

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉLABORATION ET VALIDATION D'ÉCHELLES DE MESURE DES
STRATÉGIES COMPORTEMENTALES DE PROTECTION ASSOCIÉES AUX
ACTIVITÉS SEXUELLES ET À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES
PSYCHOACTIVES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR

MARIE-PIER GRIMARD

JUILLET 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	IV	
RÉSUMÉ	V	
CHAPITRE I		
INTRODUCTION		
1.1 Problématique	6	
1.2 État des connaissances	9	
1.2.1 Examen des facteurs associés à la prise de risques chez les adultes émergents .	9	
1.2.2 Consommation de substances psychoactives	13	
1.2.3 Risques et conséquences associés à la consommation de substances psychoactives	17	
1.2.4 Prise de risques et sexualité	19	
1.2.5 Approches de réduction des méfaits.....	24	
1.2.6 Stratégies comportementales de protection.....	27	
1.3 Objectifs de l'étude	30	
CHAPITRE II		
ÉLABORATION ET VALIDATION D'ÉCHELLES DE MESURE DES		
STRATÉGIES COMPORTEMENTALES DE PROTECTION ASSOCIÉES À LA		
CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET AUX ACTIVITÉS		
SEXUELLES À L'ÂGE ADULTE ÉMERGENT		31
CHAPITRE III		
DISCUSSION		77
3.1 Synthèse des résultats	79	

3.2 Forces de l'étude et retombées appliquées	80
3.3 Limites et recherches futures	84
3.4 Conclusion	86
APPENDICE A	
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉMIS PAR L'UQAM.....	88
APPENDICE B	
LISTE DES EXPERTS	89
APPENDICE C	
SOLLICITATION DE LA PARTICIPATION DES EXPERTS	90
APPENDICE D	
COURRIEL II AUX EXPERTS	93
APPENDICE E	
CONSIGNES AUX EXPERTS POUR PARTICIPATION AU PROJET	
« VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE SUR LES COMPORTEMENTS DE PROTECTION » VOLET CONSOMMATION.....	95
APPENDICE F	
CONSIGNES AUX EXPERTS POUR PARTICIPATION AU PROJET	
« VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE SUR LES COMPORTEMENTS DE PROTECTION » VOLET SEXUALITÉ.....	111
APPENDICE G	
LETTRE DE REMERCIEMENT AUX EXPERTS	122
APPENDICE H	
LISTE DES ITEMS RETENUS POUR LES ÉCHELLES DE SCP LIÉES À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	124
APPENDICE I	
LISTE DES ITEMS RETENUS POUR LES ÉCHELLES DE SCP LIÉES À LA SEXUALITÉ.....	127
APPENDICE J	
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT EN LIGNE.....	131

RÉFÉRENCES.....	134
-----------------	-----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
Tableau 1. Lignes directrices en matière de développement d'une échelle de DeVellis (2012).....	43
Tableau 2. <i>Thèmes utilisés pour regrouper les items</i>	46
Tableau 3. <i>Plus haut niveau de scolarité complété par les participants</i>	49
Tableau 4. <i>Statut relationnel</i>	49
Tableau 5. <i>Analyse factorielle de l'échelle générale de consommation de substances psychoactives (n = 579)</i>	53
Tableau 6. <i>Analyse factorielle de l'échelle ingestion de substances liquides (n = 592; $\alpha = 0,79$)</i>	54
Tableau 7. <i>Analyse factorielle de l'échelle inhalation de substances (n = 194; $\alpha = 0,63$)</i>	55
Tableau 8. <i>Analyse factorielle de l'échelle substances prisées (n = 85; $\alpha = 0,90$)</i>	56
Tableau 9. <i>Analyse factorielle de l'échelle générale de sexualité (n = 313)</i>	57
Tableau 10. <i>Analyse factorielle de l'échelle sexualité orale (n = 121; $\alpha = 0,78$)</i>	58
Tableau 11. <i>Analyse factorielle de l'échelle d'utilisation du condom (n = 898; $\alpha = 0,86$)</i>	59
Tableau 12. <i>Analyse factorielle de l'échelle sexualité non protégée (n = 640; $\alpha = 0,93$)</i>	60
Tableau 13. <i>Analyse factorielle de l'échelle utilisation de jouets/objets sexuels (n = 85; $\alpha = 0,66$)</i>	60
Tableau 14. <i>Analyse factorielle de l'échelle de masturbation (n = 452)</i>	61
Tableau 15. <i>Analyse factorielle de l'échelle activités sexuelles alternatives (n = 492; $\alpha = 0,77$)</i>	62

RÉSUMÉ

La littérature suggère que les activités à risque liées à la sexualité et à la consommation de substances psychoactives atteignent leur apogée chez les adultes émergents (AE); cependant, il existe d'importantes différences individuelles quant à leurs conséquences. Ces différences pourraient être explicables en partie par des niveaux variables d'utilisation de stratégies comportementales de protection (SCP). Cependant, peu d'études ont documenté les SCP utilisées par les AE pour minimiser les risques associés à leur consommation et à leur sexualité. Cette étude vise à combler cette lacune. Basées sur la méthode DeVellis (2012), des échelles de mesure autorapportées des SCP ont été développées en langue française et testées auprès de 902 participants âgés de 18 à 25 ans (21,7 % hommes; âge moyen = 21 ans; E.T. = 2,3). Les analyses factorielles exploratoires, avec extraction des moindres carrés non pondérés avec rotation oblique de type OBLIMIN ont permis de valider 36 items répartis en sept sous-échelles liées aux activités sexuelles autoérotiques (p. ex., masturbation) et alloérotiques (p. ex., activités sexuelles non protégées), avec des alphas de Cronbach variant entre 0,66 et 0,93, soit l'échelle générale de sexualité (9 items), celle de sexualité orale (3 items), l'échelle utilisation du condom (7 items), celle de sexualité non protégée (4 items), l'échelle utilisation de jouets/objets sexuels (3 items), l'échelle masturbation (7 items) et pratiques sexuelles alternatives (3 items). Aussi, 27 items sont répartis en quatre sous-échelles liées à la consommation de substances psychoactives avec des alphas de Cronbach variant entre 0,63 et 0,90, soit l'échelle générale consommation de substances psychoactives (11 items), l'échelle ingestion de substances liquides (4 items), l'échelle inhalation de substances (4 items) et l'échelle substances prisées (8 items). Ces échelles permettront d'outiller les chercheurs et les intervenants afin de mieux comprendre l'impact et l'utilisation des SCP chez les AE en matière de consommation et de sexualité.

Mots clés : Réduction des méfaits, stratégies comportementales de protection, substances psychoactives, sexualité, adultes émergents

CHAPITRE I

INTRODUCTION

1.1 Problématique

L'âge adulte émergent (18 à 25 ans; Arnett, Kloep, Hendry et Tanner, 2011; Arnett, 2000) est une période développementale d'expérimentations et de consolidation identitaire où les comportements à risque atteignent leur apogée. En effet, du milieu de l'adolescence jusqu'au milieu de la vingtaine, les jeunes ont tendance à prendre des risques qui vont parfois jusqu'à mettre leur vie en danger (Dariotis et al., 2008; Sellami, 2008).

Au Québec, la consommation de substances psychoactives atteint des sommets entre 15 et 24 ans (Institut national de santé publique du Québec, 2009; Traoré et al., 2014). Plusieurs conséquences négatives sont liées à la consommation de substances psychoactives, autant physiques, psychologiques que psychosociales (Institut national de santé publique du Québec, 2010a), par exemple, les blessures et invalidités liées aux accidents de voiture avec les facultés affaiblies. Au Québec, le risque de décéder connaît une hausse notable à l'adolescence, puis demeure relativement stable une fois la vingtaine atteinte (Institut de la statistique du Québec, 2011). Les traumatismes non intentionnels étaient responsables de 512 décès sur une période de deux ans au début des années 2000 chez les moins de 20 ans (Gagné, 2006). Chez les 15 à 19 ans, 43,5 % des décès sont dus à ces traumatismes non intentionnels. Les jeunes hommes sont sur représentés au niveau de la mortalité liée à des causes externes (p. ex. accidents, morts violentes). C'est au début de la vingtaine que cette surmortalité masculine atteint son apogée, avec un ratio de près de trois pour un par rapport aux femmes (Institut de la statistique du Québec, 2011). De plus, Gagné (2006) souligne

que lorsque les traumatismes ne s'avèrent pas fatals, ils sont susceptibles d'entraîner des incapacités qui peuvent être permanentes. Sellami (2008) attribue ces actes dangereux à un rite de passage à l'âge adulte qui consiste à repousser ses limites psychologiques et physiques en s'engageant dans des comportements à risques, comme les activités sexuelles non protégées et la consommation de substances psychoactives.

La découverte de la sexualité est aussi un enjeu majeur de l'adolescence et du début de l'âge adulte, et peut amener son lot de comportements à risque (Le Breton, 2012; Sellami, 2008). Il y a d'ailleurs une hausse de la prévalence des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) chez les 15 à 24 ans au Québec, principalement la gonorrhée et la chlamydia (Poirier et Dontigny, 2010).

Afin de diminuer les effets négatifs de cette prise de risques, plusieurs stratégies ont été évaluées, dont les approches de réduction des méfaits qui s'intéressent à la diminution des conséquences négatives des comportements à risques. C'est une démarche collective qui vise l'individu et son entourage (Brisson, 1997). Les stratégies comportementales de protection (SCP) sont, pour leur part, définies comme des comportements que les individus peuvent exercer, en vue de limiter les conséquences négatives liées aux risques inhérents à la consommation de substances psychoactives ou à la sexualité. Les études faites sur les SCP face à la consommation d'alcool, incluant des stratégies comme « avoir un chauffeur désigné » ou « prédéterminer un nombre de consommations maximales », montrent une diminution des conséquences négatives (Borden et al., 2011; Martens et al., 2004, 2008; Martens, Pederson, Labrie, Ferrier et Cimini, 2007). Cela pourrait être généralisable à d'autres domaines telle que la consommation de drogues, mais cette hypothèse n'a pas encore été testée.

Le présent mémoire s'intéresse à la prise de risques et aux SCP associées aux activités sexuelles et à la consommation de substances psychoactives chez les adultes émergents (18 à 25 ans) qui ont été peu étudiées. Le présent projet de recherche vise à élaborer et valider des échelles de mesure des stratégies de protection et de la gestion du risque (stratégies comportementales de protection; SCP) associées d'une part aux activités sexuelles et d'autre part à la consommation de substances psychoactives chez les adultes émergents auprès d'un même échantillon. La validité de contenu sera vérifiée auprès d'experts des deux domaines ciblés et la validité de construit sera vérifiée à l'aide d'analyses factorielles exploratoires, avec extraction des moindres carrés non pondérés avec rotation oblique de type OBLIMIN.

Au plan scientifique, cette recherche permettra de documenter davantage l'approche de réduction des méfaits sous l'angle des stratégies individuelles en lien avec la consommation de substances psychoactives et la sexualité dans une même étude. Au plan sexologique, elle permettra de mieux comprendre comment les adultes émergents utilisent les SCP en lien avec la sexualité, et de documenter les SCP les plus utilisées. Aussi, les échelles de mesure développées contribueront à accroître nos connaissances dans ces domaines, et permettront d'examiner les liens entre les comportements sexuels à risques, la consommation de substances psychoactives et les SCP utilisées par les adultes émergents. Par exemple, ces échelles pourront être utilisées dans des recherches ultérieures afin de vérifier l'efficacité des SCP pour diminuer les conséquences associées à la prise de risque chez ceux qui utilisent un répertoire plus diversifié de SCP. Au plan interventionnel, une meilleure connaissance des SCP adoptées par les adultes émergents de 18 à 25 ans permettra potentiellement une amélioration des programmes de prévention en ciblant de façon plus précise et efficace les SCP qui sont plus difficilement intégrées et celles qui semblent acquises.

1.2 État des connaissances

1.2.1 Examen des facteurs associés à la prise de risques chez les adultes émergents

La prise de risques se définit par l'adoption de comportements répétés et potentiellement dangereux à court ou long terme (Michel, Purper-Ouakil et Mouren-Simeoni, 2006). Elle peut être valorisée par le groupe de référence, ce qui encourage un individu à opter pour des comportements risqués, afin d'augmenter sa popularité auprès de ses pairs (Bukowski, Sippola et Newcomb, 2000; Turner, McClure et Pirozzo, 2004). De plus, la prise de risques serait polymorphe et généralisée à plus d'un comportement (Michel et al., 2006).

Pour détailler cette prise de risques, certaines pistes neuropsychologiques ont été explorées au cours des dernières années afin d'expliquer l'attrait des jeunes pour celle-ci. Les études développementales permettent de constater que ces comportements n'augmentent pas de façon linéaire entre l'enfance et l'âge adulte. Pour la majorité des jeunes, il y aurait plutôt une hausse des comportements à risque à l'adolescence (Casey, Jones et Hare, 2008) et au début de l'âge adulte, suivi d'une diminution dans la vingtaine (Moffitt, 1993). Cette hausse de comportements à risque serait une réponse adaptative au contexte de changements durant cette période. Tous les individus s'adonneraient donc à une certaine délinquance à cette étape de leur vie (Moffitt, 1993).

Le cortex préfrontal, responsable des fonctions exécutives et de l'autorégulation émotionnelle, est la dernière entité du cerveau à atteindre sa maturité. Ainsi, l'impulsivité des adolescents pourrait être liée à l'immaturité de cette structure cérébrale par rapport aux autres fonctions cognitives qui se développent plus tôt. Cette thèse a cependant été revue récemment, puisqu'elle ne permet pas d'expliquer pourquoi les adolescents prennent plus de risques que les enfants, chez qui le cortex

préfrontal est encore moins développé (Bear, Connors et Paradiso, 2007). Casey et ses collègues (2008) ont proposé une théorie selon laquelle le système limbique contribuerait davantage à la prise de risques à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Cette théorie postule que les régions limbiques du cerveau, qui interviennent au niveau des émotions, auraient un rôle prépondérant sur la région corticale préfrontale. Ainsi, les signaux des systèmes limbiques viendraient empêcher l'autorégulation émotionnelle de la région préfrontale (Casey, Jones et Somerville, 2011) accentuant la tendance à faire des choix pour obtenir une récompense immédiate malgré le risque, plutôt que de mesurer les conséquences négatives à long terme (Leyton et Stewart, 2014). Les auteurs soulignent tout de même que le cerveau ne peut pas être à lui seul responsable de la prise de risques. D'ailleurs, cette théorie ne permet pas d'expliquer les variations individuelles dans la prise de risques auprès des jeunes du même âge. Les influences sociales et environnementales ont aussi leur rôle à jouer dans ce processus développemental.

Il devient alors intéressant de se pencher sur les explications que pourrait fournir une approche plus évolutionniste. Il est reconnu que certaines structures du cerveau comme l'amygdale servent à trier l'information sensorielle et à présélectionner rapidement les comportements d'approche ou d'évitement appropriés à la situation. Cette réaction du cerveau provoque une cascade de réactions neuronales, qui elles-mêmes amènent l'individu à réagir. Ce sont les sensations provoquées par ces réactions neuronales que l'individu recherche. Il s'efforce donc de trouver toutes sortes de moyens pour les déclencher, que ce soit, par exemple, à travers la consommation d'une substance psychoactive qui fait vivre des réactions encore jamais expérimentées ou qui en décuple les effets, ou à travers une expérimentation sexuelle inconnue qui suscite une nouvelle excitation. L'exploration quelle qu'elle soit comporte un risque inhérent à la découverte de l'inconnu. La prise de risque est inéluctable. La curiosité qui amène la prise de risques permet aux diverses structures du cerveau de se développer. Elles permettront ensuite de mieux évaluer les bénéfices

attendus comparés aux risques encourus, afin de permettre le développement de l'individu et sa survie tout en préservant son intégrité (Schenk et Preissmann, 2011).

Or, une explication complémentaire sociologique est amenée par les travaux socioanthropologiques de Le Breton (2012). Lorsqu'il parle de risques, cet auteur fait référence à la souffrance nécessaire lors du rite de passage de la vie d'enfant à celle de la vie d'adulte, souffrance générée par des comportements qui peuvent mettre l'intégrité physique et psychologique de l'individu en danger, par exemple, les conduites autodestructrices comme l'automutilation ou la surconsommation de substances psychoactives, qui constituent des passages typiques et ritualisés de l'enfance au monde adulte. Pour Le Breton (2012), c'est une remise au monde, une quête pour trouver ses limites et redéfinir son identité ébranlée par les multiples changements qui s'opèrent à cet âge. En effet, ces multiples transformations, notamment l'augmentation de la force physique et l'intensification pulsionnelle, entraînent souvent des conduites d'essais potentiellement dangereuses, chez des individus inexpérimentés principalement en raison de leur âge. Ces comportements à risque peuvent aussi permettre aux adultes émergents l'exploration de leurs capacités afin de mieux définir leur identité (Michel et al., 2006). Étymologiquement, ce serait la souffrance engendrée par la prise de risques, qui constituerait le prix à payer pour passer au statut d'adulte. Ces rites, jusqu'alors sociaux, ont pris une tournure plus privée avec l'individualisation des sociétés occidentales. Ainsi, dans la réalité contemporaine des jeunes en développement, ce serait moins la dimension sociale qui serait valorisée dans ces comportements à risque, mais plutôt la quête individuelle (Le Breton, 2012). Dans un même ordre d'idées, Michel, Purper-Ouakil et Mouren-Simeoni (2006) affirment que tout être humain a le besoin d'explorer son environnement. À l'adolescence, c'est en affrontant le danger que l'individu briserait symboliquement les barrières de l'enfance, une tradition humaine conçue comme un rite de passage à l'âge adulte.

D'ailleurs, de nos jours, les conduites à risque sont associées à une morbidité et une mortalité considérable chez les adultes émergents. Le fait de s'engager ainsi de manière répétitive et délibérée dans ces conduites à risque potentiellement mortelles correspond à des conduites ordaliques. Selon Charles-Nicolas (1985) cité dans plusieurs ouvrages (Cardenal, Sztulman et Schmitt, 2007; Pedinielli, Rouan, Gimenez et Bertagne, 2005), les conduites ordaliques sont des actions répétées de mise à l'épreuve, de prise de risques, qui possède un statut particulier car elles confrontent la mort. Dans le même ordre d'idées que Le Breton, les conduites ordaliques peuvent procurer un fort sentiment de contrôle, de domination de la menace, qu'elle soit physique ou psychique. La confrontation directe avec le risque rassure l'individu quant à ses capacités à affronter le danger et le conforte dans son identité. Ces conduites passent, par exemple, par la consommation de substances psychoactives (alcool, drogues, etc.), les activités sexuelles, le sport extrême, la conduite de véhicules motorisés (vitesse excessive, non-respect de la signalisation, etc.), et plusieurs autres domaines (Cardenal et al., 2007). Il existe donc une diversification presque illimitée d'activités potentiellement dangereuses dans lesquelles les conduites ordaliques peuvent s'exprimer.

Cette diversité dans la prise de risque est ainsi qualifiée de polymorphe en plus de parfois impliquer une cooccurrence, par exemple, la prise de risques sexuels sous l'influence d'une substance psychoactive, etc. (Michel et al., 2006). C'est notamment le cas dans les domaines de la consommation de substances psychoactives (Institut national de santé publique du Québec, 2009) et de la sexualité (Le Breton, 2012; Sellami, 2008). Cela pourrait expliquer en partie pourquoi la prise de risques est plus saillante du milieu de l'adolescence jusqu'au milieu de la vingtaine (Dariotis et al., 2008).

1.2.2 Consommation de substances psychoactives

1.2.2.1 L'alcool

Le Canada affiche une importante consommation d'alcool. En 2015, la prévalence de Canadiens ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois était de 77 %, c'est-à-dire 22,7 millions de personnes. Cette statistique semble stable, puisqu'elle n'avait pas varié de façon significative depuis 2013. Ce sont les jeunes adultes (20 à 24 ans) qui affichent le taux de consommation d'alcool est le plus élevé avec 83 % d'entre eux qui déclarent avoir consommé au cours des 12 derniers mois. La prévalence de la consommation d'alcool chez ce groupe d'âge est demeurée statistiquement inchangée par rapport à 2013. En plus d'être ceux qui affichent la prévalence de consommation d'alcool la plus élevée, les jeunes Canadiens de 20 à 24 ans avaient aussi un comportement de consommation d'alcool plus risqué que celui de tous les autres répondants. C'est près de 459 000 (24 %) des jeunes de 20 à 24 ans qui ont consommé au-delà de la directive concernant les effets aigus et 542 000 (28 %) des jeunes adultes qui ont bu au-delà de la limite établie pour éviter les effets chroniques. De toutes les provinces, c'est au Québec que le taux de consommation d'alcool était le plus élevé. Il atteint 82 %, soit 5,6 millions de résidents du Québec qui affirment avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois (« Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) - Corrections affichées Mars 2017», 2017). Parmi les jeunes de 18 à 24 ans ayant consommé de l'alcool au cours du dernier mois, 85 % l'ont fait de façon excessive au moins une fois et 24 % l'ont fait de façon excessive au moins une fois par semaine (Institut national de santé publique du Québec, 2011).

À notre connaissance, il n'existe pas de données concernant la consommation d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues spécifique aux adultes émergents québécois. Par contre, des informations provenant de différentes enquêtes nationales et provinciales permettent de tracer un portrait sommaire de la consommation chez les jeunes. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) considère la consommation d'alcool comme un phénomène à surveiller, puisqu'elle engendre de nombreux problèmes sociaux et de santé physique et mentale (Institut national de santé publique du Québec, 2010b). Dès la fin du secondaire, la consommation d'alcool est considérable.

1.2.2.2 Les drogues

Au Québec, 70 % de la population se dit préoccupée par la consommation de drogues selon les données de l'INSPQ (Hamel, 2002). Les drogues sont des substances psychoactives naturelles, semi-synthétiques ou synthétiques qui modifient le fonctionnement du système nerveux central en agissant comme dépresseur, stimulant ou perturbateur (Institut national de santé publique du Québec, 2010a).

