood Centre for Community Youth Development
Student Union Building (l'association d'étudiants de
l'Université Dalhousie)
Youth Drop-In Centre (situé dans le centre
commercial Halifax Shopping Centre)

ANNEXE F

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT ET DE RENSEIGNEMENT DESTINÉS AUX PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

Formulaire de Consentement

[Logo de l'institution]

[Nom de l'institution]

[Affiliation départementale de l'expert]

CONSENTEMENT À PARTICIPER À L'ÉTUDE

Titre du projet : Les indicateurs liés à la santé sexuelle : Un cadre de travail à neuf composantes destiné à évaluer la santé sexuelle des jeunes Canadiens âgés de 16 à 24 ans.

Chercheurs : [nom et département de l'expert], [affiliation institutionnelle des autres chercheurs associés]

Organisme commanditaire : Agence de la santé publique du Canada

Nous vous invitons à participer à une étude. La participation à cette étude est volontaire et vous pouvez choisir d'y participer ou non. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez en quoi consiste cette étude ainsi que les avantages et les inconvénients qui peuvent découler de votre participation. Ce formulaire de consentement vous fournit les renseignements à ce sujet.

Les chercheurs feront ce qui suit :

- > discuteront avec vous des modalités de l'étude;
- > répondront à toutes vos questions;
- > s'assureront que votre nom NE figure PAS avec vos réponses;
- > seront disponibles pendant la durée de l'étude afin de vous aider en cas de problèmes.

Si vous décidez de ne pas participer à l'étude ou si vous mettez fin à votre participation avant la fin de l'étude, cela n'aura AUCUNE incidence sur les soins de santé ou les traitements que vous recevrez.

1. Pourquoi avons-nous choisi de faire cette étude?

Nous désirons aider les jeunes à vivre des expériences sexuelles enrichissantes et à demeurer en bonne santé. Nous voulons créer des programmes qui répondront aux besoins des jeunes. Pour ce faire, nous devons en apprendre davantage sur les jeunes comme vous. Nous devons recueillir des renseignements qui vous aideront à demeurer en bonne santé et à vivre des expériences sexuelles enrichissantes si vous choisissez d'avoir de telles expériences. Les seuls renseignements dont nous disposons actuellement au sujet des jeunes comme vous ont trait au nombre d'infections transmissibles sexuellement, de grossesses ou de jeunes qui utilisent le condom. Nous devons recueillir davantage de renseignements sur les expériences, les attitudes et les connaissances des jeunes; c'est pourquoi nous devons demander aux jeunes de répondre à un sondage. Cette enquête constitue seulement une ébauche destinée à déterminer s'il nous permet de recueillir les renseignements dont nous avons besoin.

2. Qui sont les auteurs de cette étude?

Un groupe de chercheurs de l'Université de l'Alberta, de l'Université Dalhousie, de l'Université du Québec à Montréal et de l'organisme Options for Sexual Health effectuent cette étude. Nous travaillons conjointement avec un organisme fédéral, soit l'Agence de la santé publique du Canada.

3. À qui s'adresse cette enquête?

L'enquête s'adresse aux jeunes Canadiens âgés de 16 à 24 ans.

4. Que faire pour participer à l'étude?

Vous devez signer le formulaire de consentement afin de nous informer que vous acceptez de participer sur une base volontaire. Nous vous demanderons ensuite de répondre aux questions de l'enquête à l'aide d'un ordinateur. Lorsque vous répondrez à l'enquête, vous serez seul et personne ne vous dérangera ni ne regardera vos réponses. Le sondage renferme de nombreuses questions, mais vous devriez pouvoir y répondre en environ 45 minutes.

5. Dois-je répondre à l'enquête? Dois-je répondre à toutes les questions?

Non, vous avez le choix de répondre ou non à l'enquête. Vous n'êtes pas tenu de répondre à toutes les questions. Vous pouvez répondre à autant de questions que vous le voulez. Vous pouvez vous retirer en tout temps.

6. En quoi l'étude vous sera-t-elle utile?

Vos réponses nous permettront de recueillir des données importantes afin d'améliorer la santé sexuelle des jeunes Canadiens. Lorsque vous aurez répondu à l'enquête, vous recevrez 15 \$CAN. Vous ne tirerez AUCUN autre avantage direct de l'étude.