Après l'alcool, c'est le cannabis qui semble être la substance psychoactive la plus populaire chez les jeunes. Au Canada, la prévalence de la consommation de cannabis est plus élevée chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans (30 % ou 715 000) que dans tout autre groupe d'âges («Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) - Corrections affichées Mars 2017», 2017). Au Québec, chez les répondants de 18 à 24 ans, plus de la moitié déclarent en avoir consommé au moins une fois dans la dernière année et 40 % au cours des 30 derniers jours. C'est 13 % des de tous les répondants qui soutiennent consommer quotidiennement, mais parmi ceux

qui ont rapporté avoir consommé au cours du dernier mois, c'est 34 % qui l'ont fait tous les jours (Institut national de santé publique du Québec, 2011).

Outre l'alcool et le cannabis, plusieurs études rapportent que les jeunes Canadiens consomment aussi des hallucinogènes, des amphétamines, de la cocaïne, de l'ecstasy et de l'héroïne ("Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) - Corrections affichées Mars 2017," 2017; Flight, 2007; Institut de la statistique du Québec, 2012; Institut national de santé publique du Québec, 2012; Traoré et al., 2014). La prévalence de la consommation d'au moins une drogue illicite autre que le cannabis était de 211 000 jeunes adultes de 20 à 24 ans («Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) - Corrections affichées Mars 2017», 2017).

Les substances les plus populaires chez les jeunes de 18 à 24 ans semblent être les amphétamines et l'ecstasy. C'est 42 % des jeunes qui affirment avoir consommé des amphétamines au moins une fois dans leur vie, et 38 % en ce qui a trait à l'ecstasy (Institut national de santé publique du Québec, 2011). De plus, la consommation à vie de champignons magiques se situe à 35 % et plus du quart des jeunes ont consommé au moins une fois de la cocaïne. Aussi, la proportion de jeunes ayant consommé du LSD, du GHB et du PCP au cours de leur vie, est supérieure à 10 % pour chacune de ces substances (Institut national de santé publique du Québec, 2011). C'est sans compter que la polyconsommation est fréquente. Effectivement, la polyconsommation concerne tous les types de substances: les dépresseurs (p.ex., alcool, médicaments, héroïne), les stimulants (p.ex., cocaïne, amphétamines) et les perturbateurs (p.ex., cannabis, champignons, ecstasy, salvia) (Beauchet, Fauchet et Degremont, 2011a).

Aussi, il existe une consommation de médicaments nécessitant ou non une prescription médicale dont l'usage n'est pas fait dans un but thérapeutique. En ce qui a trait à l'usage général de ces substances, le taux de consommation de produits

pharmaceutiques psychoactifs chez les Canadiens de 15 ans est de 22 %. La prévalence de la consommation de produits pharmaceutiques psychoactifs au cours des 12 derniers mois est de 19 % ou 455 000 des jeunes adultes de 20 à 24 ans.

Parmi tous les Canadiens qui ont indiqué avoir consommé des produits pharmaceutiques au cours des 12 derniers mois, 3 % soit 171 000 ont indiqué avoir consommé des produits pharmaceutiques psychoactifs au cours des 12 derniers mois pour l'expérience, l'effet qu'il cause, pour se « geler » ou pour d'autres raisons. Ce taux atteint 14 % soit 63 000 personnes chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans. Parmi les trois catégories de produits pharmaceutiques psychoactifs (les analgésiques opiacés, les stimulants), les analgésiques opioïdes ont été déclarés comme étant le produit le plus souvent consommé en 2015, soit 3,8 millions de Canadiens de 15 ans et plus en ont consommé au cours des 12 derniers mois. De ces 13 %, 83,000 personnes (2 %) ont déclaré en avoir consommé à des fins non thérapeutiques («Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) - Corrections affichées Mars 2017», 2017).

De plus, une consommation non négligeable de médicament en dehors d'un contexte médical est relevée dans certains lieux (bars, concerts, festivals, saunas, clubs échangiste, etc.) fréquentés par les adultes émergents (Beauchet et al., 2011a).

1.2.3 Risques et conséquences associés à la consommation de substances psychoactives

D'abord, il est pertinent de souligner qu'il existe peu de données scientifiques précises sur les substances psychoactives. Ceci peut s'expliquer en partie par le fait qu'au Québec, comme ailleurs dans le monde, plusieurs comportements liés à leur consommation sont illégaux, comme l'achat, la production ou la possession de ces substances (Institut national de santé publique du Québec, 2009). La substance ayant fait l'objet d'un plus grand nombre d'études est donc probablement l'alcool, de par sa nature légale. Elle n'est cependant pas la seule substance psychoactive consommée et ayant des conséquences quant à la prise de risques.

La prise de risques liée à la consommation de substances psychoactives est multiple. Le spectre de consommation s'étend de substances légales (p.ex., tabac, alcool, médicaments, etc.) à des substances illégales (p.ex., cannabis, amphétamines, ecstasy, crack, cocaïne, etc.) dont la nature, la concentration et la qualité sont souvent inconnues (J.-S. Fallu et al., 2008). Que la substance soit légale ou non, sa consommation peut engendrer des conséquences négatives pour le consommateur, comme l'abus ou la dépendance (Michel et al., 2006).

La consommation excessive d'alcool décrite plus tôt et la consommation de drogues sont souvent liées aux sensations recherchées. La disparition de la peur, la désinhibition, et la perte de contrôle qui caractérisent l'ivresse peuvent mener à de nombreux comportements à risques; actes violents, tentatives de suicide, comportements sexuels non désirés, activités sexuelles sans condom, conduite en état d'ébriété, etc. (Meier et al., 2008; Michel et al., 2006; Rehm et al., 2006a). La

consommation de substances psychoactives est également liée aux accidents de la route. Les deux principaux facteurs de risques liés aux accidents de la route étant la consommation d'alcool et la prise d'autres substances psychoactives, principalement le cannabis chez les jeunes (Michel et al., 2006). Ceci s'explique par l'effet de ces substances qui ont tendance à diminuer les habiletés motrices, à augmenter le délai de réaction, à altérer le jugement et à influencer les émotions (Institut national de santé publique du Québec, 2010b). D'ailleurs, un rapport de l'INSPQ rappelle qu'il existe des risques associés à la consommation d'alcool, et ce, même si celle-ci est faible (Institut national de santé publique du Québec, 2010b). Les adultes émergents sont souvent pointés du doigt par les statistiques des accidents de la route en lien avec l'alcool et la consommation de drogues (Beauchet et al., 2011a).

De l'aveu même des participants à une étude canadienne, 8 % (193 000) des jeunes adultes de 20 à 24 ans ont dit avoir subi des méfaits dus à leur propre consommation de drogue sur un des huit facteurs suivant : santé physique, amitiés et vie sociale, situation financière, vie de famille ou mariage, travail, études ou possibilités d'emploi, problèmes judiciaires, difficulté d'apprentissage ou problèmes de logement. La prévalence de méfaits déclarés était plus élevée chez les personnes ayant à la fois consommé une drogue illicite et un produit pharmaceutique psychoactif à des fins non thérapeutiques, soit une personne sur six (15 % ou 558 000; «Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) - Corrections affichées Mars 2017», 2017).

Le fardeau imposé à une société est important, que ce soit en matière de soins de santé, d'application de la loi, de perte de productivité au travail, d'inadéquation à la maison, d'incapacités et même de décès. Au Canada, ce coût est estimé à 39,8 milliards de dollars (Rehm et al., 2006a).

À l'égard du Québec, les coûts associés à l'alcool seul étaient de plus de 3 milliards de dollars en 2002, (Rehm et al., 2006b) et ce, sans tenir compte des coûts intangibles

associés à cette consommation pour l'individu lui-même, pour ses proches et son entourage, par exemple, la souffrance psychologique des proches suite au décès d'une personne ou l'inquiétude que peuvent vivre les parents de voir leurs enfants consommer de l'alcool et adopter des comportements à risques.

Ainsi, les conséquences associées à l'usage de substances psychoactives chez les adultes émergents sont multiples, tant au niveau de la santé physique et psychologique. L'INSPQ souligne que les personnes âgées de moins de 25 ans sont les plus vulnérables aux méfaits de leur propre consommation et aux méfaits de la consommation d'alcool par des tiers (Institut national de santé publique du Québec, 2010b). Aux conséquences liées à la consommation de substances psychoactives (p.ex. altération de la vigilance) s'ajoutent les comportements secondaires potentiellement dangereux (p. ex. conduite de véhicule motorisé avec facultés affaiblies) et des risques directement liés à la substance consommée, par exemple, un arrêt cardiorespiratoire lors d'une surconsommation (Michel et al., 2006).

1.2.4 Prise de risques et sexualité

En ce qui a trait aux risques liés à la sexualité, ils ne sont pas présents uniquement lorsqu'il y a absence d'utilisation du condom ou d'une autre protection. Effectivement, c'est à tort que certaines personnes pensent que la sexualité non protégée est la seule à comporter des risques. Bien que l'utilisation du condom reste l'une des meilleures protections contre les ITSS, une utilisation inadéquate entraîne une diminution de son efficacité, car ceci augmente les risques de glissement, de bris et par le fait même le risque de transmission d'ITSS. Toutefois, même protégé par un condom ou une barrière de latex, les rapports oraux, qu'il s'agisse d'une fellation,

d'un cunnilingus ou d'un anilingus comportent un risque de transmission de l'herpès et du virus du papillome humain (VPH), puisque des lésions peuvent se situer à l'extérieur de la zone couverte. Pour cette même raison, la pénétration vaginale ou anale avec le condom comporte les mêmes risques (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014). En 2013, c'est plus de 27 000 cas d'ITSS qui ont été déclarés, représentant 74 % de l'ensemble des infections recensées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (Institut national de santé publique du Québec, 2014).

Plus spécifiquement, un rapport de Poirier et Dontigny (2010) dresse un portrait global intéressant concernant la santé sexuelle des 15 à 24 ans. Depuis près de 10 ans, le nombre d'ITSS est en hausse au Québec. Leur transmission serait d'ailleurs facilitée par le fait que, chez certains individus, certaines ITSS sont asymptomatiques ou encore que les symptômes se déclarent plusieurs années après avoir été infectés. Les deux tiers des cas de chlamydia génitale et la moitié des cas de gonorrhée sont déclarés parmi les 15 à 24 ans, même si certains de ces jeunes ne sont pas encore sexuellement actifs. De plus, la chlamydia connaît une importante augmentation depuis 1997 chez les adultes émergents. En ce qui a trait à la gonorrhée, l'augmentation est rapide depuis 10 ans et touche particulièrement les hommes adultes émergents. Il s'agit des deux ITSS les plus fréquentes chez les 15-24 ans et elles semblent affecter l'ensemble des jeunes (Institut national de santé publique du Québec, 2014). Pour sa part, la syphilis, qui semblait pourtant éradiquée il y a quelques années, fait un retour en force. En 2001, un cas par mois était répertorié alors qu'en 2006, c'était un cas par jour au Québec.

Aussi, un manque de connaissance sur les infections qui touchent particulièrement les adultes émergents peut augmenter leur vulnérabilité. Dans cet optique, le tiers des hommes et 18 % des femmes ignoraient que la chlamydia peut être asymptomatique. Non traitée cette infection peut causer l'infertilité, une information que 46 % des

hommes et 32 % des femmes ignoraient. Quant à la transmission, 19 % des hommes et 11 % des femmes ignoraient qu'une personne infectée peut transmettre la chlamydia même si elle n'a pas de symptômes (Institut national de santé publique du Québec, 2014). Ainsi le danger non perçu peut expliquer en partie les statistiques en lien avec l'utilisation du condom avec des partenaires sexuels occasionnels. Effectivement, 53 % des femmes ayant eu des partenaires sexuels occasionnels masculins, 39 % des hommes ayant eu des partenaires occasionnels hommes et femmes (44 %) n'utilisent pas toujours le condom avec ces partenaires (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014).

Tel que mentionné précédemment, le condom ne permet pas de se protéger de tous les risques. Par exemple, la transmission de la gale et des morpions ne nécessite pas de contact sexuel, mais seulement un contact étroit direct. Le fait d'échanger un baiser avec contact de salive représente un risque élevé de transmission de l'herpès lorsqu'il y a une lésion et il en va de même pour la syphilis. Le baiser est aussi un vecteur de transmission des ITSS si la salive contient du sang. D'ailleurs, de nombreuses situations de la vie courante sont susceptibles de provoquer un saignement, par exemple, l'utilisation de la soie dentaire, le brossage des dents, etc. Il est donc possible que du sang soit présent dans la salive bien que ce soit imperceptible à l'œil (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014).

D'autres activités sexuelles qui ne semblent pas risquées représentent tout de même un risque pour la santé. La masturbation en solitaire, le frottement corps contre corps, la masturbation du partenaire ou par le partenaire (sans utiliser de sécrétions génitales comme lubrifiant), l'utilisation d'un jouet sexuel sans le partager, le contact d'une partie du corps dont la peau est saine avec de l'urine, des matières fécales, du sang, des sécrétions vaginales ou du sperme sont toutes des activités sexuelles qui comportent un risque élevé de transmission de l'herpès et du VPH s'il y a des lésions.

Il existe aussi un risque d'auto-inoculation de l'herpès, c'est-à-dire qu'une personne porteuse peut étendre l'infection, par contact direct ou indirect, à d'autres parties de son corps. Il existe aussi des risques associés au contact des muqueuses oculaires ou nasales avec du sperme ou des sécrétions vaginales (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014).

En ce qui a trait aux rapports oraux génitaux non protégés, donner une fellation ou un cunnilingus comporte un risque de transmission de l'herpès, de la syphilis, du VIH, de transmission du VPH, de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique. De plus, le fait de ne pas éjaculer peut réduire les risques, mais ne les élimine pas. Recevoir une fellation ou un cunnilingus comporte également un risque élevé de transmission de l'infection gonococcique si la personne qui donne la fellation est atteinte d'une infection pharyngée. Il y a aussi un risque de transmission de l'herpès, de la syphilis, du VPH et de l'infection à *Chlamydia trachomatis* si la personne qui donne la fellation est atteinte d'une infection buccale ou pharyngée. Cependant, les risques sont plus élevés en ce qui a trait au cunnilingus s'il y a menstruations (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014).

Aussi, l'utilisation d'un jouet sexuel lors d'activités sexuelles peut causer différentes problématiques. Par exemple, l'inflammation ou des microlésions aux muqueuses. Ce qui peut favoriser la transmission d'ITSS lors d'activités sexuelles subséquentes. D'ailleurs, être le partenaire qui fait la pénétration n'offre aucune protection fiable. Les deux partenaires sont tout aussi à risque lorsqu'il y a pénétration sans protection.

Presque toutes les pratiques présentées précédemment comportent un risque de contracter le VPH. En fait, il existe plusieurs types de VPH dont certains causent des condylomes alors que d'autres sont associés à certains types de cancer (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014).

Par ailleurs, bien que plus marginal, le risque de contracter le VIH est aussi présent dans la plupart des pratiques présentées (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014). Malgré les avancées médicales pour le traitement du SIDA comme la trithérapie, le VIH demeure un enjeu de santé publique important. Les coûts humains et sociaux engendrés sont faramineux. Au Québec, au cours d'une année, c'est près de 200 millions de dollars qui sont dépensés seulement en antirétroviraux. Or, les problèmes engendrés par les ITSS sont nombreux; par exemple, il y a les conséquences sur la santé physique (infertilité, grossesse ectopique, maladie chronique, cirrhose du foie, cancer, etc.) et psychologique, les problèmes interpersonnels et relationnels, les problèmes de discrimination (notamment en lien avec le VIH), la transmission aux nouveau-nés et les effets indésirables de la médication (Poirier et Dontigny, 2010).

Si les données sur les ITSS sont facilement accessibles, il n'en reste pas moins qu'ils ne sont pas les seuls risques liés à la sexualité. Au Québec c'est chez les 20-24 ans que le taux d'interruption volontaire de grossesse est le plus élevé (Institut de la statistique du Québec, 2010). Les grossesses chez les jeunes femmes engendrent souvent des coûts sociaux et économiques pour les individus et la collectivité. Notamment parce que celles-ci sont plus à risque de mettre un terme à leurs études et leur situation est souvent caractérisée par l'isolement, la pauvreté et l'exclusion sociale (Roy et Charest, 2002b). Au Québec, entre 2001 et 2003, le taux de grossesse était de 63,5 pour 1000 chez les 18 et 19 ans. De ce nombre, plus de la moitié des grossesses ont donné lieu à une interruption volontaire de grossesse (Lavoie et al., 2010). Annuellement, plus de 10 000 filles de moins de 20 ans deviennent enceintes et plusieurs deviennent mères monoparentales. Cette situation crée souvent dépendance et pauvreté, et risque d'hypothéquer l'avenir des enfants (Roy et Charest, 2002a).

1.2.5 Approches de réduction des méfaits

Afin de pallier aux conséquences négatives liées à la prise de risques, plusieurs théoriques et techniques ont été élaborées. Les approches de réduction des méfaits, largement utilisées en intervention, notamment dans les milieux communautaires, se définissent comme une démarche collective qui ne vise pas nécessairement à enrayer un comportement, mais plutôt à en minimiser les effets négatifs sur l'individu, son entourage et la société (Brisson, 1997). Elle est qualifiée d'intervention sanitaire et communautaire, voire même de philosophie qui s'intéresse à la diminution des conséquences négatives des comportements à risques (Borden et al., 2011; Jean, 2010; Martens et al., 2004, 2008, 2007). Il s'agit d'une alternative aux méthodes de répression qui ont apporté peu de bénéfices dans certains domaines, dont la consommation de substances psychoactives et la sexualité à risque (Brisson, 1997). Les approches de réduction des méfaits ont d'abord été développées auprès des utilisateurs de drogues injectables (Brisson, 1997, Jean, 2010). Développées dans les années 80 (Brisson, 1997; Jean, 2010; Landry et Lecavalier, 2003; Quirion, 2002), elles visent globalement à promouvoir la santé (Hamel, 2002). Elles sont devenues un modèle de référence internationale appuyé par des organismes tels que l'Organisation des Nations Unies (ONU), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Banque mondiale (Jean, 2010). Perçu comme une voie novatrice, le modèle a été élargi à d'autres domaines et populations au cours des années 90 (Jean, 2010), comme les prostituées et les utilisateurs de « crack ». Plus récemment, les stratégies d'information, d'éducation et de communication, faisant partie de la réduction des méfaits, ont été intégrées presque universellement au Québec en matière de consommation de substances psychoactives sécuritaires et de sexualité. Par exemple, par la diffusion d'affiches, brochures, dépliants, guides, documents vidéo, magazines,

visant la connaissance des risques liés à l'usage de substances psychoactives ou des facteurs de protection par rapport à la transmission des ITSS (Fallu et Brisson, 2013).

Plusieurs études appuient l'efficacité de la réduction des méfaits pour diminuer les conséquences négatives liées à la consommation de substances psychoactives (Ritter et Cameron, 2006; Toumbourou et al., 2007). Par exemple, l'INSPQ relève plusieurs impacts positifs sur la vie des consommateurs et leur environnement, notamment la réduction du nombre de surdoses, la diminution des virus transmis par le sang et la diminution du nombre de seringues souillées laissées dans l'environnement (Hamel, 2002). Les approches de réduction des méfaits ont aussi été appliquées à la sexualité, et des organismes suivent l'évolution et l'utilisation de certaines mesures mises en place auprès de populations ciblées (p.ex., hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes - HARSAH, prostituées). À l'ère des médias sociaux et des rencontres par internet, dans certaines communautés de *barebacking* (p.ex., rapports anaux sans préservatif), les profils des membres indiquant leur statut sérologique sont souvent consultés. Il semble que cette mesure de divulgation permette un choix de partenaire plus aisé et que le sujet soit plus facile à aborder par la suite lors des conversations en ligne (Léobon et Frigault, 2007). Certains programmes suggèrent pour leur part des techniques de négociation du port du condom lors de rapports sexuels à risque (Jean, 2010), par exemple, en insistant sur le fait que le condom n'est pas seulement un moyen de contraception, mais aussi l'outil le plus efficace pour se protéger des ITSS.

Cependant, les approches de réduction des méfaits ont été critiquées pour leur manque de clarté (Hall, 2007), pour les problèmes éthiques qu'elles posent et pour le manque de documentation quant à leur efficacité (Poulin et Nicholson, 2005). De plus, Quirion (2002) soulève un enjeu important en parlant de la discrimination possible de ces populations décrites comme preneurs de risques. Ainsi, le fait de

regrouper les gens dans une catégorie augmente les risques de stigmatisation et pourrait amener les intervenants à oublier l'expérience individuelle de chacun au profit d'une intervention basée sur les statistiques du groupe (Quirion, 2002). Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (Beirness, Jesseman, Notarandrea et Perron, 2008) constate que les malentendus en lien avec cette approche sont principalement dus à un manque d'intelligibilité de la définition de la réduction des méfaits, un terme trop général parfois utilisé de façon inappropriée. De plus, le fait de s'attaquer aux conséquences plutôt qu'aux causes amène certaines personnes à reprocher aux interventions de réduction des méfaits de promouvoir le comportement problématique (Beirness et al., 2008). À ces critiques, Landry et Lecavalier (2003) répondent qu'il importe de considérer la réduction des méfaits comme un continuum incluant la prévention, la sensibilisation, la désintoxication, le traitement et le suivi. Néanmoins, les études sur l'efficacité des programmes de réduction des méfaits, habituellement en lien avec l'alcool et les drogues injectables, sont limitées (Benton et al., 2004; Martens et al., 2008). Par contre, au Québec, certaines mesures valorisant la réduction des méfaits sont bien connues. C'est le cas notamment des programmes d'échange de seringues et des programmes de substitution de l'héroïne par des dosages sous supervision pharmaceutique de méthadone (Hamel, 2002; Quirion, 2002). D'autres mesures moins connues existent, comme la prescription d'héroïne sous supervision médicale ou la distribution de seringues dans les prisons. Ces dernières mesures sont également moins bien perçues par la population générale (Hamel, 2002). Or la perception de la réduction des méfaits augmente favorablement lorsque les gens sont informés ou sensibilisés aux buts visés par ces mesures (Hamel, 2002). L'INSPQ avance d'ailleurs que la sensibilisation à la réduction des méfaits auprès de la population pourrait faire changer les mentalités et permettre un consensus afin d'élargir les approches de réduction des méfaits à d'autres domaines (Hamel, 2002). Cet élargissement a aussi eu lieu dans certains pays comme les Pays-Bas, la Grande-Bretagne, ou l'Australie où un programme d'éducation sur les drogues licites et illicites dans les écoles a permis de diminuer les

méfais liés à leur consommation (Midford et al., 2014). Au cours des années 90, les approches de réduction des méfaits ont été appliquées à d'autres problématiques comme la prostitution, et à d'autres populations comme les jeunes de la rue ou les détenus (Brisson, 1997) mais aussi aux femmes qui vivent dans une situation de violence conjugale (Gauthier, Bolduc, Bouthillier, et Montminy, 2013).

1.2.6 Stratégies comportementales de protection

Plus récemment, un concept a parallèlement été défini pour palier aux critiques faites à la réduction des méfaits. Le concept de SCP qui est défini comme l'utilisation de stratégies cognitivo-comportementales spécifiques employées par une personne pour réduire un comportement qui augmente les risques et les conséquences négatives résultant de ce comportement (Martens et al., 2004, 2005, 2007).

Dans un premier temps, les SCP étaient d'abord des stratégies de contrôle qui visaient la consommation d'alcool. Ces stratégies de contrôle étaient une réponse à un comportement problématique causant du tort. Elles ont donc été interprétées comme étant protectrices. Le concept de SCP a donc été développé comme un cadre pour la compréhension de l'abus d'alcool et d'autres comportements problématiques (Sugarman et Carey, 2007).

L'étude de Martens et al. (2004) a démontré une relation entre les SCP et les conséquences liées à la consommation d'alcool dans un échantillon d'étudiants, ce qui venait soutenir la théorie qu'il existait des comportements protecteurs. Dans cette étude, les auteurs affirment que l'utilisation moins fréquente de SCP était liée à un nombre plus important de conséquences négatives liées à l'alcool (p.ex. avoir été

impliqué dans une bataille sous l'influence de l'alcool). Une première mesure des SCP avait alors été élaborée (Martens et al., 2005).

Plus récemment, les chercheurs ont voulu étendre leurs recherches sur les SCP liées à l'alcool à d'autres domaines comme la sexualité. Les résultats d'une étude indiquaient une relation négative significative entre les SCP liées à l'alcool et les conséquences sexuelles consensuelles liées à l'alcool. En d'autres mots, une utilisation plus fréquente des SCP était associée à une diminution des conséquences négatives en matière de sexualité (p. ex. s'être engagé dans une activité sexuelle que vous avez plus tard regrettée ou avoir négligé un moyen de contraception lors d'une activité sexuelle). Cette relation était significative seulement pour les femmes (M. a Lewis, Rees, Logan, Kaysen et Kilmer, 2010). L'étude conclut donc que les interventions préventives mettant en valeur les SCP peuvent être utiles pour limiter la consommation d'alcool avant ou pendant les comportements sexuels afin de réduire les conséquences négatives de l'alcool sur la sexualité (M. a Lewis et al., 2010).

Bien que les résultats soient prometteurs, ils sont basés sur des données transversales, il est donc impossible de déterminer s'il y a une relation de causalité. De plus, l'étude portait sur des étudiants qui étaient sexuellement actifs, consommaient beaucoup d'alcool et n'étaient pas dans une relation monogame. Cette sélection spécifique de l'échantillon ne permet pas de généraliser les résultats par exemple, aux autres étudiants qui sont dans une relation monogame ou à ceux qui consomment de l'alcool dans des proportions moindres (M. a Lewis et al., 2010).

Ces limites sont d'ailleurs semblables à celles qui sont relevées dans la littérature quant à l'utilisation du concept de SCP. Nottamment, le fait de limiter l'évaluation des SCP à l'alcool. La définition du concept laisse pourtant croire que les stratégies pourraient être utilisées dans de nombreux domaines. Alors, pourquoi avoir limité les études et le développement d'outils de mesures à la consommation d'alcool. S'agit-il d'une définition trop large, ou d'un manque d'exploration d'autres domaines? La

recherche devrait par conséquent s'intéresser à une perspective plus large de la consommation tout en validant des outils auprès d'échantillons plus représentatifs de la population.

En résumé, même si plusieurs facteurs de protection ont été identifiés en lien avec la consommation excessive d'alcool (Martens et al., 2004), de l'aveu même des chercheurs qui ont conduit les études présentées précédemment sur les SCP, celles-ci comportent des limites importantes. D'abord, les données portent la plupart sur la consommation d'alcool et demandent un élargissement à d'autres substances psychoactives. De plus, elles s'intéressent souvent à la consommation excessive d'alcool, sans tenir compte des risques engendrés par une consommation plus modérée. Aussi, la généralisation à une population élargie n'a pas été testée, puisque ces études ont été administrées uniquement à des cohortes d'étudiants, parfois provenant d'un seul établissement d'enseignement.

Or les études faites sur les SCP par rapport à l'alcool et à la sexualité montrent tout de même une diminution des conséquences négatives associées (Cooper, 2002; Gilmore, Granato et Lewis, 2013; Martens et al., 2004, 2005, 2008, 2007) possiblement généralisable à d'autres domaines tels que la consommation de drogues. Cet élargissement invite à des études multicontextes comme celle proposée dans le présent projet.

1.3 Objectifs de l'étude

Tel que mentionné précédemment, les SCP liées à la consommation d'alcool et à l'utilisation du condom démontrent un potentiel intéressant en matière de réduction des conséquences négatives associées à ces pratiques, il existe néanmoins un manque de documentation à cet égard (Poulin et Nicholson, 2005). Le présent projet se veut un premier pas pour pallier au manque de données sur les SCP. Ce projet de recherche vise les objectifs suivants :

- 1) Développer des échelles de mesure autorapportée en langue française sur les SCP qu'utilisent les adultes émergents âgés de 18 à 25 ans pour minimiser les risques potentiels associés à la consommation de substances psychoactives et aux activités sexuelles.
 - a. Ces échelles se veulent inclusives du plus grand nombre possible d'activités sexuelles ou de modes de consommation de substances psychoactives. Ceci permettra de ne pas omettre de SCP sur la base de présomptions et de vérifier empiriquement l'évolution des pratiques alternatives.
- 2) Valider les propriétés psychométriques de ces échelles, d'abord la validité de contenu auprès d'experts dans les domaines ciblés, puis la validité de construit auprès d'un large échantillon, en menant des analyses factorielles afin de conserver les meilleurs items.

CHAPITRE II

ÉLABORATION ET VALIDATION D'ÉCHELLES DE MESURE DES STRATÉGIES COMPORTEMENTALES DE PROTECTION ASSOCIÉES À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET AUX ACTIVITÉS SEXUELLES À L'ÂGE ADULTE ÉMERGENT

Marie-Pier Grimard

Le manuscrit sera soumis après le dépôt final

Élaboration et validation d'échelles de mesure des stratégies comportementales de protection associées à la consommation de substances psychoactives et aux activités sexuelles à l'âge adulte émergent

Inspirée des approches de réduction des méfaits, cette étude vise à développer des échelles de mesure autorapportées en langue française sur les stratégies comportementales de protection (SCP) qu'utilisent les adultes émergents (AE) âgés de 18 à 25 ans pour minimiser les risques potentiels associés à la consommation de substances psychoactives et aux activités sexuelles, et à en vérifier les propriétés psychométriques auprès d'un même échantillon.

Prise de risques à l'âge adulte émergent

La prise de risques se définit par l'adoption de comportements répétés et potentiellement dangereux à court ou long terme (Michel, Purper-Ouakil et Mouren-Simeoni, 2006). C'est une action qui vise une recherche active et répétée du danger et qui implique des sensations fortes en raison de la possibilité de préjudices éventuels, pouvant aller jusqu'à la mort. Dans notre société, la prise de risques est souvent valorisée et associée à un sentiment de réussite et de triomphe face au danger (Adès et Lejoyeux, 2004; Dariotis et al., 2008; Paquette, Bergeron et Lacourse, 2012; Sellami, 2008).

À l'âge AE, les conduites à risques les plus communes sont la consommation d'alcool et de drogues, les relations sexuelles à risque, la prise de risque dans la pratique sportive, notamment les sports « extrêmes » et la conduite dangereuse de véhicules motorisés (Adès et Lejoyeux, 2004; Michel, Purper-Ouakil et Mouren-Simeoni, 2006; Paquette et al., 2012). La présente étude porte spécifiquement sur la prise de risques dans les domaines de la consommation de substances psychoactives et de la sexualité, puisque ces deux problématiques atteignent leur apogée à l'âge AE

(Arnett, 2005; Bukowski, Sippola et Newcomb, 2000; Institut national de santé publique du Québec, 2009a, 2010, 2012, 2014).

Consommation de substances psychoactives

Au Québec, la consommation de substances psychoactives atteint des sommets chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans (Centre québécois de lutte aux dépendances, 2011; Institut de la statistique du Québec, 2009; Institut national de santé publique du Québec, 2009). En effet, si 35 % des 15 à 24 ans se décrivent comme des consommateurs actuels de substances psychoactives, c'est seulement 16 % des 25 à 44 ans qui disent être des consommateurs (Centre québécois de lutte aux dépendances, 2011). Au Québec 5,6 millions de résidants affirment avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, soit 82 % de la population de la province (« Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) - Corrections affichées Mars 2017 », 2017). Au Canada, ce taux est de 83 % chez les jeunes adultes (20 à 24 ans) et c'est aussi dans cette tranche d'âge que les comportements associés à la consommation d'alcool étaient les plus à risque. Effectivement, dans les enquêtes provinciales et nationales les plus récentes, 28 % des répondants québécois et 34 % des jeunes canadiens âgés entre 15 et 24 ans ont rapporté des épisodes de consommation excessive d'alcool, typiquement défini par l'usage de cinq verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion (Institut national de santé publique du Québec, 2009).

Après l'alcool, le cannabis s'avère être la substance psychoactive la plus consommée chez les jeunes, dans la mesure où plus de la moitié des Québécois âgés entre 18 et 24 ans déclarent en avoir consommé au moins une fois dans la dernière année et 40 % au cours des 30 derniers jours (Institut national de santé publique du Québec, 2011).

Plusieurs études ont mis en évidence le fait que de nombreux jeunes canadiens consomment également une variété d'autres substances psychoactives telle que des hallucinogènes, des amphétamines, de la cocaïne, de l'ecstasy et de l'héroïne ("Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) - Corrections affichées Mars 2017," 2017; Flight, 2007; Institut de la statistique du Québec, 2012; Institut national de santé publique du Québec, 2012). De plus, une importante consommation de médicaments sans ordonnance médicale est relevée dans certains lieux (bars, concerts, festivals, saunas, clubs échangiste, etc.) fréquentés par les AE qui représentent 61 % de la population qui fréquente ces milieux (Beauchet, Fauchet et Degremont, 2011a). Dans ces milieux festifs, les AE sont près des deux tiers à déclarer avoir déjà eu des relations sexuelles sous l'effet d'une substance psychoactive (Beauchet, Fauchet et Degremont, 2011a).

La consommation de substances psychoactives peut engendrer plusieurs conséquences négatives, tant physiques, psychologiques que psychosociales (Institut national de santé publique du Québec, 2010a). Les effets recherchés lors de la consommation, par exemple, la diminution de la peur, la désinhibition, la perte de contrôle, ou l'altération de la vigilance, précipitent des comportements secondaires potentiellement dangereux, tels que des actes violents, des tentatives de suicide, une conduite de véhicules motorisés avec facultés affaiblies, ainsi que des comportements sexuels non désirés et à risque (Meier et al., 2008; Michel et al., 2006).

L'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) souligne que les personnes âgées de moins de 25 ans sont les plus vulnérables quant aux méfaits de leur propre consommation et aux méfaits de la consommation d'alcool par des tiers, par exemple en se faisant insulter (Institut national de santé publique du Québec, 2010b). Les AE sont d'ailleurs surreprésentés dans les statistiques liées aux accidents de la route en lien avec l'alcool et la consommation de drogues (Michel et al., 2006), en partie parce que ces substances ont tendance à diminuer les habiletés motrices, à

augmenter le délai de réaction, à altérer le jugement et à influencer les émotions (Institut national de santé publique du Québec, 2010b).

La consommation de substances psychoactives est également responsable, à long terme, d'une morbidité et d'une mortalité considérables pouvant découler notamment d'un arrêt cardiorespiratoire lors d'une surconsommation (Michel, Purper-Ouakil et Mouren-Siméoni, 2001; Michel et al., 2006). En fait, au Québec, les coûts associés à la consommation d'alcool étaient de plus de 3 milliards de dollars en 2002, (Rehm et al., 2006) et ce, sans tenir compte des coûts intangibles qui sont associés à cette consommation pour l'individu lui-même et pour ses proches et son entourage, par exemple, la souffrance psychologique des proches suite au décès d'une personne ou l'inquiétude que peuvent vivre les parents de voir leur enfant consommer de l'alcool et adopter des comportements à risques.

Par ailleurs, dans son étude sur la population gaie de Montréal, l'INSPQ (2009) souligne que le lien entre la consommation de substances psychoactives et les comportements sexuels à risque est clairement établi chez cette population d'AE de moins de 30 ans. Ce lien pourrait aussi se retrouver dans une population diversifiée sur le plan sexuel, incluant les personnes hétéros et bisexuelles.

Comportements sexuels à risque

Certaines activités sexuelles, dont un nombre élevé de partenaires sexuels et une utilisation non systématique du condom, représentent des risques supplémentaires de contracter une infection transmise sexuellement et par le sang (ITSS) ou d'avoir une grossesse non désirée. Même les activités sexuelles protégées par un condom ou une barrière de latex comportent des risques de transmission d'ITSS (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014).

Les données d'une enquête populationnelle québécoise suggèrent que la chlamydia connaît une importante augmentation depuis 1997 chez les jeunes âgés de

15 à 24 ans, alors que la gonorrhée connaît une recrudescence depuis les 10 dernières années chez cette population, particulièrement chez les hommes AE (Poirier et Dontigny, 2010). Les deux tiers des cas de chlamydia génitale et la moitié des cas de gonorrhée se sont déclarés parmi les jeunes âgés entre 15 et 24 ans, même si certains de ces jeunes ne sont pas encore sexuellement actifs (Poirier et Dontigny, 2010). Quant à la syphilis, sa réapparition est marquante, alors qu'elle semblait pourtant éradiquée il y a quelques années. En 2001, un cas par mois était répertorié au Québec alors qu'en 2006, l'incidence des cas de syphilis a augmenté à un cas par jour (Poirier et Dontigny, 2010).

Par ailleurs, malgré les avancées médicales comme la trithérapie pour le traitement du VIH et du SIDA, ces infections continuent d'être une cause importante de morbidité, de mortalité, de handicap et de productivité réduite alors que certains jeunes peuvent minimiser les conséquences associées dans le contexte où le VIH n'est plus perçu comme une maladie incurable (Manus, 2016). Outre les ITSS, les risques liés à la sexualité englobent aussi les grossesses non désirées. Au Québec, plus de 10 000 femmes de moins de 20 ans deviennent enceintes annuellement (Roy et Charest, 2002).

Les problèmes engendrés par les ITSS sont nombreux. Aux conséquences sur la santé physique et psychologique, comme l'infertilité, les grossesses ectopiques, les maladies chroniques, les cirrhoses du foie et les cancers, la transmission d'ITSS aux nouveau-nés et les effets indésirables de la médication s'ajoutent les problèmes interpersonnels, comme la discrimination (notamment en lien avec le VIH) (Poirier et Dontigny, 2010). Les conséquences négatives associées aux activités sexuelles à risque engendrent également des dépenses considérables pour le système de santé (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, 2001). Au Québec, près de 200 millions de dollars sont dépensés annuellement seulement si on considère les frais reliés aux antirétroviraux (Poirier et Dontigny, 2010). De plus, au Canada, c'est au Québec que le taux d'interruption

volontaire de grossesse est le plus élevé chez les 20-24 ans (Institut de la statistique du Québec, 2010).

Approches interventionnelles de réduction des méfaits

Les approches de réduction des méfaits, largement utilisées en intervention notamment dans les milieux communautaires, se définissent comme une démarche collective qui ne vise pas nécessairement à enrayer un comportement, mais plutôt à en minimiser les effets négatifs sur l'individu, son entourage et la société (Brisson, 1997). De ce fait, elles sont qualifiées d'interventions sanitaires et communautaires, voire de philosophie (Borden et al., 2011; Jean, 2010; Martens et al., 2004, 2008; Martens, Pederson, Labrie, Ferrier, et Cimini, 2007). Développées dans les années 80 (Brisson, 1997; Jean, 2010; Landry et Lecavalier, 2003; Quirion, 2002), ces approches visent globalement à promouvoir la santé (Hamel, 2002). Elles sont devenues un modèle de référence à l'échelle internationale, appuyé par des organismes tels que l'Organisation des Nations Unies (ONU), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Banque mondiale (Jean, 2010). Elles constituent une alternative aux méthodes de répression qui ont apporté peu d'effets positifs dans certains domaines, dont la consommation de substances psychoactives et la sexualité à risque (Brisson, 1997). Les approches de réduction des méfaits ont d'abord été développées auprès des utilisateurs de drogues injectables (Brisson, 1997; Jean, 2010). Des auteurs (Beirness et al., 2008; Poulin et Nicholson, 2005; Quirion, 2002) ont toutefois soulevé des enjeux éthiques qui peuvent découler de ces approches, notamment le risque de stigmatiser davantage un groupe déjà marginalisé en leur apposant une étiquette de preneurs de risque. De plus, le fait de s'attaquer aux conséquences plutôt qu'aux causes des conduites à risque peut donner l'impression que la réduction des méfaits fait la promotion des comportements problématiques (Beirness, Jesseman, Notarandrea, et Perron, 2008), alors qu'en réalité, ces approches s'insèrent dans un continuum plus large de gestion et d'intervention de la prise de

risque qui inclut la prévention, la sensibilisation, la désintoxication, le traitement et le suivi (Landry et Lecavalier, 2003). Dans l'ensemble, les approches de réduction des méfaits sont perçues comme une voie novatrice dont le modèle a été élargi à d'autres populations depuis les années 90, comme les travailleurs du sexe (Jean, 2010), les utilisateurs de cocaïne sous forme fumable (« crack »), les jeunes de la rue et les détenus (Brisson, 1997). Cet élargissement invite à des études multicontextes comme celle proposée dans la présente étude. Plusieurs mesures orientées vers la réduction des méfaits sont implantées au Québec; certaines étant bien connues du grand public (p. ex. programmes d'échange de seringues et programmes de substitution à la méthadone), alors que d'autres demeurent méconnues et perçues négativement par la population générale (p. ex. prescription d'héroïne sous supervision médicale, distribution de seringues dans les prisons; Hamel, 2002; Quirion, 2002). Selon l'INSPQ, la sensibilisation de la population à la réduction des méfaits constitue un vecteur duquel peut découler un changement positif des perceptions à l'égard de ces approches, et qui ultimement, permettrait d'élargir l'implantation de ces approches à d'autres domaines, comme ce fût le cas dans les Pays-Bas ou en Grande-Bretagne.

Les approches de réduction des méfaits ont été l'objet de critiques notamment en raison du nombre limité d'études ayant examiné leur efficacité (Poulin et Nicholson, 2005). Bien qu'étant limitées, des études ont démontré l'efficacité de ces approches pour diminuer les conséquences négatives liées principalement à la consommation d'alcool et de drogues injectables (Benton et al., 2004; Martens et al., 2008; Ritter et Cameron, 2006; Toumbourou et al., 2007). Par exemple, l'INSPQ a relevé plusieurs impacts positifs sur la vie des consommateurs de drogues et leur environnement, notamment la réduction du nombre de surdoses, la diminution des virus transmis par le sang et la diminution du nombre de seringues souillées laissées dans l'environnement (Hamel, 2002).

Quant à ses applications dans le domaine de la sexualité, les approches de réduction des méfaits ont permis à des organismes de suivre l'évolution de l'utilisation de certaines stratégies mises en place auprès de populations ciblées

(p. ex. hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), ou les travailleurs du sexe). Par exemple, sur les sites de rencontre de la communauté de *barebacking* (c.-à-d. rapports anaux sans préservatif), les profils des membres comprenant le statut sérologique sont souvent consultés. Il semble que l'ajout de cette précision permette un choix de partenaire plus aisé et qu'il soit plus facile d'aborder le sujet du statut sérologique dans les communications ultérieures (Léobon et Frigault, 2007). Certains programmes suggèrent pour leur part des techniques de négociation du port du condom lors de rapports sexuels à risque (Jean, 2010).

Stratégies comportementales de protection

Malgré l'engouement social pour les approches de réduction des méfaits, la littérature existante focalise presque exclusivement sur les politiques et actions prises par des intervenants, politiciens, organismes et sur les règles visant à contrôler les conséquences des conduites à risque, alors que les initiatives individuelles de gestion du risque sont à peine documentées. Issu des approches de réduction des méfaits, le concept de stratégies comportementales de protection (SCP) a été défini comme l'adoption de comportements visant à réduire délibérément les conséquences potentielles associées aux conduites à risque (Martens et al., 2005, 2007). Dans la littérature, plusieurs facteurs de protection ont été identifiés en lien avec la consommation excessive d'alcool, y compris plusieurs variables démographiques (Martens et al., 2004).

Stratégies comportementales de protection liées aux substances psychoactives

Effectivement, l'utilisation des SCP en lien avec l'alcool a été bien documentée au cours des dernières années. Par exemple, en 2007 les résultats d'une étude indiquaient que l'utilisation moins fréquente de SCP était liée à une plus grande probabilité de subir des conséquences négatives liées à l'alcool (Martens et al., 2007).