7. L'enquête comporte-t-il certains aspects dont je devrais me préoccuper?

L'étude ne comporte aucune technique médicale. Nous n'effectuons aucun prélèvement sanguin ni d'autres échantillons. Nous vous demandons seulement de répondre aux questions de l'enquête. Certaines questions peuvent vous rappeler des souvenirs pénibles. Nous savons que ces souvenirs peuvent vous perturber et nous vous donnerons les coordonnées de certaines personnes dans votre communauté qui pourront vous aider. Vous n'avez pas à vous demander qui verra vos réponses puisque seuls les chercheurs les liront et, une fois que vous aurez terminé, personne ne sera en mesure d'identifier votre formulaire.

8. Qu'arrivera-t-il lorsque j'aurai répondu aux questions de l'enquête?

Lorsque vous aurez répondu aux questions de l'enquête, vos réponses seront sauvegardées et seuls les chercheurs auront accès aux résultats. Nous NE mentionnerons PAS l'identité des jeunes qui auront participé à l'étude, mais nous transmettrons les réponses à d'autres chercheurs et aux personnes responsables de la création des programmes destinés à améliorer la santé sexuelle des jeunes Canadiens.

9. Avec qui dois-je communiquer si j'ai des questions au sujet du présent formulaire?

Si vous désirez parler avec quelqu'un au sujet de l'étude, vous pouvez communiquer par téléphone ou par courriel avec :

[nom du chercheur
adresse
numéro de téléphone
courriel]

Vous pouvez également communiquer avec la chercheuse principale :

Dre Maryanne Doherty
Doyenne associée, Programmes de remplacement
Université de l'Alberta
832, rue Education
Edmonton, Alb.
T6G 2G5
Téléphone : 780- 492-0243
Courriel : mdoherty@ualberta.ca

10. D'autres questions?

Si vous avez d'autres questions ou si vous désirez parler à une personne au sujet de vos droits en tant que participant à l'étude ou de la façon dont vous avez été traité, vous pouvez communiquer avec :

[coordonnées du Comité d'éthique pour la recherche de l'institution de l'expert]

Vous devez remplir la partie ci-dessous :

Veillez encercler « oui » ou « non » vis-à-vis chacune des affirmations suivantes :

J'ai lu le formulaire de consentement au complet.	OUI	NON
J'ai eu la possibilité de poser des questions ou de parler à quelqu'un au sujet de l'étude.	OUI	NON
Les réponses à mes questions ont été satisfaisantes.	OUI	NON
J'ai obtenu suffisamment de renseignements au sujet de l'étude.	OUI	NON
Je comprends que je peux mettre fin à ma participation à l'étude.	OUI	NON
> en tout temps		
> sans avoir à fournir de motif		
Je comprends les inconvénients et les avantages éventuels de l'étude.	OUI	NON
J'ai reçu une copie du formulaire de consentement.	OUI	NON

J'accepte de participer à l'étude.

_____	_____	_____
Nom du participant (caractères d'imprimerie)	Signature du participant	Date

_____	_____	_____
Nom du chercheur	Signature du chercheur	Date

Lettre d'information

[Logo de l'institution]

[Nom de l'institution]

[Affiliation départementale de l'expert]

Titre du projet : Les indicateurs liés à la santé sexuelle : Un cadre de travail à neuf composantes destiné à évaluer la santé sexuelle des jeunes Canadiens âgés de 16 à 24 ans.

Chercheurs : [nom et department de l'expert], [affiliation institutionnelle des autres chercheurs associés]

Organisme commanditaire: Agence de la santé publique du Canada

Nous vous invitons à participer à une étude. La participation à cette étude est volontaire et vous pouvez choisir d'y participer ou non. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez en quoi consiste cette étude ainsi que les avantages et les inconvénients qui peuvent découler de votre participation. Ce formulaire de consentement vous fournit les renseignements à ce sujet.

Les chercheurs feront ce qui suit :

- › discuteront avec vous des modalités de l'étude;
- › répondront à toutes vos questions;
- › s'assureront que votre nom NE figure PAS avec vos réponses;
- › seront disponibles pendant la durée de l'étude afin de vous aider en cas de problèmes.

Si vous décidez de ne pas participer à l'étude ou si vous mettez fin à votre participation avant la fin de l'étude, cela n'aura AUCUNE incidence sur les soins ou les traitements que vous recevrez.

1. Pourquoi avons-nous choisi de faire cette étude?

Nous désirons aider les jeunes à vivre des expériences sexuelles enrichissantes et à demeurer en bonne santé. Nous voulons créer des programmes qui répondront aux besoins des jeunes. Pour ce faire, nous devons en apprendre davantage sur les jeunes comme vous. Nous devons recueillir des renseignements qui vous aideront à demeurer en bonne santé et à vivre des expériences sexuelles enrichissantes si vous choisissez d'avoir de telles expériences. Les seuls renseignements dont nous disposons actuellement au sujet des jeunes comme vous ont trait au nombre d'infections transmissibles sexuellement, de grossesses ou de jeunes qui utilisent le condom. Nous devons recueillir davantage de renseignements sur les expériences, les attitudes et les connaissances des jeunes; c'est pourquoi nous devons demander aux jeunes de répondre à un sondage. Cette enquête constitue seulement une ébauche destinée à déterminer s'il nous permet de recueillir les renseignements dont nous avons besoin.

2. Qui sont les auteurs de cette étude?

Un groupe de chercheurs de l'Université de l'Alberta, de l'Université Dalhousie, de l'Université du Québec à Montréal et de l'organisme Options for Sexual Health effectuent cette étude. Nous travaillons conjointement avec un organisme fédéral, soit l'Agence de la santé publique du Canada.

3. À qui s'adresse cette enquête?

L'enquête s'adresse aux jeunes Canadiens âgés de 16 à 24 ans.

4. Que faire pour participer à l'étude?

Vous devez signer le formulaire de consentement afin de nous informer que vous acceptez de participer sur une base volontaire. Nous vous demanderons ensuite de répondre aux questions de l'enquête à l'aide d'un ordinateur. Lorsque vous répondrez à l'enquête, vous serez seul et personne ne vous dérangera ni ne regardera vos réponses. L'enquête renferme de nombreuses questions, mais vous devriez pouvoir y répondre en environ 45 minutes.

5. Dois-je répondre à l'enquête? Dois-je répondre à toutes les questions?

Non, vous avez le choix de répondre ou non à l'enquête. Vous n'êtes pas tenu de répondre à toutes les questions. Vous pouvez répondre à autant de questions que vous le voulez. Vous pouvez vous retirer en tout temps.

6. En quoi l'étude vous sera-t-elle utile?

Vos réponses nous permettront de recueillir des données importantes afin d'améliorer la santé sexuelle des jeunes Canadiens. Lorsque vous aurez répondu à l'enquête, vous recevrez 15 \$CAN. Vous ne tirerez AUCUN autre avantage direct de l'étude.

7. L'enquête comporte-t-il certains aspects dont je devrais me préoccuper?

L'étude ne comporte aucune technique médicale. Nous n'effectuons aucun prélèvement sanguin ni d'autres échantillons. Nous vous demandons seulement de répondre aux questions de l'enquête. Certaines questions peuvent vous rappeler des souvenirs pénibles. Nous savons que ces souvenirs peuvent vous perturber et nous vous donnerons les coordonnées de certaines personnes dans votre communauté qui pourront vous aider. Vous n'avez pas à vous demander qui verra vos réponses puisque seuls les chercheurs les liront et, une fois que vous aurez terminé, personne ne sera en mesure d'identifier votre formulaire.

8. Qu'arrivera-t-il lorsque j'aurai répondu aux questions de l'enquête?

Lorsque vous aurez répondu aux questions de l'enquête, vos réponses seront sauvegardées et seuls les chercheurs auront accès aux résultats. Nous NE mentionnerons PAS l'identité des jeunes qui auront participé à l'étude, mais nous transmettrons les réponses à d'autres chercheurs et aux personnes responsables de la création des programmes destinés à améliorer la santé sexuelle des jeunes Canadiens.