Dans le même ordre d'idées, en 2009, les résultats d'une étude indiquaient que l'utilisation de SCP était un médiateur de la relation entre la conscience, la consommation d'alcool et les problèmes liés à l'alcool. C'est-à-dire qu'un niveau plus élevé de conscience était associé à une plus grande utilisation des SCP, qui à son tour était associée à une moins grande consommation d'alcool et à moins de problèmes liés à l'alcool (Martens et al., 2009). Ainsi, en 2011 l'utilisation des SCP était associée à une diminution de la quantité d'alcool consommée, ainsi qu'à un score plus faible au Rutgers Alcohol Problems Index (Patrick, Lee, et Larimer, 2011). Alors que la consommation excessive d'alcool était liée à plus de problèmes liés à l'alcool, une plus grande utilisation des SCP était négativement associée à la consommation excessive d'alcool et aux problèmes qui y sont liés (Borden et al., 2011). Plus spécifiquement, une plus grande utilisation des SCP liées aux pratiques de consommation d'alcool comme le fait d'éviter les jeux d'alcool, était liée à la réduction de la consommation, tandis que l'utilisation accrue des SCP qui se concentrent sur la prévention des conséquences négatives graves était associée à la consommation d'alcool, par exemple, avoir un conducteur désigné, réduisait les méfaits globaux liés à l'alcool (Martens, Martin, Littlefield, Murphy, et Cimini, 2011). Aussi, une étude menée au cours de la semaine du 21^e anniversaire de naissance des participants indique que ceux qui ont utilisé plus de SCP ont consommé moins d'alcool et ont atteint des taux d'alcoolémie plus bas. Les résultats ont également montré le lien entre l'utilisation des SCP et moins de conséquences négatives liées à l'alcool (Lewis et al., 2012). Bref, les SCP sont fortement associées à une diminution de la quantité de verres d'alcool consommés, la fréquence de consommation d'alcool, la fréquence de forte consommation d'alcool, et les conséquences négatives liées à l'alcool (Kim et Park, 2015).

Stratégies comportementales de protection liées à la sexualité

Le fait que la consommation excessive d'alcool soit liée aux comportements sexuels à risque a déjà été discuté. Par contre, une étude soutient que les SCP liées au condom étaient associées à une plus grande utilisation du préservatif, et ce, même pendant la consommation d'alcool. Cependant, les SCP liées à la consommation d'alcool n'étaient pas liées à l'utilisation du condom. Ce qui suggère que les SCP liées à la consommation d'alcool ne sont pas suffisantes pour augmenter les comportements sécuritaires en matière de sexualité (Gilmore, Granato, et Lewis, 2013). D'ailleurs, l'utilisation des SCP est positivement associée à l'utilisation du préservatif lors de comportements sexuels liés à l'alcool, autant pour les femmes que les hommes (Lewis, Logan, et Neighbors, 2009).

Aussi, les étudiants ayant déclaré une plus grande utilisation des SCP liés au condom étaient plus susceptibles de discuter de leur statut sérologique et de celui de leur partenaire, de leur historique d'ITSS (autre que le VIH), et de protection contre les ITSS la première fois qu'ils avaient eu des rapports sexuels avec leur partenaire sexuel le plus récent (Lewis, Kaysen, et Rees, 2010).

D'autre part, les femmes qui utilisent plus fréquemment les SCP en lien avec l'alcool étaient moins susceptibles de subir des conséquences négatives liées à la sexualité lors d'un événement où elles consommaient de l'alcool. Ainsi, l'utilisation de SCP liées à la consommation d'alcool est liée à une réduction des risques liés au sexe chez les femmes quand celles-ci consomment de l'alcool. Plus spécifiquement, une plus grande utilisation des SCP liées à la consommation d'alcool était liée à moins de conséquences négatives liées aux relations sexuelles sous l'influence de l'alcool (Lewis, Rees, Logan, Kaysen, et Kilmer, 2010). Aussi, les victimes de contacts sexuels non désirés ont signalé une consommation d'alcool plus importante, utilisés moins de SCP lors de leur consommation, et avoir vécu plus de conséquences

négligentes en raison de leur consommation d'alcool (Palmer, McMahon, Rounsaville, et Ball, 2010).

Ainsi, les études faites sur les SCP par rapport à l'alcool et à la sexualité montrent une diminution des conséquences négatives associées (Bryan, Fisher, et Fisher, 2002; Cooper, 2002; Gilmore et al., 2013; Lewis et al., 2009; Martens et al., 2004, 2005, 2008, 2007) possiblement généralisable à d'autres domaines tels que la consommation de drogues. Il n'existe cependant pas d'étude qui considère la prise de risques auprès des mêmes individus en tenant compte des SCP en matière de consommation de substances psychoactives autres que l'alcool et de sexualité dans les deux domaines simultanément. L'objectif de la présente étude vise à développer un instrument de mesure autorapportée en langue française sur les SCP qu'utilisent les AE âgés de 18 à 25 ans pour minimiser les risques potentiels associés à la consommation de substances psychoactives et aux activités sexuelles, et à en vérifier les propriétés psychométriques.

MÉTHODE

La méthodologie détaillera la procédure suivie lors de l'étude. Elle présentera les caractéristiques de l'échantillon. La démarche analytique est explicitée en regard du choix des analyses statistiques employées.

Procédure

La méthode de construction et de validation des échelles de mesure utilisée est celle de DeVellis (2012), dont les étapes sont synthétisées au tableau 1. La revue de la documentation scientifique a permis d'établir clairement ce qui allait être mesuré et ainsi de définir les SCP (étape 1).

Tableau 1. Lignes directrices en matière de développement d'une échelle de DeVellis (2012)

1	Déterminer ce qui sera mesuré à partir de la revue de la documentation.
2	Générer une banque d'items la plus exhaustive possible, sans porter de jugement sur les items.
3	Déterminer le format de la mesure de chaque item.
4	Faire réviser les items par des experts.
5	Considérer l'inclusion d'items de validation ainsi qu'un questionnaire de désirabilité sociale.
6	Administrer le questionnaire à l'échantillon de développement.
7	Procéder aux analyses statistiques afin de conserver uniquement les items présentant une saturation factorielle suffisante.
8	Optimiser la longueur du questionnaire (version brève).

Par la suite, une banque d'items exhaustive et inclusive a été élaborée (étape 2). Chaque item a été formulé de façon positive, en portant une attention particulière aux pratiques sexuelles non-hétérosexuelles. C'est d'abord à partir du matériel des organismes oeuvrant en réduction des méfaits que les items ont été générés. Comme il existe peu d'échelles de mesures fiables de SCP, les mesures de protection proposées par les organismes oeuvrant sur le terrain ont été formulées comme SCP. Certains sites internet (p.ex. masexualite.ca) ont aussi été utilisés pour trouver des comportements de protection en lien avec les sujets à l'étude. Bien que l'échelle de SCP de Martens (2005) ait guidé la formulation des items, celle-ci n'a pas été utilisée intégralement. Visant exclusivement la surconsommation d'alcool, les items paraissaient trop restrictifs. Ils ont plutôt été reformulés pour devenir des SCP pouvant être utilisées, peu importe la substance psychoactive consommée. Ainsi, un item comme « j'utilise un chauffeur désigné » (Martens et al., 2005) a été élargi et permis la formulation de plusieurs items, par exemple « si je ne suis pas en mesure de conduire, j'ai un chauffeur désigné ou je prends un taxi » et « j'utilise les transports en commun ou un service de raccompagnement lorsque possible (p. ex : opération Nez Rouge, Tolérance Zéro, Point zéro huit, taxi). Par la suite, l'expertise de chercheurs et les discussions menées en groupe de recherche ont permis de compléter la banque d'items. Ainsi, 149 items en lien avec les SCP ont été créés. De ce nombre, 74 items portaient sur les activités sexuelles et 75 items sur la consommation de substances psychoactives. Chaque item a été formulé pour représenter une SCP (p.ex. je me lave bien les mains avant une relation sexuelle ou j'évite de partager mon verre ou ma bouteille) afin de pouvoir augmenter le registre de SCP des participants (i.e. avantage à la participation).

Le tableau 2 présente les thèmes utilisés pour regrouper les items, ainsi que le nombre d'items généré pour chaque thème avant la consultation des experts. En tout, sept thèmes sont en lien avec la sexualité (p.ex. sexualité orale ou utilisation du condom) et six en lien avec la consommation de substances psychoactives (p.ex. substances fumées ou substances injectées). Dans le questionnaire présenté aux participants, des questions filtres ont été formulées pour chacun des thèmes, dans le but d'éviter la confusion chez les participants qui, autrement, auraient eu à répondre à des questions pour lesquelles ils ne se seraient pas sentis concernés. Ainsi, les participants répondant « oui » aux questions filtres répondaient ensuite aux sous-questions associées, et ceux répondant « non » étaient redirigés à la section suivante. Par exemple, les participants ayant répondu « non » à la question « Avez-vous déjà utilisé un condom? » ne répondaient pas aux sous-questions portant spécifiquement sur l'utilisation du condom, et passaient directement à la section suivante du questionnaire. Ceci implique donc que chacun des thèmes soit validé comme une échelle lors de l'analyse factorielle. La validation des échelles globales de sexualité et de consommation de substances psychoactives serait rendue impossible en raison du nombre de données manquantes.

Tableau 2. *Thèmes utilisés pour regrouper les items*

<u><i>Sexualité</i></u> (74)	<u><i>Consommation de substances psychoactives</i></u> (75)
SCP générale (41)	SCP générale (33)
Utilisation du condom (9)	Substances liquides ingérées (4)
Comportements oraux-génitaux et oraux-anaux (5)	Substances solides ingérées (5)
Activités sexuelles non-protégées (5)	Substances fumées (7)
Masturbation (3)	Substances prises (10)
Utilisation de jouets/objets sexuels (9)	Substances injectées (16)
Sexualité alternative (2)	

Nota. Le premier nombre entre parenthèses représente le nombre d'items retenus pour le questionnaire.

À l'étape suivante, déterminer le format de la mesure de chaque item (étape 3), l'échelle de mesure de type Likert en cinq points, tel qu'habituellement privilégiée (Bouchard et Cyr, 2005), a été sélectionnée sur la base de la popularité des catégories « jamais », « à l'occasion », « environ la moitié du temps », « souvent » et « toujours », l'inclusion d'un point milieu référant à « environ la moitié du temps » permettant des intervalles à peu près égaux entre les options de réponses et une distinction plus nette entre les valeurs faibles et élevées (DeVellis, 2012).

À la quatrième étape, neuf experts (voir appendice B), retenus sur la base de leurs connaissances en réduction des méfaits en lien avec les activités sexuelles ou la consommation de substances psychoactives, ont évalué les items qui leur ont été soumis, à l'aide d'un questionnaire. Ces experts ont d'abord évalué chaque item en lien avec leur expertise quant à la clarté, la formulation et la pertinence de chacun. Ils étaient aussi invités à laisser des commentaires ou suggestions en ce qui a trait à chaque item, par exemple en proposant une formulation alternative. À la suite de la liste des items, un espace était réservé aux commentaires généraux sur le questionnaire, à la proposition de nouveaux items et au retrait de certains items jugés moins adéquats. Suite à la lecture des commentaires, les experts ont été contactés pour un court suivi et pour discuter des changements proposés au questionnaire, afin de s'assurer d'avoir traduit leurs suggestions avec justesse et objectivité.

Des 149 items soumis aux experts, soit 74 portant sur les activités sexuelles (voir appendice I) et 75 items sur la consommation de substances psychoactives (voir appendice H), 58 items ont été reformulés, 15 ont été ajoutés et 13 supprimés. Ces items ont servi à créer le questionnaire en ligne, disponible à partir de la plateforme confidentielle LimeSurvey logée sur le serveur de l'institution ayant approuvé le projet au comité d'éthique. Par la suite, un groupe d'une dizaine d'étudiants a testé et commenté les échelles de mesure afin de clarifier certains items et de s'assurer du bon fonctionnement de l'outil en ligne.

À ce moment, l'inclusion d'items de validation et d'un questionnaire de désirabilité sociale a été envisagée (étape 5). Considérant le choix que chaque item soit formulé comme une SCP, et qu'ainsi les participants soient exposés lors de la passation à de nouvelles SCP pour éventuellement augmenter leur registre de SCP, les items de désirabilité sociale n'ont pas été retenus pour éviter la confusion chez les participants. Aussi, le nombre déjà élevé d'items, nécessitant un temps de passation

important, a motivé le choix de ne pas inclure de mesure de désirabilité sociale, dans le but de minimiser l'abandon en cours de complétion.

Recrutement

Ensuite (étape 6), un hyperlien vers un serveur privé et protégé par l'institution académique hébergeant la batterie de questionnaires a été partagée sur les réseaux sociaux tels que Facebook et Twitter tout en encourageant la distribution du lien pour favoriser l'échantillonnage boule de neige. De plus, la collaboration des administrateurs de groupes populaires auprès des AE sur Facebook a été demandée pour partager le lien sur leur groupe. Les groupes visés comprenaient, entre autres, des groupes « spotted » des institutions postsecondaires, mais aussi des groupes « spotted » d'événements ou de lieux, par exemple « spotted STM ». Il s'agit de groupes créés dans le but de retrouver une personne croisée dans un lieu public. Cette tendance est populaire au sein des institutions d'enseignement, mais aussi dans les lieux publics comme les parcs ou les bars fréquentés par les AE.

D'un point de vue éthique, ceci permettait d'éviter qu'il n'y ait quelque pression que ce soit. Les participants pouvaient répondre dans un environnement de leur choix, en toute confidentialité. Ils pouvaient aussi à tout moment cesser de répondre au questionnaire sans avoir à faire face, par exemple, à une personne qui aurait repris une version papier du questionnaire. Ce qui vient renforcer le principe de consentement qui peut être retiré à tout moment lors de la complétion d'un questionnaire (i.e. volition).

Participants

Grâce aux stratégies diversifiées de recrutement, 902 AE âgés de 18 à 25 ans ont complété le questionnaire en ligne de façon volontaire. L'âge moyen des répondants est de 21 ans (étendue : 18 à 25; $\bar{E}$. $T.$ = 2,33). De ce nombre, 21,73 %

sont des hommes. La grande majorité des répondants (78,3 %) ont un salaire annuel brut inférieur à 20 000 \$. Les tableaux trois et quatre présentent les principales données sur le plus haut niveau de scolarité complété par les participants ainsi que leur statut relationnel.

Tableau 3. *Plus haut niveau de scolarité complété par les participants*

Études secondaires	Études collégiales	Diplôme d'études professionnelles	Baccalauréat
31 %	38 %	8,6 %	14,1 %

Tableau 4. *Statut relationnel*

Célibataire non engagé(e) dans une relation	Célibataire avec un(e) ou des partenaire(s) sexuel(les) occasionnel(les)	Célibataire avec un(e) ou des partenaire(s) sexuel(les) régulier(ères)	En couple	En union de fait (cohabitation)
21,8 %	11,9 %	8,1 %	45 %	12 %

Démarche analytique

L'analyse factorielle est exploratoire. Elle ne permet pas de déterminer à l'avance quel item sera lié à quel facteur. Par contre, lorsque la solution factorielle proposée s'approche de ce qui était théoriquement attendu, ceci tend à confirmer la structure sous-jacente.

En ce qui a trait à l'analyse factorielle en composante principale, l'un de ses postulats est la distribution normale des variables. Lorsqu'il n'est pas attendu que les variables se distribuent normalement, comme c'est le cas dans la présente étude,

l'analyse factorielle en composante principale ne peut être utilisée. C'est une situation plutôt commune aux sciences sociales (Tabachnick et Fidell, 2013).

Puisqu'il existe habituellement un lien conceptuel entre les facteurs en science sociale, la rotation oblique est conceptuellement plus appropriée, puisqu'elle correspond mieux à la réalité, car elle permet qu'il y ait corrélation entre les facteurs.

Ceci étant dit, dans la présente étude l'atteinte de la normalité par les distributions n'était pas attendue. Par conséquent des analyses factorielles exploratoires, avec extraction des moindres carrés non pondérés avec rotation oblique de type OBLIMIN, ont été conduites séparément pour les 12 thèmes tel que mentionnés précédemment (voir étape 2) afin de vérifier la structure factorielle sous-jacente (étape 7) à partir du logiciel SPSS 20.

Avant de procéder à l'analyse factorielle de chacune des échelles, les postulats de corrélations inter-items, de mesure d'adéquation (KMO) de l'échantillonnage et de sphéricité de Bartlett ont été vérifiés. Chaque postulat était respecté?

Par la suite, les analyses factorielles exploratoires avec extraction des moindres carrés non pondérés avec rotation oblique de type OBLIMIN ont permis de déterminer la solution la plus appropriée pour chaque échelle. Le graphique des valeurs propres a permis de confirmer le nombre de facteurs retenus. La sélection des items s'est appuyée sur les critères suivant : 1) les items ont été jugés comme acceptables à partir du moment où leur communauté était égale ou supérieure à 0,10 et 2) la saturation partielle jugée « suffisante » avec les facteurs était supérieure à 0,45 et inférieure à 0,45 sur un autre facteur (Tabachnick et Fidell, 2013).

La fidélité a été mesurée à partir de la consistance interne qui permet d'évaluer jusqu'à quel point chacun des items constitue une mesure équivalente du même concept. Les résultats présentent les alpha de Cronbach. À ce stade d'autres tests de fidélité comme le test-retest ou la fidélité en deux sous-ensembles auraient été possibles. Ceux-ci n'ont pas été conduits en raison de la taille de l'échantillon et de contraintes méthodologiques concernant la mesure test-retest.

L'étape 8 de la méthode de DeVillis (2012) propose d'optimiser la longueur du questionnaire afin qu'il soit aussi bref que possible. À ce stade, le nombre d'items retenus dans les échelles variant de 3 à 11 ne nécessitait pas d'autre manipulation afin d'optimiser la longueur de questionnaire (étape 8), les échelles étant déjà relativement courtes. Celles-ci sont présentées dans les résultats de la section suivante.

RÉSULTATS

Les postulats des analyses factorielles exploratoires avec extraction des moindres carrés non pondérés avec rotation oblique de type OBLIMIN ont d'abord été vérifiés avant de conduire les analyses. À ce point, les items en lien avec le thème des substances psychoactives injectables ont dû être retirés en raison d'un nombre trop limité de participants ayant répondu positivement à la question filtre à ce sujet. Ensuite, les analyses factorielles exploratoires ont été réalisées sur les items séparément pour chacun des 12 thèmes restants. Les analyses factorielles ont permis d'identifier quatre sous-échelles de SCP en lien avec la consommation de substances psychoactives et sept en lien avec la sexualité pour un total de 63 items.

Consommation de substances psychoactives

En ce qui a trait aux quatre sous-échelles de SCP en lien avec la consommation de substances psychoactives, les saturations des items varient entre 0,45 et 0,92 et les alphas de Cronbach, pour leur part, se situent entre 0,63 et 0,90.

Le tableau 5 présente la solution retenue par l'échelle générale de consommation de substances psychoactives. Cette solution a fait passer le nombre d'items de 24 à 11, répartis sur deux facteurs et explique 47,66 % de la variance.

Tableau 5. *Analyse factorielle de l'échelle générale de consommation de substances psychoactives (n = 579)*

	Facteurs
1) J'évite de consommer seul.	0,74
2) J'évite de consommer deux jours de suite.	0,61
3) Si je ne suis pas en mesure de conduire, j'ai un chauffeur désigné ou je prends un taxi.	0,56
4) J'évite de consommer sous le coup d'une émotion.	0,53
5) J'utilise les transports en commun ou un service de raccompagnement lorsque nécessaire.	0,50
6) J'avertis au moins une personne lorsque je vais dans un lieu de consommation.	0,49
7) J'évite d'acheter ce que je consomme de quelqu'un que je ne connais pas ou en qui je n'ai pas confiance.	0,45
8) Je m'informe sur les risques associés aux substances que je consomme.	-0,73
9) Je me suis renseigné(e) sur les signes précurseurs d'une surdose des substances que je consomme.	-0,67
10) Je m'hydrate abondamment lorsque je consomme.	-0,65
11) Je mange avant de consommer.	-0,51

Nota. Facteur 1 : SPC liées au contexte de consommation ($\alpha = 0,76$); Facteur 2 : SCP liées aux connaissances ($\alpha = 0,73$)

La solution retenue pour l'échelle ingestion de substances liquides a maintenu le nombre d'items initial qui était de quatre (voir tableau 6). Ces items se répartissent sur un facteur et expliquent 61,80 % de la variance.

Tableau 6. *Analyse factorielle de l'échelle ingestion de substances liquides (n = 592; $\alpha = 0,79$)*

Items	Facteur
1) J'évite de partager mon verre ou ma bouteille.	0,92
2) J'évite de boire dans le même verre ou la même bouteille que quelqu'un d'autre.	0,90
3) J'évite de laisser mon verre ou ma bouteille sans surveillance.	0,51
4) J'évite de boire les verres ou bouteilles ouvertes offert(e)s par quelqu'un que je ne connais pas.	0,47

Nota. Facteur : SCP liées à l'ingestion de substances liquides

La solution retenue pour l'échelle liée à l'inhalation de substances fait passer le nombre d'items de six à quatre. Cette solution qui compte un facteur explique 47,73 % de la variance (voir tableau 7).

Tableau 7. *Analyse factorielle de l'échelle inhalation de substances (n = 194; $\alpha = 0,63$)*

Items	Facteur
1) J'ouvre les fenêtres pour éviter une trop grande exposition à la fumée secondaire.	0,62
2) J'évite d'utiliser une pipe en plastique.	0,55
3) Je change fréquemment mon matériel de consommation pour du neuf / propre.	0,54
4) J'évite de partager le joint, la pipe ou le « bong » de quelqu'un d'autre.	0,50

Nota. Facteur : SCP liées à l'inhalation de substances

Pour l'échelle des substances prisées, la solution retenue réduit le nombre de 11 à 8 items. Cette solution d'un facteur et explique 58,06 % de la variance (voir tableau 8).

Tableau 8. *Analyse factorielle de l'échelle substances prisées (n = 85; $\alpha = 0,90$)*

Items	Facteur
1) J'utilise un papier propre pour faire une paille et je le jette ensuite.	0,80
2) Je change de paille pour éviter de mélanger 2 substances différentes.	0,79
3) J'évite d'utiliser la paille (ou autre) de quelqu'un d'autre.	0,78
4) J'évite d'utiliser un billet de banque ou quelque chose de sale ou de coupant pour inhaler.	0,77
5) J'utilise ma propre paille pour inhaler.	0,75
6) Je change fréquemment mon matériel de consommation pour du neuf / stérile.	0,70
7) Je prépare ce que je vais inhaler sur une surface propre.	0,55
8) J'alterne de narine lorsque j'inhale.	0,51

Nota. Facteur : SCP liées aux substances prisées

Sexualité

La validité statistique des sept échelles est confirmée par la structure factorielle dont les saturations varient de 0,48 à 0,90 pour les échelles en lien avec la sexualité. Pour ces mêmes échelles, les alphas de Cronbach varient entre 0,66 et 0,93 (Tableaux 9 à 15). La solution retenue pour l'échelle générale de sexualité a réduit le nombre d'items de 29 à neuf items. Cette solution compte trois facteurs et explique 67,16 % de la variance (voir tableau 9).

Tableau 9. *Analyse factorielle de l'échelle générale de sexualité (n = 313)*

Items	Facteurs
1) Je connais le passé sexuel de mes partenaires.	0,72
2) J'ai des relations sexuelles seulement avec les partenaires avec qui j'ai une entente d'exclusivité sexuelle.	0,66
3) J'ai des relations sexuelles seulement si je fais confiance à mes partenaires.	0,66
4) J'évite d'avoir des rapports sexuels avec plusieurs partenaires au cours d'une même occasion.	0,48
5) Je me lave bien les mains avant une relation sexuelle.	-0,87
6) Je me lave bien les mains après une relation sexuelle.	-0,64
7) Je m'assure que mes ongles sont propres et qu'ils ne blesseront pas mes partenaires.	-0,60
8) J'évite d'avoir des relations sexuelles avec des gens qui sont sous l'effet de l'alcool et/ou de la drogue.	-0,88
9) J'évite de consommer de l'alcool et/ou de la drogue avant ou pendant une relation sexuelle.	-0,67

Nota. Facteur 1 ($\alpha = 0,72$) : SCP liées aux partenaires sexuels; Facteur 2 ($\alpha = 0,76$) : SCP liées à l'hygiène des mains; Facteur 3 ($\alpha = 0,76$) : SCP liées à la consommation de substances psychoactives lors d'activités sexuelles

La solution retenue pour l'échelle de sexualité orale a réduit d'un le nombre d'items pour le faire passer à trois. Cette solution compte un facteur qui explique 70,71 % de la variance (voir tableau 10).

Tableau 10. *Analyse factorielle de l'échelle sexualité orale (n = 121; $\alpha = 0,78$)*

Items	Facteur
1) J'utilise une digue dentaire (ou autre pellicule protectrice) lorsque je donne un anulingus (contacts bucco anaux, bouche avec anus) à mes partenaires.	0,90
2) Je demande à mes partenaires d'utiliser une digue dentaire (ou autre pellicule protectrice) lorsque je reçois un anulingus (contacts bucco anaux, bouche avec anus).	0,88
3) J'évite de faire un cunnilingus (sexe oral, bouche avec vulve) ou une fellation (sexe oral, bouche avec pénis) sans protection (condom, digue dentaire ou autre pellicule protectrice) à mes partenaires.	0,48

Nota. Facteur : SCP liées à la sexualité orale

La solution retenue pour l'échelle d'utilisation de condom a fait passer le nombre d'items de neuf à sept. Cette solution qui compte un facteur explique 55,66 % de la variance (voir tableau 11).

Tableau 11. *Analyse factorielle de l'échelle d'utilisation du condom*

($n = 898$; $\alpha = 0,86$)

Items	Facteur
1) Je déroule le condom jusqu'à la base du pénis avant la pénétration.	0,81
2) Je mets le condom en pinçant bien l'embout avant de le dérouler.	0,73
3) Je vérifie que le condom n'est pas endommagé avant de l'utiliser lors d'une relation sexuelle.	0,72
4) Je m'assure que le condom soit installé avant de débiter toute pénétration.	0,69
5) J'entrepose mes condoms dans des conditions adéquates.	0,66
6) Je m'assure que le condom n'est pas perforé après une relation sexuelle protégée.	0,63
7) Je vérifie la date d'expiration avant d'utiliser un condom.]	0,61

Nota. Facteur : SCP liées à l'utilisation du condom

La solution retenue pour l'échelle de sexualité non protégée a maintenu le nombre d'items initial de quatre. Cette solution qui compte un facteur explique 82,88 % de la variance (voir tableau 12).

Tableau 12. *Analyse factorielle de l'échelle sexualité non protégée (n = 640; $\alpha = 0,93$)*

Items	Facteur
1) Avant d'avoir une relation sexuelle non protégée avec de nouveaux partenaires, j'attends d'avoir les résultats de mon test de dépistage.	0,91
2) ... j'attends d'avoir les résultats de mes partenaires.	0,90
3) ... je m'assure qu'ils (elles) passent un test de dépistage.	0,88
4) ... je passe un test de dépistage.	0,82

Nota. Facteur : SCP liées à la sexualité non protégée

La solution retenue pour l'échelle d'utilisation de jouets/objets sexuels fait passer le nombre d'items de six à trois. Cette solution qui compte un facteur explique 60,04 % de la variance (voir tableau 13).

Tableau 13. *Analyse factorielle de l'échelle utilisation de jouets/objets sexuels (n = 85; $\alpha = 0,66$)*

Items	Facteur
1) Lorsque mes partenaires et moi utilisons des jouets/objets sexuels, nous nous assurons qu'ils aient été désinfectés entre chaque utilisation.	0,87
2) Lorsque j'utilise un objet/jouet avec plusieurs partenaires, nous utilisons un condom différent pour chaque personne ou désinfectons l'objet/jouet entre chaque personne.	0,56
3) Lorsque mes partenaires et moi utilisons des jouets/objets sexuels, nous utilisons du lubrifiant.	0,50

Nota. Facteur : SCP liées aux jouets/objets sexuels

Pour l'échelle de masturbation, la solution retenue réduit le nombre de neuf à sept items. Cette solution compte trois facteurs et explique 74,81 % de la variance (voir tableau 14).

Tableau 14. *Analyse factorielle de l'échelle de masturbation (n = 452)*

Items	Facteurs
1) Lorsque je me masturbe (sans utiliser de jouet sexuel), j'évite les contacts entre plusieurs muqueuses (p.ex.: bouche, anus).	0,91
2) Lorsque je me masturbe (sans utiliser de jouet sexuel), j'évite le contact du sperme/des sécrétions vaginales avec mon visage.	0,72
3) J'évite qu'un objet/jouet entre en contact avec plusieurs muqueuses (p.ex.: vagin, anus, etc.) pour éviter la propagation d'une ITSS.	0,50
4) Lorsque je suis seul(e) et que j'utilise des objets/jouets sexuels, j'utilise un lubrifiant.	0,99
5) Pour éviter l'irritation, j'utilise du lubrifiant lorsque je me masturbe (sans utiliser de jouet sexuel).	0,52
6) Avant d'utiliser des jouets/objets sexuels, je m'assure qu'ils ne sont pas endommagés ou défectueux.	-0,90
7) Lorsque je choisis des jouets/objets sexuels, je m'assure qu'ils ne présentent pas de risque de blessure.	-0,75

Nota. Facteur 1 ($\alpha = 0,75$) : SCP liées aux contacts multiples avec les muqueuses; Facteur 2 ($\alpha = 0,66$) : SCP liées à l'utilisation de lubrifiant; Facteur 3 ($\alpha = 0,81$) : SCP liées à l'usage de jouets/objets sexuels sécuritaires

La solution retenue pour l'échelle activités sexuelles alternatives a fait passer le nombre d'items de quatre à trois. Cette solution qui compte un facteur explique 68,24 % de la variance (voir tableau 15).

Tableau 15. *Analyse factorielle de l'échelle activités sexuelles alternatives* (n = 492; $\alpha = 0,77$)

Items	Facteur
1) Avant l'utilisation de l'une de ces pratiques, mes partenaires et moi avons discuté de la pratique et avons établi des limites.	0,89
2) ... nous sommes informés sur la pratique et les façons sécuritaires de l'expérimenter.	0,75
3) ... avons établi un « safe word ».	0,54

Nota. Facteur : SCP liées aux activités sexuelles alternatives

DISCUSSION

L'objectif de cette étude de développer des échelles de mesure autorapportées en langue française sur les SCP qu'utilisent les AE âgés de 18 à 25 ans pour minimiser les risques potentiels associés à la consommation de substances psychoactives et aux activités sexuelles, et à en vérifier les propriétés psychométriques a été atteint. Il s'agit d'une première étude opérationnalisant et documentant les diverses SCP qu'utilisent les AE pour minimiser les risques associés à leur consommation de substances psychoactives et à leurs activités sexuelles, et ce, auprès d'un même échantillon. Inspiré des travaux américains sur les SCP liées à la consommation d'alcool (Martens et al., 2005; Treloar, Martens, et McCarthy, 2015), les échelles en langue française ont été développées et testées auprès d'un échantillon de 902 AE francophones. Les échelles finales documentent sept sous-échelles liés aux activités sexuelles autoérotiques (p. ex., masturbation) et alloérotiques (p. ex., activités sexuelles non protégées), et quatre sous-échelles liés à la consommation de substances psychoactives selon les diverses modalités de consommation. L'échelle en lien avec la sexualité compte 36 items, alors que celle en lien avec la consommation de substances psychoactives comprend 27 items. Les analyses factorielles ont été et ont permis de valider la structure factorielle sous-jacente des échelles selon les critères de la méthode de référence (DeVellis, 2012). Le nombre d'items retenus dans les échelles varie de 3 à 11 pour un total de 63 items. La validité de contenu ayant été évaluée par des experts, elle confirme la pertinence et la formulation des items (DeVellis, 2012). Aussi, la validité statistique de construit des échelles a été confirmée par la structure factorielle et les indices psychométriques associés.

Retombées appliquées

L'utilisation rigoureuse de la démarche de DeVillis (2012) permet de se positionner avec assurance quant à la pertinence des échelles qui permet d'outiller les chercheurs pour de futures études auprès des AE. Ces nouvelles échelles permettront de mieux comprendre comment les SCP sont utilisées par ces derniers et de mieux cerner les contextes où ils prennent des risques. Il s'agit de nouvelles échelles pour mesurer les SCP liées à plusieurs substances, puisque les échelles jusqu'alors disponibles se limitaient à l'alcool (Martens et al., 2005; Treloar et al., 2015) et à l'utilisation du condom en matière de sexualité (Lewis et al., 2010). Ces échelles pourront également être utiles aux intervenants qui œuvrent auprès des AE comme outil de prévention et de sensibilisation. Les échelles ayant été construites de façon à exposer les participants à tout un registre de SCP, la passation des échelles pourrait leur permettre d'augmenter leur propre registre de SCP. L'outil de mesure s'avère par le fait même être un outil de sensibilisation.

De plus, si les SCP liées à la consommation d'alcool ne sont pas suffisantes pour augmenter les comportements sécuritaires en matière de sexualité (Gilmore et al., 2013), il en va potentiellement de même pour les diverses substances consommées et les diverses activités à risque en matière de sexualité. La présente étude représente donc un premier pas vers une connaissance exhaustive des SCP et de leur utilisation par le AE. Les échelles pourront donc permettre une exposition à des SCP en matière de consommation et de sexualité, ainsi qu'être utilisées afin de mieux comprendre qui adopte les SCP et comment en promouvoir un plus grand usage.

Limites et recherches futures

Ces résultats encourageants laissent toutefois place à l'amélioration. En effet, cette étude comporte quelques limites. D'une part, les items en lien avec le thème des substances psychoactives injectables ont dû être retirés en raison d'un nombre trop limité de participants ayant répondu positivement à la question filtre à ce sujet. Il serait pertinent de vérifier dans les études ultérieures si ces pratiques sont effectivement trop marginales pour être considérées comme des risques pris par les AE d'une population normative. Ces items pourraient aussi être validés auprès d'une population d'utilisateurs de drogues injectables. Toujours concernant l'échantillon, celui-ci est composé majoritairement de femmes. Il serait pertinent de vérifier s'il existe des différences significatives entre les SCP utilisées par les femmes et par les hommes. Ceci pourrait demander un échantillonnage plus spécifique lors d'une prochaine étude afin de viser davantage certains milieux composés majoritairement d'hommes afin d'avoir un échantillon plus représentatif.

Aussi, la désirabilité sociale n'a pas été mesurée afin de limiter l'abandon en raison de la longueur du questionnaire et de ne pas briser la structure voulant que les échelles contribuent à exposer les répondants à des SCP. Ayant à présent des échelles concises, un questionnaire de désirabilité sociale pourrait être intégré lors d'une prochaine étude. Ceci permettrait d'identifier une source potentielle de biais chez les participants.

D'autre part, certains types de validité et la fidélité par test-retest n'ont pas été examinés pour les échelles de SCP validées dans la présente étude. Ainsi, afin de consolider les qualités psychométriques des échelles de SCP, une future recherche en deux temps pourrait d'abord démontrer les qualités de fiabilité temporelle des échelles. Puis, dans un second temps, les échelles de SCP liées aux substances psychoactives de la présente étude peuvent être corrélées avec l'échelle PBSS-20 (Treloar et al., 2015) – un outil développé dernièrement en lien avec les SCP liées à

la consommation d'alcool – afin de tester la validité convergente de ces échelles. Finalement, une analyse factorielle confirmatoire pourrait également être menée afin de confirmer la structure factorielle des échelles à l'étude.

En conclusion, le but de la présente étude était de développer des échelles de mesure autorapportée en langue française sur les SCP chez les adultes émergents et d'en vérifier les propriétés psychométriques. Les échelles de SCP élaborées viennent enrichir une mince banque d'items disponibles pour mesurer ce concept. Elles sont, à notre connaissance, les seules échelles francophones validées qui touchent un registre aussi étendu de SCP en lien avec la consommation de substances psychoactives et de sexualité. Ces échelles pourront désormais être mises à contribution autant dans le milieu de la recherche pour étudier les SCP en lien avec la sexualité et la consommation de substances psychoactives, qu'en intervention et en prévention auprès des AE, notamment en recommandant des stratégies susceptibles de minimiser les conséquences négatives des risques liés à ces domaines auprès de ces AE.

RÉFÉRENCES

- Adès, J., & Lejoyeux, M. (2004). Conduites de risque. *EMC - Psychiatrie*, 1, 201–215. <http://doi.org/10.1016/j.emcps.2004.03.003>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <http://doi.org/10.1037//0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2005). The Developmental Context of Substance use in Emerging Adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235–254. <http://doi.org/10.1177/002204260503500202>
- Arnett, J. J., Kloep, M., Hendry, L. B., & Tanner, J. L. (2011). *Debating Emerging Adulthood*. Oxford University Press. <http://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199757176.001.0001>
- Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2007). *Neurosciences : À la découverte du cerveau : 3e édition* (Pradel).
- Beauchet, A., Fauchet, C., & Degremont, M. (2011a). *Pratiques et représentations des substances psychoactives dans les événements festifs et érotico-sexuels en Haute-Savoie*.
- Beauchet, A., Fauchet, C., & Degremont, M. (2011b). *Pratiques et représentations du dépistage des IST dans les événements festifs et érotico-sexuels en Haute-Savoie*. Annecy.
- Beirness, D. J., Jesseman, R., Notarandrea, R., & Perron, M. (2008). *Réduction des méfaits : Un concept qui en dit long*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Benton, S. L., Schmidt, J. L., Newton, F. B., Shin, K., Benton, S. A., & Newton, D. W. (2004). College student protective strategies and drinking consequences. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(1), 115–121. <http://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.115>
- Bizimana, N. (2010). Another way for lovemaking in Africa: Kunyaza, a traditional sexual technique for triggering female orgasm at heterosexual encounters. *Sexologies*, 19(3), 157–162. <http://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.12.003>

- Borden, L. a, Martens, M. P., McBride, M. a, Sheline, K. T., Bloch, K. K., & Dude, K. (2011). The role of college students' use of protective behavioral strategies in the relation between binge drinking and alcohol-related problems. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 25(2), 346–351. <http://doi.org/10.1037/a0022678>
- Bouchard, S., & Cyr, C. (2005). *Recherche psychosociale : pour harmoniser recherche et pratique*. (S.-F. : P. de l'Université du Québec, Ed.) (2e éd.). Retrieved from http://virtuolien.uqam.ca/tout/UQAM_BIB000151346
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Bryan, A., Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (2002). Tests of the mediational role of preparatory safer sexual behavior in the context of the theory of planned behavior. *Health Psychology*, 21(1), 71–80. <http://doi.org/10.1037//0278-6133.21.1.71>
- Bukowski, W. M., Sippola, L. K., & Newcomb, A. F. (2000). Variations in patterns of attraction of same- and other-sex peers during early adolescence. *Developmental Psychology*, 36(2), 147–154. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.36.2.147>
- Cardénal, M., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2007). Le questionnaire de fonctionnement ordalique (QFO) : premiers éléments de validation et résultats préliminaires chez des toxicomanes et des anorexiques. *Annales Medico-Psychologiques*, 165(10), 703–713. <http://doi.org/10.1016/j.amp.2005.10.004>
- Carusso, J. (2012). *La communauté BDSM (bondage/discipline, domination/soumission, sadomasochisme) de Montréal : enquête sur la culture BDSM et les codes et scénarios sexuels qui la constituent*. Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The Adolescent Brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124(1), 111–126. <http://doi.org/10.1196/annals.1440.010>
- Casey, B., Jones, R. M., & Somerville, L. H. (2011). Braking and Accelerating of the Adolescent Brain. *Journal of Research on Adolescence : The Official Journal of the Society for Research on Adolescence*, 21(1), 21–33. <http://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00712.x>

- Centre québécois de lutte aux dépendances. (2011). *Portrait de l'environnement au Québec - En matière de consommation et abus d'alcool et de drogues*.
- Charton, L., & Messier-Bellemare, C. (2013). Internet, santé sexuelle et stratégies de négociation : une étude exploratoire. *Communiquer. Revue de Communication Sociale et Publique*, 10(10), 25–44. <http://doi.org/10.4000/communiquer.509>
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol. Supplement*, (14), 101–17. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12022716>
- Dariotis, J. K., Sonenstein, F. L., Gates, G. J., Capps, R., Astone, N. M., Pleck, J. H., ... Zeger, S. (2008). Changes in sexual risk behavior as young men transition to adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(4), 218–25. <http://doi.org/10.1363/4021808>
- DeVellis, R. (2012). *Scale Development: Theory and Applications* (3e ed.). Sage.
- Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) - Corrections affichées Mars 2017. (2017). Retrieved June 15, 2017, from <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2015.html>
- Fallu, J.-S., Brière, F. N., Descheneaux, A., Keegan, V., Maguire, J., Chabot, A., & Gagnon, V. (2008). *Consommation d'amphétamines chez les adolescents et les adolescentes : étude des facteurs associés avec centration sur les différences entre les sexes. État de la situation, recension des écrits et résultats de groupes-sonde*.
- Fallu, J.-S., & Brisson, P. (2013). La réduction des méfaits liés à l'usage des drogues : historique, état des lieux, enjeux. In *Éthique et réduction des méfaits*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Flight, J. (2007). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : consommation d'alcool et de drogues par les jeunes*. Ottawa: Santé Canada et Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies.
- Gagné, M. (2006). *La mortalité par traumatismes non intentionnels chez les jeunes québécois de moins de 20 ans: La mortalité par traumatismes non intentionnels chez les jeunes québécois de moins de 20 ans*. Gouvernement du Québec.

- Gauthier, S., Bolduc, C., Bouthillier, M.-E., & Montminy, L. (2013). L'utilisation de l'approche de la réduction des méfaits auprès des femmes qui ne quittent pas une situation de violence conjugale ou qui y retournent : enjeux éthiques liés à la tolérance. In *Éthique et réduction des méfaits*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Gauvreau-Jean, V. (2008). *Développement et validation d'une échelle de mesure de la conscience de l'environnement d'affaires des employés non-cadres*. Université de Montréal.
- Gilmore, A. K., Granato, H. F., & Lewis, M. A. (2013). The use of drinking and condom-related protective strategies in association with condom use and sex-related alcohol use. *Journal of Sex Research*, 50(5), 470–9. <http://doi.org/10.1080/00224499.2011.653607>
- Hall, W. (2007). What's in a name? *Addiction*, 102, 691–692.
- Hamel, D. (2002). *Les approches de réduction des méfaits trouvent un certain appui dans la population québécoise*. Québec: Institut national de la santé publique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2009). *Consommation d'alcool et de drogues. Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2010). *Le bilan démographique du Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2011). *Données sociodémographiques en bref: La mortalité et l'espérance de vie au Québec, 2010 et tendance récente*. Gouvernement du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2012). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie, Tome 1*. Qué: Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2009). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois : portrait épidémiologique*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2010a). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois : conséquences et facteurs associée*. Québec: Gouvernement du Québec.

- Institut national de santé publique du Québec. (2010b). *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2011). *Pistes d'intervention pour réduire la consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes de 18 à 24 ans qui fréquentent les centres d'éducation aux adultes au Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2012). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois. Meilleures pratiques de prévention*. Gouvernement du Qu.
- Institut national de santé publique du Québec. (2014). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec: Année 2013 (et projection 2014)*. Gouvernement du Québec. Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-329-02W.pdf>
- Jean, R. (2010). L'approche de réduction des méfaits appliquée à la prostitution : un problème conceptuel ? In *Actes – Perspectives étudiantes féministes* (pp. 222–242). Québec: Colloque étudiant les 12 et 13 mars. Université Laval.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Kim, J., & Park, S. (2015). Association between protective behavioral strategies and problem drinking among college students in the Republic of Korea. *Addictive Behaviors*, 51, 171–176. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.07.017>
- Landry, M., & Lecavalier, M. (2003). Réduction des risques et des méfaits: Un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, Santé et Société*, 2(1), 124–140. <http://doi.org/10.7202/007180ar>
- Lavoie, K., Bonnelli, H., Gauthier, J., Hamel, M., Raymond, V., & Villeneuve, C. (2010). *Portrait de santé des jeunes québécois âgés de 15 à 24 ans*. Retrieved from www.fedecegeps.qc.ca
- Le Breton, D. (2012). Concepts et significations majeures des conduites à risque, 1–7. Retrieved from <http://anthropado.com/le-journal-des-socio-anthropologues-de-l-adolescence-et-de-la-jeunesse-textes-en-ligne/>

- Léobon, A., & Frigault, L. (2007). La sexualité bareback : d'une culture de sexe à la réalité des prises de risque. In *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins : un nouveau rapport au risque*. (pp. 87–103). Paris.
- Lewis, M. A., Kaysen, D. L., & Rees, M. (2010). The Relation between Condom-Related Protective Behavioral Strategies and Condom Use among College Students; Global- and Event-Level Evaluations. *Journal of Sex Research*, 47(5), 471–478. <http://doi.org/10.1080/00224490903132069>
- Lewis, M. A., Logan, D. E., & Neighbors, C. (2009). Examining the role of gender in the relationship between use of condom-related protective behavioral strategies when drinking and alcohol-related sexual behavior. *Sex Roles*, 61(9–10), 727–735. <http://doi.org/10.1007/s11199-009-9661-1>
- Lewis, M. A., Patrick, M. E., Lee, C. M., Kaysen, D. L., Mittman, A., & Neighbors, C. (2012). Use of protective behavioral strategies and their association to 21st birthday alcohol consumption and related negative consequences: A between- and within-person evaluation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 179–186. <http://doi.org/10.1037/a0023797>
- Lewis, M. a, Rees, M., Logan, D. E., Kaysen, D. L., & Kilmer, J. R. (2010). Use of drinking protective behavioral strategies in association to sex-related alcohol negative consequences: the mediating role of alcohol consumption. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 24(2), 229–238. <http://doi.org/10.1037/a0018361>
- Leyton, M., & Stewart, S. (2014). *Toxicomanie au Canada : Voies menant aux troubles liés aux substances dans l'enfance et l'adolescence*.
- Manus, J.-M. (2016). Infection à VIH traitée, vieillissement à risque. *Option/Bio*, 27(541–542), 1–3. [http://doi.org/10.1016/S0992-5945\(16\)30091-5](http://doi.org/10.1016/S0992-5945(16)30091-5)
- Martens, M. P., Ferrier, A. G., Sheehy, M. J., Corbett, K., Anderson, D. a, & Simmons, A. (2005). Development of the Protective Behavioral Strategies Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(5), 698–705. <http://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.698>
- Martens, M. P., Karakashian, M. a, Fleming, K. M., Fowler, R. M., Hatchett, E. S., & Cimini, M. D. (2009). Conscientiousness, protective behavioral strategies, and alcohol use: testing for mediated effects. *Journal of Drug Education*, 39(3), 273–287. <http://doi.org/10.2190/DE.39.3.d>

- Martens, M. P., Martin, J. L., Hatchett, E. S., Fowler, R. M., Fleming, K. M., Karakashian, M. a, & Cimini, M. D. (2008). Protective behavioral strategies and the relationship between depressive symptoms and alcohol-related negative consequences among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 535–41. <http://doi.org/10.1037/a0013588>
- Martens, M. P., Martin, J. L., Littlefield, A. K., Murphy, J. G., & Cimini, M. D. (2011). Changes in protective behavioral strategies and alcohol use among college students. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2–3), 504–507. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.04.020>
- Martens, M. P., Page, J. C., Mowry, E. S., Damann, K. M., Taylor, K. K., & Cimini, M. D. (2006). Differences between actual and perceived student norms: an examination of alcohol use, drug use, and sexual behavior. *Journal of American College Health: J of ACH*, 54(5), 295–300. <http://doi.org/10.3200/JACH.54.5.295-300>
- Martens, M. P., Pederson, E. R., Labrie, J. W., Ferrier, A. G., & Cimini, M. D. (2007). Measuring alcohol-related protective behavioral strategies among college students: further examination of the Protective Behavioral Strategies Scale. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 21(3), 307–315. <http://doi.org/10.1037/0893-164X.21.3.307>
- Martens, M. P., Taylor, K. K., Damann, K. M., Page, J. C., Mowry, E. S., & Cimini, M. D. (2004). Protective behavioral strategies when drinking alcohol and their relationship to negative alcohol-related consequences in college students. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 18(4), 390–393. <http://doi.org/10.1037/0893-164X.18.4.390>
- Meier, P., Booth, A., Stockwell, T., Wilkinson, A., Wong, R., Brennan, A., ... Taylor, K. (2008). Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion (Part A) : Systematic Reviews, (2), 1–243.
- Michel, G., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Simeoni, M.-C. (2006). Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54(1), 62–76. <http://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.11.002>

- Michel, G., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Siméoni, M. C. (2001). Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psycho actives à l'adolescence. *Annales Medico-Psychologiques*, 159(9), 622–631. [http://doi.org/10.1016/S0003-4487\(01\)00102-0](http://doi.org/10.1016/S0003-4487(01)00102-0)
- Midford, R., Ramsden, R., Lester, L., Cahill, H., Mitchell, J., Foxcroft, D. R., & Venning, L. (2014). Alcohol Prevention and School Students. *Journal of Drug Education*, 44(3–4), 71–94. <http://doi.org/10.1177/0047237915579886>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2014). *Estimation Du Risque Associé Aux Activités Sexuelles*. Gouvernement du Québec.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674–701. <http://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674>
- Nadeau, L., Truchon, M., & Biron, C. (1998). *Les comportements sexuels à risque chez les toxicomanes n'utilisant pas de drogues intraveineuses : une approche de "focus group."* Montréal.
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, D. of H. and H. S. (2001). *Workshop Summary : Scientific Evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Disease (STD) Prevention Hyatt Dulles Airport*. Most. Retrieved from <http://www.niaid.nih.gov/about/organization/dmid/documents/condomreport.pdf>
- Palmer, R. S., McMahon, T. J., Rounsaville, B. J., & Ball, S. A. (2010). Coercive Sexual Experiences, Protective Behavioral Strategies, Alcohol Expectancies and Consumption Among Male and Female College Students. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(9), 1563–1578. <http://doi.org/10.1177/0886260509354581>
- Paquette, L., Bergeron, J., & Lacourse, É. (2012). Autorégulation, pratiques sportives risquées et consommation de psychotropes chez des adolescents adeptes de sports de glisse. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(4), 308–318. <http://doi.org/10.1037/a0022652>
- Patrick, M. E., Lee, C. M., & Larimer, M. E. (2011). Drinking motives, protective behavioral strategies, and experienced consequences: Identifying students at risk. *Addictive Behaviors*, 36(3), 270–273. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.11.007>

- Pedinielli, J. L., Rouan, G., Gimenez, G., & Bertagne, P. (2005). Psychopathologie des conduites À risques. *Annales Medico-Psychologiques*, 163(1), 30–36. <http://doi.org/10.1016/j.amp.2004.06.016>
- Poirier, A., & Dontigny, A. (2010). *L'épidémie silencieuse, les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Quatrième rapport sur l'état de santé de la population du Québec*. Québec: La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Poulin, C., & Nicholson, J. (2005). Should harm minimization as an approach to adolescent substance use be embraced by junior and senior high schools? *International Journal of Drug Policy*, 16(6), 403–414. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.11.001>
- Quirion, B. (2002). Réduction des méfaits et gestion des risques : les frontières normatives entre les différents registres de régulation de la pratique psychotrope. *Déviance et Société*, 26(4), 479. <http://doi.org/10.3917/ds.264.0479>
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., ... Taylor, B. (2006a). Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002.
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., ... Taylor, B. (2006b). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 - Points saillants*. Ottawa.
- Richters, J., De Visser, R. O., Rissel, C. E., Grulich, A. E., & Smith, A. M. A. (2008). Demographic and Psychosocial Features of Participants in Bondage and Discipline, "Sadomasochism" or Dominance and Submission (BDSM): Data from a National Survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1660–1668. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00795.x>
- Ritter, A., & Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 611–24. <http://doi.org/10.1080/09595230600944529>
- Roy, S., & Charest, D. (2002a). *Jeunes filles enceintes et mères adolescentes - un portrait statistique*. Québec.
- Roy, S., & Charest, D. (2002b). *Organisation des services éducatifs offerts aux jeunes filles enceintes et aux mères adolescentes*. Québec.

- Schenk, F., & Preissmann, D. (2011). La peur aux frontières de la prise de risque. *Revue Économique et Sociale*, (March 2011).
- Sellami, M. (2008). David Le Breton, En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie. *Anthropologie et Sociétés*, 32(1-2), 296-298. <http://doi.org/10.7202/018907ar>
- Simard, D. (2015). La question du consentement sexuel: Entre liberté individuelle et dignité humaine. *Sexologies*, 24(3), 140-148. <http://doi.org/10.1016/j.sexol.2015.05.003>
- Sugarman, D. E., & Carey, K. B. (2007). The relationship between drinking control strategies and college student alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(3), 338-345. <http://doi.org/10.1037/0893-164X.21.3.338>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*, (6th ed.). Boston : Pearson.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. a, Sturge, J., & Rehm, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet*, 369(9570), 1391-401. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60369-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60369-9)
- Traoré, I., Pica, L., Camirand, H., Cazale, L., Berthelot, M., & Plante, N. (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves, 2013: Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*. Québec. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Treloar, H., Martens, M. P., & McCarthy, D. M. (2015). The Protective Behavioral Strategies Scale-20: Improved content validity of the Serious Harm Reduction subscale. *Psychological Assessment*, 27(1), 340-346. <http://doi.org/10.1037/pas0000071>
- Turner, C., McClure, R., & Pirozzo, S. (2004). Injury and risk-taking behavior-a systematic review. *Accident; Analysis and Prevention*, 36(1), 93-101. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14572831>

CHAPITRE III

DISCUSSION

Le présent mémoire avait pour objectif principal de développer des échelles de mesure autorapportée en langue française des stratégies comportementales de protection (SCP) qu'utilisent les adultes émergents âgés de 18 à 25 ans pour minimiser les risques potentiels associés à la consommation de substances psychoactives et aux activités sexuelles, et à en vérifier les propriétés psychométriques.

À notre connaissance, la présente étude est la première opérationnalisant et documentant les diverses SCP qu'utilisent les adultes émergents, dans ces deux domaines, et ce, auprès d'un même échantillon, et à offrir des échelles de mesure des SCP dans ces domaines en langue française, ayant été validées auprès d'un échantillon d'adultes émergents.

Ce mémoire apporte une contribution substantielle à la recherche et l'intervention en proposant des échelles de mesure pour appuyer empiriquement les observations des chercheurs, des intervenants et des cliniciens qui s'intéressent aux SCP. Cette étude est la première à explorer de façon qualitative grâce à l'apport des experts, et quantitative les SCP chez les adultes émergents francophones afin de créer et valider des échelles de mesure sur le sujet. De plus, ces échelles tiennent compte des recommandations de Hall (2007) qui propose de développer de nouvelles mesures

afin de prouver l'efficacité de telles stratégies en santé publique. Bien que Martens (2005) ait déjà développé une échelle de mesure des SCP en lien avec l'alcool, son échelle ne permet pas de tenir compte de la réalité de la polyconsommation chez les adultes émergents, ni de tenir compte du lien bien documenté entre la consommation et la prise de risques sexuels (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset-Laniel, 2008; Michel et al., 2006). Aussi, les études sur lesquelles s'appuient la théorie des SCP (Cooper, 2002; Martens et al., 2004, 2006, 2009; Sugarman et Carey, 2007) étaient toutes limitées à la consommation abusive d'alcool et se limitant à un échantillonnage d'étudiants. Cette étude a donc permis de développer non seulement de nouvelles SCP en lien avec une consommation variée de substances, mais aussi de les diversifier en fonction de leur mode de consommation.

De la même façon, les études sur les SCP en lien avec la sexualité se limitent souvent à l'utilisation du condom (Lewis, Kaysen et Rees, 2010), ce qui ne reflète pas la diversité des activités sexuelles, dont celles des FARSAF. Si d'autres études sont nécessaires afin d'explorer davantage les propriétés psychométriques de ces échelles et ses applications auprès de diverses populations d'adultes émergents, elles constituent un premier pas prometteur pour doter les professionnels d'instruments pour mesurer les SCP dans deux domaines importants à cette période développementale.

De plus, l'échantillonnage par les réseaux sociaux a permis de valider les données auprès d'une population plus variée et ainsi de ne pas limiter les AE joints aux étudiants collégiaux.

3.1 Synthèse des résultats

Des échelles de mesure ont été développées et testées auprès d'un échantillon composé de 902 adultes émergents francophones. Les échelles finales documentent sept sous-échelles liés aux activités sexuelles autoérotiques (p. ex., masturbation) et alloérotiques (p. ex., activités sexuelles non protégées), et quatre sous-échelles liés à la consommation de substances psychoactives selon les diverses modalités de consommation. L'échelle en lien avec la sexualité compte 36 items, alors que celle en lien avec la consommation de substances psychoactives comprend 27 items. Les items en lien avec la consommation de substances psychoactive injectée ont été retirés des analyses en raison du très faible nombre de participants (0,9 %) ayant rapporté avoir déjà consommé des substances par voie intraveineuse. Cette faible proportion est cohérente avec les données nationales, dans lesquelles moins de 1 % des Canadiens rapportent avoir consommé une substance psychoactive par injection (Centre québécois de lutte aux dépendances, 2011).

Des analyses factorielles ont été menées afin de valider la structure factorielle des échelles à partir des critères de la méthode de référence (DeVellis, 2012). Le nombre d'items retenus dans les échelles varie entre 3 et 11 pour un total de 63 items, soit sept sous-échelles en lien avec la sexualité et quatre en lien avec la consommation de substances psychoactives. La validité de contenu ayant été évaluée par des experts, confirme la pertinence et la formulation des items (DeVellis, 2012). Aussi, la validité statistique de construit des échelles a été confirmée par la structure factorielle et les indices psychométriques associés.

3.2 Forces de l'étude et retombées appliquées

La disponibilité en langue française d'instruments autoadministrés validés qui évaluent les différentes SCP chez les adultes émergents étant limitée, les échelles proposées dans cette étude révèlent une pertinence certaine. L'utilisation de la procédure DeVellis (2012) a permis la construction et la validation d'échelles de mesure à partir d'une méthode rigoureuse et reconnue scientifiquement (Gauvreau-Jean, 2008). L'utilisation de cette méthodologie a permis de vérifier la validité de contenu des items proposés auprès d'experts œuvrant dans le domaine des SCP et le caractère exhaustif des items auprès d'experts agissant comme ressources externes. La méthodologie mettant à contribution à la fois une démarche qualitative et quantitative grâce à l'utilisation rigoureuse de la démarche de DeVellis (2012) permet de se positionner avec assurance quant à l'élaboration et la pertinence des échelles présentées. La contribution des experts est sans contredit un atout majeur de cette démarche. Effectivement, suite à la revue de la littérature, consulter des experts aura permis d'atteindre plus aisément notre sous-objectif (a) de construire des échelles inclusives du plus grand nombre possible d'activités sexuelles ou de modes de consommation de substances psychoactives. C'est d'ailleurs suite à la recommandation des experts que plusieurs items sur les activités dites marginales ont été ajoutés. Tel qu'ils l'avaient mentionné, la prévalence des activités habituellement associées au BDSM semble être sous-estimée chez les AE. Ils ont aussi revu la formulation et l'usage de mots plus académiques vers un vocabulaire plus accessible et courant. Ceci a permis de rendre les items intelligibles pour un plus grand nombre. Certains items ont aussi été retirés, car ils relevaient davantage du mythe ou de mauvaises stratégies de protections. Consulter des experts en réduction des méfaits nous a permis de faire le lien entre la théorie tirée de la documentation et l'application pratique de cette politique afin d'adapter nos items à la réalité. De plus, la validité de

construit a été corroborée par les analyses factorielles, auprès d'un large échantillon d'adultes émergents.

Effectivement, les données recueillies ont permis de confirmer l'hypothèse des experts et ainsi revoir l'utilisation du terme « marginales » en ce qui a trait à certaines activités sexuelles. La sexualité est depuis toujours régie par le système de valeur de la société. Toutes formes de sexualité qui déroge aux critères établis par ces valeurs se voient considérées comme marginales ou même comme pathologiques (Carusso, 2012). Peu d'enquêtes populationnelles ou d'études portent sur les comportements du registre BDSM. Lorsqu'elles s'intéressent au sujet, elles ont tendance à analyser les fantasmes BDSM plutôt que les comportements (Simard, 2015). Pourtant, suite à l'analyse des données, il appert que ces activités sexuelles sont plus fréquentes que ce qui était attendu. Environ le tiers des répondants affirment avoir déjà utilisé au moins une activité du registre BDSM. Les données trouvées sur le sujet suggéraient que moins de 2 % de la population avait des activités du registre BDSM (Richters, De Visser, Rissel, Grulich, & Smith, 2008). De ce fait, l'utilisation des termes « activités sexuelles alternatives » est plus exacte. Également, afin d'éviter l'aspect péjoratif du terme « marginales », les termes « activités alternatives » devraient plutôt être retenus pour décrire les activités du registre BDSM.

Retombées scientifiques

Au plan scientifique, ces nouvelles échelles permettront de mieux comprendre comment les SCP qui sont utilisées par les AE et de mieux cerner les contextes où ils prennent des risques. Tout d'abord, il serait intéressant d'utiliser les présentes données pour déterminer qu'elles sont les SCP les plus utiliser et ultérieurement, dans de futures recherches de se pencher sur qu'elles SCP sont utiliser en fonction du type

de partenaires ou de comparer l'utilisation des SCP en fonction du lieu où se rassemblent les adultes émergents, en se demandant par exemple, est-ce que les SCP sont utilisées de la même façon par les individus qui fréquentent les bars, les festivals ou les fêtes sur les campus scolaires. Aussi, les échelles pourront être utilisées pour mieux cerner des groupes d'individus en se questionnant à savoir si ceux qui utilisent le plus de SCP liées à la consommation de substances psychoactives sont aussi ceux qui en utilisent le plus en lien avec la sexualité, ou encore, est-ce que la consommation de substances psychoactives diminue ou augmente l'utilisation des SCP autant en lien avec la consommation de substances qu'en lien avec la sexualité. Ces deux nouvelles échelles permettront non seulement de mesurer les SCP liées à l'alcool comme c'était le cas avec les échelles déjà disponibles, mais aussi à élargir les connaissances sur les SCP liées à la sexualité au-delà de la simple utilisation du condom (M. A. Lewis et al., 2010).

Retombées appliquées

La contribution de cette recherche se manifeste également par son implication pour la pratique en sexologie tant au plan de la recherche qu'au plan interventionnel. Premièrement, en considérant une meilleure connaissance des SCP adoptées par les adultes émergents de 18 à 25 ans permettra potentiellement une amélioration des programmes de prévention. Ces échelles pourront également être utiles aux intervenants qui œuvrent auprès des adultes émergents comme outil de prévention et de sensibilisation. Les échelles ayant été construites de façon à exposer les participants à tout un registre de SCP, la passation des échelles pourrait leur permettre d'augmenter leur propre registre de SCP. Les échelles de mesure s'avèrent par le fait même être un outil de sensibilisation. Les sexologues pourront également utiliser les échelles pour mieux connaître comment la population normative se distingue d'une population clinique en ce qui a trait à l'utilisation des SCP.

Deuxièmement, Gilmore et al. (2013) souligne que l'utilisation des SCP liées à la consommation d'alcool n'est pas suffisante pour augmenter les comportements sécuritaires en matière de sexualité. Donc, le fait d'utiliser des SCP dans un domaine ne permettrait pas nécessairement d'être mieux outillé dans les autres domaines de prise de risques. Ce constat réitère la pertinence de telles échelles pour les diverses substances consommées et les diverses activités à risque en matière de sexualité, ainsi que l'opportunité d'apprentissage que représente l'utilisation des échelles proposées dans ce mémoire. La présente étude représente un premier pas vers une connaissance exhaustive des SCP et les recherches futures pourront s'intéresser à leur efficacité.

Troisièmement, comme mentionné précédemment, la terminologie et les connaissances liées aux activités sexuelles alternatives gagnent à être connues et reconnues. Il importe de mieux comprendre ces activités qui semblent occuper une place considérable dans la sexualité des adultes émergents. Comme le mentionne Carusso (2012), les intervenants doivent être formés et mieux comprendre les activités du registre BDSM afin de minimiser la stigmatisation et la pathologisation. Il importe donc de d'abord faire la différence entre les activités normatives du registre BDSM et les pratiques dangereuses qui sont parfois confondues. Pour ce faire, l'échelle de mesure des SCP en lien avec la sexualité et plus précisément la partie en lien avec les activités alternatives permet de déterminer les précautions qui sont prises par les individus lorsqu'ils choisissent ces activités. L'échelle est donc à la fois un outil pour les intervenants et les chercheurs qui permet de mesurer les SCP, mais aussi un outil qui propose aux participants des SCP en lien avec ces comportements.

3.3 Limites et recherches futures

Cette étude comporte certaines limites qu'il importe de rapporter. Dans un premier temps, certains types de validité et la fidélité par test-retest n'ont pas été examinés pour les échelles de SCP validées dans la présente étude. Ainsi, afin de consolider les qualités psychométriques des échelles de SCP, une future recherche en deux temps pourrait dans un premier temps démontrer les qualités de fiabilité temporelle des échelles. Dans un deuxième temps, les échelles de SCP liées aux substances psychoactives de la présente étude peuvent être corrélées avec l'échelle PBSS-20 (Treloar, Martens et McCarthy, 2015) – un outil développé dernièrement en lien avec les SCP liées à la consommation d'alcool – afin de tester la validité convergente de ces échelles. Les items comme « j'évite de mélanger différentes sortes d'alcool » ou « j'évite de combiner la consommation d'alcool à la consommation de marijuana » (Treloar et al., 2015; traduction libre) semblent liés au construit sous-jacent de l'échelle des SCP liées à la consommation de substances psychoactives. Puisqu'il s'agit d'une échelle anglophone, il serait pertinent que celle-ci soit d'abord traduite et validée auprès d'un échantillon francophone. Aussi, une analyse factorielle confirmatoire pourrait être menée afin de confirmer la structure factorielle des échelles à l'étude.

Dans un troisième temps, la désirabilité sociale n'a pas été mesurée chez les participants afin de ne pas allonger inutilement le questionnaire et de ne pas briser la structure voulant que les échelles soient aussi un moyen de sensibilisation et de prévention. Cependant, les analyses ont permis de réduire considérablement le nombre d'items dans chaque échelle pour ne conserver que les plus prévalents et cohérents sur le plan factoriel, et ainsi de permettre une durée de passation réduite.

De plus, bien que la structure des échelles des SCP propose d'élargir le registre de SCP chez les participants, les futures études ne peuvent se limiter à ce type d'échelles de mesure. Un questionnaire de désirabilité sociale pourrait donc être intégré afin d'évaluer cet aspect chez les participants, particulièrement, si celui-ci est intégré dans une étude où une batterie de questionnaires est utilisée. En sachant que la prise de risques peut être valorisée par le groupe de référence (Bukowski et al., 2000), il est possible que les individus plus sensibles à la désirabilité sociale rapportent utiliser moins de SCP. Un questionnaire de désirabilité sociale nous permettrait donc d'identifier une source potentielle de biais chez les individus qui rapportent utiliser moins de SCP.

Dans un quatrième temps, malgré un échantillon de taille substantielle, seulement le cinquième des participants était des hommes. Les futures études pourraient donc valider les échelles auprès d'un groupe plus homogène quant au genre des participants, ou encore répliquer l'étude auprès d'hommes exclusivement. Il serait pertinent de vérifier s'il existe des différences entre les hommes et les femmes quant à l'utilisation des différentes SCP. Puisque, par exemple, certains auteurs soulignent que la capacité à négocier des activités sexuelles sécuritaires semble influencée par le genre étant donné qu'il subsisterait une inégalité entre les hommes et les femmes en la matière (p. ex. Charton et Messier-Bellemare, 2013; Nadeau, Truchon, et Biron, 1998).

Dans un cinquième temps, bien que l'étude ait permis de confirmer une importante prévalence des activités BDSM chez les AE, cette échelle ne se veut pas exhaustive. Plusieurs activités sexuelles méconnues pourraient faire l'objet d'une recension plus poussée afin d'en tirer des SCP adaptés. D'ailleurs, le milieu BDSM est déjà régi par un certain code qui semble être lié aux SCP (Carusso, 2012). Outre ce champ

spécifique, des échelles pourraient être élaborées en fonction d'activités sexuelles propres à certains pays comme le Kunyaza originaire d'Afrique (Bizimana, 2010).

Finalement, tel que mentionné plus tôt, les items en lien avec la consommation de substances psychoactives administrées par injection ont été retirés en raison du faible nombre de participants ayant utilisé ce type de mode de consommation. Cependant, si ces items ne sont pas prévalents pour une population normative d'adultes émergents, ils n'en sont pas moins pertinents auprès d'une population plus spécifique de consommateurs de drogues injectables. Cette échelle pourrait donc être testée lors d'une future étude auprès d'une telle clientèle, tout en sachant que les items permettront de sensibiliser les utilisateurs de drogues injectables en les exposant à des SCP qu'ils pourront intégrer à leurs pratiques de consommation.

3.4 Conclusion

En conclusion, le but de la présente étude était de développer des échelles de mesure autorapportée en langue française sur les SCP chez les adultes émergents et d'en vérifier les propriétés psychométriques. Elles sont, à notre connaissance, les seules échelles francophones validées qui touchent un registre aussi étendu de SCP en lien avec la consommation de substances psychoactives et de sexualité. L'exploration conjointe des domaines de la consommation de substances psychoactives et de la sexualité, et plus particulièrement des SCP en lien avec ceux-ci, est nécessaire afin d'accroître les connaissances en lien avec l'utilisation de ces stratégies, par exemple dans quel contexte elles sont utilisées ou non, et ainsi mieux comprendre comment minimiser les risques potentiels associés aux pratiques à risques de ces domaines. Ainsi, les échelles de SCP élaborées viennent enrichir une mince banque d'items disponibles pour mesurer les SCP. Ces échelles pourront désormais être mises à contribution, tant dans le milieu de la recherche pour étudier les conséquences des

conduites à risque et l'effet potentiellement modérateur des SCP en lien avec la sexualité et la consommation de substances psychoactives, que dans le milieu de l'intervention, notamment en prévention en recommandant des stratégies susceptibles de minimiser les conséquences négatives des risques liés à ces domaines auprès des adultes émergents.

APPENDICE A

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉMIS PAR L'UQAM

UQAM Faculté des sciences humaines
Université du Québec à Montréal

Certificat d'approbation éthique

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines a examiné le projet de recherche suivant et l'a jugé conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par le Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains (juin 2012) de l'UQAM :

Élaboration et validation d'un instrument de mesure des comportements de protection associés aux conduites sexuelles et à la consommation de substances psychoactives
Marie-Pier Grimard, étudiante à la maîtrise en sexologie

Sous la direction de Marie-Aude Boislard, professeure au Département de sexologie

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Certificat émis le 3 juin 2013. No de certificat : FSH-2013-39.



Thérèse Bouffard
Présidente du comité
Professeure au Département de psychologie

APPENDICE B

LISTE DES EXPERTS

(Le masculin est utilisé afin de protéger l'identité des experts)

- 1- Intervenant formateur au Groupe de recherche et d'intervention psychosociale (GRIP) organisme spécialisé en réduction des méfaits, intervenant et animateur en milieu scolaire, au carrefour jeunesse-emploi et en maison des jeunes.
- 2- Doctorant en Psychologie (Phd), enseignant au niveau collégial, membre de la chaire de recherche contre l'homophobie
- 3- Épidémiologiste (Phd) à la clinique l'Actuel, titulaire d'un Baccalauréat en sciences infirmières, d'une maîtrise en santé communautaire, d'un doctorat en santé publique et d'un post-doctorat en épidémiologie clinique.
- 4- Intervenant chez CACTUS Montréal, un organisme communautaire de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
- 5- 2 intervenants de la Coalition pour le travail de rue
- 6- Un sexologue clinicien
- 7- Un médecin
- 8- Une coordonnatrice de recherche à la Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers, agent de planification, programmation et recherche et assistant de recherche à la Direction de la santé publique, Intervenant social au Centre Info-femmes titulaire d'un Baccalauréat en sexologie et d'une maîtrise (M.Sc) en santé communautaire

APPENDICE C

SOLLICITATION DE LA PARTICIPATION DES EXPERTS

Projet de recherche de Marie-Pier Grimard, B.A. Candidate à la maîtrise en sexologie :
grimard.marie-pier@courrier.uqam.ca

Skype : mp104m

Cellulaire (laissez un message) : 819-212-9008

Sous la supervision de Marie-Aude Boislard Ph.D.

boislard-pepin.marie-aude@uqam.ca

Assistante de recherche : Jade Duquette

duquette.jade@courrier.uqam.ca

Bonjour XXX,

je vous écris pour solliciter votre participation en tant qu'expert pour le projet de maîtrise de Marie-Pier Grimard, étudiante en sexologie à l'Université du Québec à Montréal. Ce projet de recherche vise à examiner les comportements de protection utilisés par les jeunes de 18 à 25 ans en lien avec leurs pratiques sexuelles et leur consommation de substances psychoactives, afin de développer un instrument de mesure de ces comportements de protection. Ce projet a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM en juin 2013. Le certificat d'approbation éthique (FSH-2013-39) est joint à ce courriel.

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'un projet plus large intitulé « Sexe, drogues et... sports à risque; Approches individuelles de réduction des méfaits et comportements de protection dans la prise de risques chez les jeunes », sous la direction de Marie-Aude Boislard, Ph.D., chercheure principale (Subvention du Programme d'aide financière à la recherche et à la création de l'UQAM; 15 000\$). L'objectif général est d'examiner les comportements de protection et de prévention des risques associés aux conduites sexuelles, sportives et de consommation de substances psychoactives, leurs prédicteurs et leur impact développemental et biopsychosocial. Le caractère novateur de ce projet de recherche est d'examiner à la

fois les déterminants sociaux et les stratégies individuelles prises pour réduire délibérément les risques pour la santé physique, mentale et sociale, associés à la prise de risques dans l'une ou plusieurs des sphères de la vie du jeune adulte. Ce projet s'inscrit dans une approche de réduction des méfaits, prônant des mesures non coercitives pour réduire les conséquences négatives liées à la prise de risques.

Si nous vous contactons aujourd'hui, c'est en raison de votre expertise en [réduction des méfaits/ connaissance du milieu X/ auprès d'une clientèle X. consommation de substances psychoactives – sexualité à risque – prévention ou connaissance des ITSS]. Nous sollicitons votre participation à titre d'expert pour valider la liste d'items que nous avons générée. Le projet de mémoire dont il est question vise à construire et valider un instrument de mesure des comportements de protection individuels en lien avec la sexualité et la consommation de substances psychoactives chez les jeunes adultes (18 à 25 ans). Votre contribution se ferait en deux temps. Dans une première étape, vous seriez invité-e-s à évaluer les questions déjà formulées qui vous seraient transmises par courriel ou par la poste, à votre convenance. Nous estimons la durée de cette étape à un maximum de 2h.

Dans un deuxième temps, vous seriez convié-e-s à une rencontre individuelle ou en petit groupe d'une durée approximative d'une heure, en personne ou via Skype, à un moment qui vous convienne, pour échanger sur le questionnaire et ses items. Si vous privilégiez la rencontre en personne, il nous fera plaisir de nous déplacer. Si cette rencontre est problématique, il serait possible qu'elle n'ait pas lieu. Vous comprendrez que cette situation ne serait pas optimale, mais veuillez être assurés que nous comprenons les défis auxquels vous êtes soumis. Nous estimons que le processus entier, incluant la lecture du questionnaire, la rédaction des commentaires et la rencontre de suivi devrait durer 3h30 au maximum.

Si vous désirez participer à ce projet, nous vous demandons d'identifier dans votre organisme un(e) ou des intervenant(es) ou personne(s) ressource(s) (pouvant être vous-même). Nous enverrons les consignes détaillées ainsi que le questionnaire à cette ou ces personne(s) afin qu'il(s)-elle(s) puisse(nt) en prendre connaissance et l'annoter. Par la suite, nous pourrions planifier la rencontre afin de d'échanger avec eux.

En espérant avoir la chance de bénéficier de votre expertise dans ce projet de recherche. N'hésitez pas à communiquer avec nous pour toute question ou information supplémentaire.

Veuillez agréer, Monsieur XXX, l'expression de mes salutations distinguées

Marie-Pier Grimard, B.A. Psychologie.

Candidate à la maîtrise en sexologie, sous la direction de Marie-Aude Boislard Ph.D.

Université du Québec à Montréal

grimard.maie-pier@courrier.uqam.ca

Sous la supervision de Marie-Aude Boislard Ph.D.

boislard-pepin.marie-aude@uqam.ca

Assistante de recherche : Jade Duquette

duquette.jade@courrier.uqam.ca

APPENDICE D

COURRIEL II AUX EXPERTS

Projet de recherche de Marie-Pier Grimard, B.A. Candidate à la maîtrise en sexologie :
grimard.marie-pier@courrier.uqam.ca

Skype : mp104m

Cellulaire (laissez un message) : 819-212-9008

Sous la supervision de Marie-Aude Boislard Ph.D.
boislard-pepin.marie-aude@uqam.ca

Assistante de recherche : Jade Duquette
duquette.jade@courrier.uqam.ca

Bonjour [Nom de la personne ressource],

Suite à notre dernier contact vous avez manifesté votre intérêt pour le projet de recherche de Marie-Pier Grimard, qui porte sur les comportements de protection individuels. Nous vous faisons parvenir aujourd'hui les documents qui vous permettront de participer à ce projet de recherche.

Vous trouverez donc en pièce jointe;

1- une copie du formulaire de consentement qui sera lue par les participants avant de remplir le questionnaire. (Cette pièce vous est fournie à titre indicatif seulement. Vous n'avez pas à l'évaluer.)

2- Les consignes et le document à remplir contenant les questions du questionnaire que vous pouvez évaluer.

Nous vous suggérons de bien enregistrer le document sur votre ordinateur, afin de pouvoir remplir le questionnaire et nous le retourner par courriel à l'adresse, duquette.jade@courrier.uqam.ca.

N'hésitez pas à communiquer avec nous pour toute question ou information supplémentaire.

Veuillez agréer, [Monsieur XXX], l'expression de mes salutations distinguées

Marie-Pier Grimard, B.A. Psychologie.

Candidate à la maîtrise en sexologie, sous la direction de Marie-Aude Boislard Ph.D.

Université du Québec à Montréal

grimard.maie-pier@courrier.uqam.ca

Sous la supervision de Marie-Aude Boislard Ph.D.

boislard-pepin.marie-aude@uqam.ca

Assistante de recherche : Jade Duquette

duquette.jade@courrier.uqam.ca

APPENDICE E

CONSIGNES AUX EXPERTS POUR PARTICIPATION AU PROJET « VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE SUR LES COMPORTEMENTS DE PROTECTION » VOLET CONSOMMATION



Université du Québec à Montréal, 7 mars 2014

Projet de recherche de Marie-Pier Grimard, B.A. Candidate à la maîtrise en sexologie
grimard.marie-pier@courrier.uqam.ca
Skype : mp104m
Cellulaire (laissez un message) : 819-212-9008

Sous la supervision de Marie-Aude Boislard Ph.D.
boislard-pepin.marie-aude@uqam.ca

Assistante de recherche : Jade Duquette
duquette.jade@courrier.uqam.ca

Objet : Consignes aux experts pour participation au projet « validation d'un questionnaire sur les comportements de protection ».

Bonjour XXX,

Si vous recevez aujourd'hui ce courriel, c'est que vous avez accepté de participer à mon projet de recherche sur les comportements de protection individuels. Laissez-moi d'abord vous en remercier. Vous recevez aujourd'hui la liste des items (le questionnaire) en lien avec votre expertise. Votre collaboration consiste à juger les items élaborés.

Étape 1

Dans un premier temps, nous vous proposons de lire chacun des items, et de remplir le tableau présent dans ce document.

Dans la première colonne, vous trouverez les items à évaluer. Pour ce faire, vous devez remplir la deuxième colonne en inscrivant un chiffre de 1 à 4, à savoir si la question est claire, si elle est bien formulée et si elle est pertinente.

La troisième colonne sert à laisser vos commentaires ou suggestions en ce qui a trait à l'item. Si vous ne le trouvez pas clair, vous pouvez par exemple proposer une formulation alternative qui vous semblerait plus adéquate.

Étape 2

Suite à votre première lecture, nous souhaiterions recueillir vos commentaires généraux sur le questionnaire, dans les cases prévues à cet effet.

Une fois le processus complété, auriez-vous l'obligeance de nous retourner le questionnaire avec vos commentaires, soit par courriel à Jade Duquette (duquette.jade@courrier.uqam.ca) ou par courrier avec l'enveloppe pré adressée et préaffranchie jointe à l'envoi (si vous avez choisi le format papier).

Suite à la lecture de vos commentaires, nous vous contacterons pour un court suivi et nous évaluerons la nécessité de vous rencontrer afin de discuter du questionnaire. Auriez-vous l'obligeance de nous transmettre par courriel (duquette.jade@courrier.uqam.ca) ou par téléphone (819-212-9008) vos disponibilités pour une rencontre d'environ une heure (en personne ou par skype), en indiquant :

- 1- Le nom et la fonction des intervenants qui seront présents.
- 2- Votre préférence pour une rencontre via skype, en personne dans les locaux de votre organisme (écrire l'adresse) ou à l'UQAM.

Nous vous remercions grandement pour le temps accordé à la réalisation de ce projet et demeurons disponibles pour toute question supplémentaire.

Veuillez agréer l'expression de nos meilleurs sentiments.

Cordialement,

Marie-Pier Grimard, B.A. Psychologie.

Candidate à la maîtrise en sexologie, sous la direction de Marie-Aude Boislard Ph.D.

Département de sexologie

Université du Québec à Montréal

Courriel : grimard.maie-pier@courrier.uqam.ca

Identifiant skype : mp104m

Téléphone : 819-212-9008

Les participants seront appelés à répondre à ces questions en choisissant la réponse la plus appropriée sur une échelle Likert à 5 points incluant les possibilités : jamais – à l’occasion – environ la moitié du temps – souvent – toujours. (N. B. Certains rares choix de réponses sont différents, par exemple : oui – non.)				
Items	Évaluation			Commentaires
	Inscrivez le chiffre qui correspond à votre avis :			COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS en lien avec cet item.
	Clair	Formulé adéquatement	Pertinent	
1 = pas du tout 3 = moyennement 2 = un peu 4 = tout à fait				
Les items suivant s’appliquent à la consommation d’alcool, de drogues ou de médicaments (avec ou sans ordonnance utilisés à des fins récréatives).				
1) Lorsque j’ai consommé de l’alcool la première fois, je le fais une personne qui en avait déjà consommée.				
2) Je sais avant de consommer par quel moyen je vais rentrer.				
3) Je consomme avec des gens en qui j’ai confiance.				
4) J’achète ce que je consomme de quelqu’un en qui j’ai confiance.				
5) Si je ne suis pas en mesure de conduire, j’ai un chauffeur désigné ou je prends un taxi.				
6) Je m’informe sur les risques associés aux substances que je consomme.				
7) J’évite de mélanger plusieurs substances.				

8) J'ai entré des numéros ICE (In Case of Emergency) dans mon téléphone cellulaire en cas d'urgence.					
9) Je m'hydrate suffisamment lorsque je consomme.					
10) Je mange bien avant de consommer.					
11) Je me renseigne <i>sur</i> les signes précurseurs d'une surdose.					
12) Je sais où téléphoner si j'ai besoin d'aide.					
13) Je traîne ma carte d'assurance-maladie sur moi.					

Items	Évaluation			Commentaires
	Inscrivez le chiffre qui correspond à votre avis : 1 = pas du tout 3 = moyennement 2 = un peu 4 = tout à fait			COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS en lien avec cet item.
	Clair	Formulé adéquatement	Pertinent	
14) Je commence en consommant de petites quantités et j'augmente graduellement la quantité.				
15) Je m'assure d'être dans un bon état d'esprit pour consommer.				
16) J'ai pris mes cours de premiers soins.				
17) Lorsque je consomme, je fais attention à ne pas faire de mouvements trop brusques, à ne pas me lever d'un coup sec.				
18) Je prends du temps pour me reposer avant un épisode de consommation.				
19) Je prends du temps pour me reposer après un épisode de consommation.				
20) Je consomme dans des lieux que je considère sécuritaires.				
21) J'utilise les transports en commun ou un service de accompagnement lorsque possible (p. ex: opération Nez Rouge, Tolérance Zéro, Point Zéro Huit, taxi).				

22) J'informe mon médecin de ma consommation.					
23) Lorsque questionné par un professionnel de la santé à propos de ma consommation, je dis la vérité.					
24) J'évite de consommer seul(e).					
25) J'évite de consommer sous le coup d'une émotion.					
26) J'évite d'acheter ce que je consomme (incluant l'alcool) de quelqu'un que je ne connais pas ou <i>en qui je n'ai pas confiance.</i>					
27) Je ne vais pas dans un lieu de consommation (bar, party) sans avertir au moins une personne.					

Items	Évaluation			Commentaires
	Inscrivez le chiffre qui correspond à votre avis : 1 = pas du tout 3 = moyennement 2 = un peu 4 = tout à fait			COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS en lien avec cet item.
	Clair	Formulé adéquatement	Pertinent	
28) J'évite de consommer de l'alcool avec un tampon imbibé que j'insère dans mon vagin ou mon anus.				
Les items suivant s'appliquent aux substances ingérées (bues) une substance psychoactive (INCLUANT l'alcool).				
30) J'évite de partager mon verre.				
31) J'évite de boire dans le même verre que quelqu'un d'autre.				
32) J'évite de laisser mon verre sans surveillance.				
33) J'évite de boire les verres ou bouteilles ouvertes offerts par quelqu'un que je ne connais pas.				
Les items suivant s'appliquent à la consommation de drogues ou de médicaments (avec ou sans ordonnance utilisés à des fins récréatives) EXCLUANT l'alcool.				
35) Lorsque je prends une nouvelle substance, je le				

fais avec quelqu'un qui en a déjà consommé.					
36) Je fais tester mes substances.					
37) J'ai ma propre trousse d'analyse de substances (« kit de testing »).					
Les items suivant s'appliquent aux substances ingérées (mangées, avalées).					
39) Lorsque j'avale une substance, je le fais avec de l'eau ou un liquide non-alcoolisé.					

Items	Évaluation			Commentaires
	Inscrivez le chiffre qui correspond à votre avis : 1 = pas du tout 3 = moyennement 2 = un peu 4 = tout à fait			
	Clair	Formulé adéquatement	Pertinent	COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS en lien avec cet item.
40) Je mets ce que j'avale dans du papier (baluchon, parachute) pour éviter les dommages à la bouche et la gorge.				
41) Je prends des médicaments (ex: tums, rolaids, malox, etc.) pour diminuer l'acidité dans le conduit digestif.				
42) J'évite de croquer les comprimés ou pilules lorsque je les consomme ou pour séparer la dose.				
43) J'évite de consommer l'estomac vide.				
Les items suivant s'appliquent aux substances fumées.				
45) Si j'utilise une bouteille (recueillir la fumée des substances dans une bouteille pour en aspirer le contenu), je fais attention à ce que la bouteille soit bien sèche.				
46) J'ouvre les fenêtres pour éviter une trop grande exposition à la fumée secondaire.				

COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS
en lien avec cet item.

47) Je change fréquemment mon matériel de consommation pour du neuf / propre (ex : bouteille à pook, pipes, etc).					
48) J'entretiens, je lave, je désinfecte mon matériel de consommation (ex : bouteille à pook, pipes, etc).					
49) J'utilise un filtre lorsque je fume une substance.					
50) J'évite d'utiliser une pipe en plastique.					
51) J'évite de partager le joint, la pipe ou le « bong » de quelqu'un d'autre.					

Items	Évaluation			Commentaires
	Inscrivez le chiffre qui correspond à votre avis : 1 = pas du tout 3 = moyennement 2 = un peu 4 = tout à fait	Clair	Pertinent	
Les items suivant s'appliquent aux substances inhalées (« sniffées »).				
53) Je prépare ce que je vais inhaler (« sniffer ») <i>sur une surface propre.</i>				
54) Je change fréquemment mon matériel de consommation pour du neuf / propre (ex : paille, etc).				
55) J'utilise ma propre paille (ou autre) pour inhaler (« sniffer »).				
56) J'évite d'utiliser un billet de banque ou quelque chose de sale ou de coupant pour inhaler (« sniffer »).				
57) Je rince mes narines après avoir inhalé (« sniffé »).				
58) Je change de paille (ou autre) pour éviter de mélanger 2 substances différentes.				
59) J'utilise un papier propre pour faire une paille et je le jette ensuite.				

COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS
en lien avec cet item.

60) J'alterne de narine lorsque j'inhale (« sniffe »).					
61) J'utilise une crème ou un gel pour hydrater mes narines et faciliter la cicatrisation après avoir inhalé (sniffé).					
62) J'évite d'utiliser la paille (ou autre) de quelqu'un d'autre.					

Items	Évaluation			Commentaires
	Inscrivez le chiffre qui correspond à votre avis : 1 = pas du tout 3 = moyennement 2 = un peu 4 = tout à fait			COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS en lien avec cet item.
	Clair	Formulé adéquatement	Pertinent	
Les items suivant s'appliquent aux substances injectées.				
64) Je désinfecte le site d'injection (ex: bras) avant de m'injecter.				
65) J'utilise ma propre seringue.				
66) J'utilise une seringue neuve ou propre à chaque injection.				
67) J'utilise mon propre matériel (ex: cuillère, filtre, etc).				
68) J'utilise de l'eau propre pour diluer la substance.				
69) J'utilise un programme d'échange de seringues.				
70) Je dispose de mes seringues de façon sécuritaire (p. ex. : remettre le capuchon sur l'aiguille).				
71) J'utilise un contenant à seringue pour me débarrasser de mes seringues utilisées.				
72) Je désinfecte le matériel que j'utilise (p. ex:				

COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS
en lien avec cet item.

cuillère).					
73) Quelqu'un m'a montré comment faire une injection la première fois.					
74) Je me suis informé sur les techniques d'injections.					
75) Je change de point d'injection à chaque injection.					
76) J'utilise un garrot pour mieux visualiser mes veines.					
77) Je m'injecte dans le sens de la circulation sanguine.					
78) Je m'injecte dans un membre (ex : bras, jambe, etc.) plutôt qu'à des endroits plus dangereux (ex : œil, bouche, etc.)					

Items	Évaluation			Commentaires
	Inscrivez le chiffre qui correspond à votre avis : 1 = pas du tout 3 = moyennement 2 = un peu 4 = tout à fait			
	Clair	Formulé adéquatement	Pertinent	
79) Si une plaie apparaîtrait après une injection, je la désinfecte et la couvre avec un diachylon (« plaster »).				COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS en lien avec cet item.
Tous les participants termineront avec ces deux items.				
80) J'évite de passer une nuit complète à ne pas dormir.				
81) J'évite de consommer deux jour de suite ou le lendemain d'un épisode de consommation.				

Quels commentaires généraux ou suggestions avez-vous en ce qui a trait au questionnaire?

Si vous aviez à enlever 3 items, lesquels serait-ce? Pourquoi?

Quelle(s) question(s) pertinente(s) vous semble(nt) absente(s) du questionnaire dans sa forme actuelle?

Nous souhaitons vous remercier du temps et de l'énergie investis. Sachez que votre évaluation et vos commentaires sont précieux et seront pris en considérations dans le but de construire un instrument de mesure le plus efficace possible.

Marie-Pier Grimard, B.A. Psychologie.

Candidate à la maîtrise en sexologie, sous la direction de Marie-Aude Boislard Ph.D.

Département de sexologie

Université du Québec à Montréal

Courriel : grimard.maie-pier@courrier.uqam.ca

Identifiant skype : mp104m

Téléphone : 819-212-9008

APPENDICE F

CONSIGNES AUX EXPERTS POUR PARTICIPATION AU PROJET « VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE SUR LES COMPORTEMENTS DE PROTECTION » VOLET SEXUALITÉ



Université du Québec à Montréal, 7 mars 2014

Projet de recherche de Marie-Pier Grimard, B.A. Candidate à la maîtrise en sexologie
grimard.marie-pier@courrier.uqam.ca
Skype : mp104m
Cellulaire (laissez un message) : 819-212-9008

Sous la supervision de Marie-Aude Boislard Ph.D.
boislard-pepin.marie-aude@uqam.ca

Assistante de recherche : Jade Duquette
duquette.jade@courrier.uqam.ca

Objet : Consignes aux experts pour participation au projet « validation d'un questionnaire sur les comportements de protection ».

Bonjour XXX,

Si vous recevez aujourd'hui ce courriel, c'est que vous avez accepté de participer à mon projet de recherche sur les comportements de protection individuels. Laissez-moi d'abord vous en remercier. Vous recevez aujourd'hui la liste des items (le questionnaire) en lien avec votre expertise. Votre collaboration consiste à juger les items élaborés.

Étape 1

Dans un premier temps, nous vous proposons de lire chacun des items, et de remplir le tableau présent dans ce document.

Dans la première colonne, vous trouverez les items à évaluer. Pour ce faire, vous devez remplir la deuxième colonne en inscrivant un chiffre de 1 à 4, à savoir si la question est claire, si elle est bien formulée et si elle est pertinente.

La troisième colonne sert à laisser vos commentaires ou suggestions en ce qui a trait à l'item. Si vous ne le trouvez pas clair, vous pouvez par exemple proposer une formulation alternative qui vous semblerait plus adéquate.

Étape 2

Suite à votre première lecture, nous souhaiterions recueillir vos commentaires généraux sur le questionnaire, dans les cases prévues à cet effet.

Une fois le processus complété, auriez-vous l'obligeance de nous retourner le questionnaire avec vos commentaires, soit par courriel à Jade Duquette (duquette.jade@courrier.uqam.ca) ou par courrier avec l'enveloppe pré adressée et préaffranchie jointe à l'envoi (si vous avez choisi le format papier).

Suite à la lecture de vos commentaires, nous vous contacterons pour un court suivi et nous évaluerons la nécessité de vous rencontrer afin de discuter du questionnaire. Auriez-vous l'obligeance de nous transmettre par courriel (duquette.jade@courrier.uqam.ca) ou par téléphone (819-212-9008) vos disponibilités pour une rencontre d'environ une heure (en personne ou par skype), en indiquant :

- 1- Le nom et la fonction des intervenants qui seront présents.
- 2- Votre préférence pour une rencontre via skype, en personne dans les locaux de votre organisme (écrire l'adresse) ou à l'UQAM.

Nous vous remercions grandement pour le temps accordé à la réalisation de ce projet et demeurons disponibles pour toute question supplémentaire.

Veuillez agréer l'expression de nos meilleurs sentiments.

Cordialement,

Marie-Pier Grimard, B.A. Psychologie.
Candidate à la maîtrise en sexologie, sous la direction de Marie-Aude Boislard Ph.D.
Département de sexologie
Université du Québec à Montréal
Courriel : grimard.maie-pier@courrier.uqam.ca
Identifiant skype : mp104m
Téléphone : 819-212-9008

Les termes "relation sexuelle" font référence à toutes les activités sexuelles impliquant des contacts génitaux (oral, vaginal, anal ou de masturbation mutuelle dénudée) avec un(e) partenaire. Le terme partenaire(s) signifie : « personne avec laquelle on a une ou des relations sexuelles ».

♀ s'applique uniquement aux femmes.

♂ s'applique uniquement aux hommes.

♦ s'applique aux participant(e)s ayant répondu autre chose que « jamais » à la question 9 du questionnaire sociodémographique : « À quelle fréquence passez-vous un test de dépistage des ITSS (Infections transmises sexuellement et par le sang; ex : gonorrhée, chlamydia, herpès génital, etc.)? »

♣ s'applique aux participant(e)s ayant répondu « oui » à la question 10 du questionnaire sociodémographique : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà reçu un diagnostic positif d'ITSS (Infection transmise sexuellement et par le sang; ex : gonorrhée, chlamydia, herpès génital, etc.)? »

Items	Évaluation			Commentaires
	Clair	Formulé adéquatement	Pertinent	
Inscrivez le chiffre qui correspond à votre avis :	1 = pas du tout 2 = un peu 3 = moyennement 4 = tout à fait			COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS en lien avec cet item.
Les items suivants s'adressent à toutes les personnes ayant déjà eu une relation sexuelle avec une femme.				
16) J'évite les relations sexuelles sans protection pendant les menstruations.				
17) J'évite d'avoir une relation sexuelle avec une femme qui ne veut pas utiliser de protection lorsque je lui indique que je souhaiterais que nous utilisions cette protection.				
18) Lorsque ma partenaire a une infection vaginale, je fais, moi aussi, un traitement.				

Les items suivants s'adressent à toutes les personnes ayant déjà eu une relation sexuelle INCLUANT DES CONTACTS ORAUX avec une femme.					
20) J'évite de faire un <u>cunnilingus</u> (sexe oral) sans protection (digue dentaire ou autre pellicule protectrice) à ma partenaire.					
21) J'utilise une digue dentaire (ou autre pellicule protectrice) pour les contacts <u>bucco anaux</u> (bouche avec anus) avec une femme.					
Les items suivants s'adressent à toutes les personnes ayant déjà eu une relation sexuelle INCLUANT DES CONTACTS ANAUX avec une femme.					
23) Lors de pratiques sexuelles anales, j'utilise du lubrifiant.					
24) Lors de pratiques sexuelles anales, j'utilise un préservatif (ex: condom, digue dentaire, etc.).					
Les items suivants s'adressent à toutes les personnes ayant déjà eu une relation sexuelle avec un homme.					
26) J'évite d'avoir une relation sexuelle avec un homme qui ne veut pas utiliser le condom lorsque je lui indique que <i>je souhaiterais que nous utilisions cette protection.</i>					
27) J'utilise une autre méthode contraceptive que le condom (ex: contraceptif oral, spermicide, etc.).					
28) Lorsque j'ai une infection vaginale je suggère à mon partenaire de suivre le traitement.					
Les items suivants s'adressent à toutes les personnes ayant déjà eu une relation sexuelle INCLUANT DES CONTACTS ORAUX avec un homme.					
30) Lorsque je fais une fellation (sexe oral), j'utilise un condom.					
31) J'évite d'avaler du sperme.					
32) J'utilise une digue dentaire (ou autre pellicule protectrice) pour les contacts bucco anaux (bouche avec anus) avec un homme.					
Inscrivez le chiffre qui correspond à votre avis :	1 = pas du tout	2 = un peu	3 = moyennement	4 = tout à fait	COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS en lien avec cet item.

Clair	Formulé adéquatement	Pertinent	
Les items suivants s'adressent à toutes les personnes ayant déjà eu une relation sexuelle INCLUANT DES CONTACTS ANAUX avec un homme.			
34) Lors de pénétrations anales, j'utilise du lubrifiant.			
35) Lors de pratiques sexuelles anales, j'utilise un préservatif (ex: condom, dique dentaire, etc.).			
Les items suivants s'adressent à toutes les personnes ayant déjà utilisé un condom.			
37) Je vérifie la date d'expiration avant d'utiliser un condom.			
38) J'entrepose mes condoms dans des conditions adéquates.			
39) Je vérifie que le condom n'est pas percé après une relation sexuelle avec condom.			
40) Je mets le condom en pinçant bien l'embout avant de le dérouler.			
41) Je déroule le condom jusqu'à la base du pénis avant la pénétration (anale ou vaginale).			
42) J'évite (ou je m'assure que mon partenaire évite) de mettre un condom après avoir commencé la pénétration (anale ou vaginale).			
43) Avec le condom, j'utilise un lubrifiant à base d'eau.			
44) Je me suis déjà informé(e) sur la bonne façon de mettre un condom, et j'utilise cette méthode.			
45) Je vérifie que le condom n'est pas endommagé avant de l'utiliser lors d'une relation sexuelle.			
Les items suivants s'adressent à toutes les personnes ayant déjà eu une relation sexuelle NON PROTÉGÉE avec un(e) partenaire.			
♦47) Avant d'avoir une relation sexuelle non protégée, je passe un test de dépistage (ITSS).			
48) Avant d'avoir une relation sexuelle non protégée, je			

suggère à ma/mon/mes partenaire(s) de passer un test de dépistage (ITSS).					
♦49) J'attends d'avoir les résultats de mon test de dépistage (ITSS) avant d'avoir une relation sexuelle non protégée.					
50) J'attends d'avoir les résultats de ma/mon partenaire au test de dépistage (ITSS) avant d'avoir une relation sexuelle non protégée.					
Les items suivants s'adressent à toutes les personnes faisant fais de l'herpès buccal (feux sauvage) ou génital, ou ayant déjà eu un/une partenaire qui en faisait.					
52) J'évite tous rapports sexuels quand ma/mon partenaire ou moi avons des symptômes d'herpès buccal ou génital.					
53) J'évite le sexe oral avec quelqu'un qui a un feu sauvage.					
54) Si ma/mon partenaire ou moi sommes porteurs de l'herpès (buccal ou génital), nous utilisons un préservatif (ex: condom, digue dentaire, etc.) lors des rapports bucco-génitaux même s'il n'y a pas de symptômes (p.ex.: boutons) visibles.					
55) Si ma partenaire ou moi sommes porteuses de l'herpès (buccal ou génital), nous utilisons une digue dentaire (pellicule protectrice) lors des rapports bucco-anaux même s'il n'y a pas de symptômes (ex: boutons) visibles.					
Les items suivants s'adressent à toutes les personnes ayant déjà utilisé des jouets/objets lors de relations sexuelles avec ma/mon partenaire.					
57) Lorsque ma/mon partenaire et moi utilisons des jouets/objets sexuels, nous nous assurons qu'ils aient été désinfectés entre chaque utilisation.					
58) Lorsque ma/mon partenaire et moi utilisons des jouets/objets sexuels, nous utilisons du lubrifiant.					
59) Lorsque j'utilise un objet/jouet avec plusieurs partenaires, nous utilisons un condom différent pour chaque personne ou désinfectons l'objet/jouet entre chaque personne.					
Inscrivez le chiffre qui correspond à votre avis :	1 = pas du tout	2 = un peu	3 = moyennement	4 = tout à fait	COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS en lien avec cet item.

	Clair	Formulé adéquatement	Pertinent	
Les items suivants portent sur la santé sexuelle.				
60) J'ai des condoms ou digues dentaires (pellicule protectrice) sur moi (poches, sacoches, portefeuille, etc.).				
61) J'ai des condoms ou digues dentaires chez moi.				
62) J'évite d'embrasser quelqu'un qui a un feu sauvage.				
63) J'évite d'utiliser de la vaseline ou de l'huile comme lubrifiant substitut.				
64) J'évite d'avoir des rapports sexuels avec plusieurs partenaires en même temps.				
65) J'évite de consommer de l'alcool et/ou de la drogue avant ou pendant une relation sexuelle.				
66) J'évite d'avoir des relations sexuelles avec des gens qui sont sous l'effet de l'alcool et/ou de la drogue.				
67) J'évite de cacher de l'information à mon médecin lorsqu'il me pose des questions sur ma sexualité.				
68) Lorsque je suis questionné(e) par un(e) professionnel(le) de la santé (infirmier(ère), psychologue, pharmacien(ne), etc.) à propos de ma sexualité, je dis la vérité.				
69) Je me lave bien les mains après une relation sexuelle.				
70) J'ai des relations sexuelles seulement si je fais confiance à l'autre personne.				
71) J'ai des relations sexuelles seulement si j'ai une entente d'exclusivité avec ma/mon partenaire.				
72) Je connais le passé sexuel de ma/mon partenaire.				
73) Avant d'avoir une première relation sexuelle avec une nouvelle partenaire, je demande à ma partenaire si elle a				

une ITSS.						
74) Je pratique le dry humping (frotter ses organes génitaux l'un sur l'autre sans enlever tous les vêtements) avec ma partenaire lorsqu'il y a un risque de contracter une ITSS ou lors des menstruations.						
75) J'évite d'avoir des relations sexuelles avec quelqu'un qui a des lésions visibles sur les organes génitaux.						
76) J'évite les rapports sexuels si j'ai de l'irritation ou de l'inflammation au niveau des organes génitaux.						
77) J'accepte de répondre et je dis la vérité lorsque ma/mon partenaire me pose des questions sur ma sexualité.						
♀ 78) J'ai reçu le vaccin contre le VPH (Virus du Papillome Humain).						
♀ 79) Je refuse que ma/mon partenaire me fasse un cunnilingus (sexe oral) sans protection (digue dentaire).						
♂ 80) Je refuse que ma partenaire me fasse une fellation (sexe oral) sans protection (condom).						
♣ 81) Si ma/mon partenaire actuel(le) m'informe qu'il /elle a une ITSS, je vais me faire tester.						
♣ 82) Si un(e) ancien(ne) partenaire m'informe qu'il/elle a une ITSS, je vais me faire tester.						
♣ 83) Lorsque j'ai un diagnostic d'ITSS, je suis le traitement au complet et tel que prescrit par le médecin.						
♣ 84) J'avertis ma/mon/mes partenaire(s) sexuel(les) actuel(les) si j'obtiens un résultat positif à un test de dépistage (ITSS).						
♣ 85) J'avertis ma/mon/mes partenaire(s) sexuel(les) passé(es) si j'obtiens un résultat positif à un test de dépistage (ITSS).						
Inscrivez le chiffre qui correspond à votre avis :	1 = pas du tout	2 = un peu	3 = moyennement	4 = tout à fait		
	Clair	Formulé adéquatement	Pertinent			
COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS en lien avec cet item.						
Les items suivants s'adressent à toutes les personnes ayant déjà utilisé des pratiques d'asphyxie, de						

strangulation, etc. pour leur plaisir sexuel.					
87) J'évite les pratiques sexuelles qui incluent de l'asphyxie, de la strangulation, etc. lorsque je suis seul(e).					
88) J'établi les pratiques sexuelles qui incluent l'asphyxie, la strangulation, etc. qui sont acceptées avec ma/mon partenaire avant de débiter ces pratiques.					
<u>Les questions suivantes portent sur la masturbation lorsque vous êtes seul(e). Les questions NE font PAS référence à la masturbation mutuelle avec un(e) partenaire.</u>					
Les items suivants s'adressent à toutes les personnes s'étant déjà masturbé(e) sans utiliser de jouets sexuels.					
90) Pour éviter l'irritation, j'utilise du lubrifiant lorsque je me masturbe (sans utiliser un jouet sexuel).					
91) Lorsque je me masturbe (sans utiliser un jouet sexuel), j'évite le contact du sperme/des sécrétions vaginales avec mon visage.					
92) Lorsque je me masturbe (sans utiliser un jouet sexuel), j'évite les contacts avec d'autres muqueuses (p.ex.: bouche, yeux).					
Les items suivants s'adressent à toutes les personnes s'étant déjà masturbé(e) en utilisant un jouet sexuel.					
94) Je lave adéquatement mes jouets/objets sexuels après chaque utilisation.					
95) Après avoir mis un objet/jouet dans un orifice, j'évite les contacts avec les autres muqueuses (p.ex.: vagin, anus, etc.)					
96) Lorsque je suis seul(e) et que j'utilise des objets/jouets sexuels, j'utilise un lubrifiant.					
97) Lorsque je choisis des jouets/objets sexuels, je m'assure qu'ils ne présentent pas de risque de blessure.					
98) Avant d'utiliser des jouets/objets sexuels, je m'assure qu'ils ne sont pas endommagés ou défectueux.					

99) Lorsque j'utilise un jouet/objet sexuel, j'évite un usage abusif qui peut désensibiliser certaines zones érogènes et rendre l'atteinte de l'orgasme plus difficile avec un(e) partenaire					
Les items suivants s'adressent à toutes les personnes qui auront déclaré avec eu des relations sexuelles avec un homme ET une femme dans le questionnaire socio-démographique.					
100) Je pense que je prends plus de risques lorsque ma partenaire est une femme. Oui Non J'en prends autant, peu importe le sexe du partenaire					
101) Je pense que je prends plus de risques lorsque mon partenaire est un homme. Oui Non J'en prends autant, peu importe le sexe du partenaire					

Quels commentaires généraux ou suggestions avez-vous en ce qui a trait au questionnaire?

Si vous aviez à enlever 3 items, lesquels serait-ce? Pourquoi?

Quelle(s) question(s) pertinente(s) vous semble(nt) absente(s) du questionnaire dans sa forme actuelle?

Nous souhaitons vous remercier du temps et de l'énergie investis. Sachez que votre évaluation et vos commentaires sont précieux et seront pris en considérations dans le but de construire un instrument de mesure le plus efficace possible.

Marie-Pier Grimaud, B.A. Psychologie.
Candidate à la maîtrise en sexologie, sous la direction de Marie-Aude Boislard Ph.D.
Département de sexologie
Université du Québec à Montréal
Courriel : grimaud.maie-pier@courrier.uqam.ca
Identifiant skype : mp104m
Téléphone : 819-212-9008

APPENDICE G

LETTRE DE REMERCIEMENT AUX EXPERTS

Bonjour,

Le présent message est pour souligner votre récente participation en tant qu'expert pour le projet de maîtrise de Marie-Pier Grimard.

Votre expertise en [réduction des méfaits/ connaissance du milieu X/ auprès d'une clientèle X, consommation de substances psychoactives – sexualité à risque – prévention ou connaissance des ITSS] a permis de contribuer à la validité de cet instrument de mesure sur les comportements de protection individuels en lien avec [la sexualité et la consommation de substances psychoactives] chez les jeunes adultes. La liste d'items qui vous a été transmise s'en trouve assurément bonifiée, ce qui est sans aucun doute très apprécié.

Vos commentaires et recommandations auront servi à faire avancer ce projet et seront assurément pris en considération.

Nous vous remercions du temps et des efforts précieux que vous avez fournis en lien avec ce projet et nous en sommes reconnaissants.

Cordialement,

Marie-Pier Grimard, B.A. Psychologie.

Candidate à la maîtrise en sexologie, sous la direction de Marie-Aude Boislard Ph.D.

Université du Québec à Montréal

grimard.maie-pier@courrier.uqam.ca

Sous la supervision de Marie-Aude Boislard