9. Avec qui dois-je communiquer si j'ai des questions au sujet du présent formulaire?

Si vous désirez parler avec quelqu'un au sujet de l'étude, vous pouvez communiquer par téléphone ou par courriel avec :

[nom du chercheur
adresse
numéro de téléphone
courriel]

Vous pouvez également communiquer avec la chercheuse principale :

D^{re} Maryanne Doherty
Doyenne associée, Programmes de remplacement
Université de l'Alberta
832, rue Education
Edmonton, Alb.
T6G 2G5
Téléphone : 780- 492-0243
Courriel : mduherty@ualberta.ca

10. D'autres questions?

Si vous avez d'autres questions ou si vous désirez parler à une personne au sujet de vos droits en tant que participant à l'étude ou de la façon dont vous avez été traité, vous pouvez communiquer avec:

[coordonnées du Comité d'éthique pour la recherche de l'institution de l'expert]

ANNEXE G

RÉACTIONS DES GROUPES DE DISCUSSION

Questions d'ordre technique

« Par accident, j'ai cliqué sur la mauvaise réponse mais je ne pouvais pas retourner en arrière pour la changer. »

« Souvent les questions étaient formulées de façon légèrement différente mais je ne me suis pas rendu compte qu'elles étaient formulées différemment. C'est uniquement lorsque j'ai rempli la section sur les expériences avec les femmes que je me suis rendu compte que j'avais mal répondu aux questions précédentes. »

« Le fait de savoir que je ne pouvais pas retourner en arrière a fait en sorte que je ne voulais pas me tromper! »

«... lorsque j'ai essayé de défiler vers le bas, le point vert bougeait. Chaque fois que je clique sur le point, je dois bouger la souris pour faire défiler. Cela m'a vraiment ralenti. »

« Comment se fait-il que je ne puisse pas désélectionner une réponse sur les points (cercles)? Des fois, je voulais changer ma réponse mais je ne pouvais pas. »

« Le pourcentage [la barre d'état en haut de la page] ne fonctionne pas. J'étais pris à 38 % pendant une éternité. C'était très décourageant et ça m'a donné l'impression que je ne finirais jamais. »

Structure et contenu de l'enquête

« Je me sentais forcé de choisir une réponse qui ne cadrait pas vraiment avec mes expériences ou de sauter ces questions. »

« Aux pages 13 et 14, la question 41 nous demande de décrire notre relation. Il manquait beaucoup d'options. »

« Je me sentais frustré de pouvoir seulement sélectionner UN des choix. Je voulais sélectionner plus d'un choix! »

« Je parle anglais avec mon frère et chinois avec mes parents. Nous parlons plus d'une langue à la maison. »

Un des participants a indiqué au début de l'enquête qu'il était sans-abri et a exprimé sa frustration lorsqu'on lui demanda par la suite une série de questions liées à sa résidence. D'autres ont indiqué :

« J'ai vraiment détesté les questions où on me demandait si j'ai confiance en ma capacité de ... je ne sais pas si j'ai confiance... je n'ai pas eu cette expérience! »

« Il y a une question, "serais-tu capable d'utiliser un moyen de protection même si tu étais sous l'influence de drogues" – J'ai passé beaucoup de temps sur cette question car je ne consomme pas de drogues. Il devrait y avoir un choix de réponse "sans objet". »

« Il y avait des questions où on me demandait si je faisais ceci ou si je faisais cela mais j'avais déjà répondu que je ne les faisais pas. La personne qui va lire ça va penser que je mens. »

« Les questions répétitives n'étaient pas claires. Étant donné que tant de questions étaient similaires, j'étais inquiet... peut-être que mes réponses manqueraient de cohérence? »

« Si vous allez avoir 5 questions qui demandent la même chose, s'il vous plaît mettez-les à la même page! »

Déroulement et organisation de l'enquête

« J'ai eu l'impression que le questionnaire... de nombreuses questions du questionnaire s'adressaient à des gens plus âgés, pas à des adolescents. »

« ... ce n'était pas clair, pour moi, ce qu'on me demandait. »

« Quelques-unes des questions liées aux moyens de protection dans la section sur les expériences sexuelles n'étaient pas claires. »

« En termes clairs et simples s'il te plaît! »

« La question où on me demandait si j'avais un endroit tranquille ou 100 livres dans ma maison n'avait pas de sens. Aussi, je me suis senti insulté, c'était comme si on insinuait que je n'étais pas intelligent. »

« Les échelles étaient faibles. Je me sentais jugé. » [Ce commentaire se rapporte au échelles numériques dans les questions concernant le nombre de fois que les participants avaient eu une activité]

« À certains moments, quand je remplissais le questionnaire, je me sentais mal. Parfois mes pratiques sexuelles ne sont pas exemplaires. »

« J'ai été obligé de me creuser la tête pour répondre aux questions qui cherchaient une valeur numérique. »

« Je me suis senti obligé de donner des chiffres exacts par rapport à mes partenaires sexuels pour remplir les conditions de l'enquête. »

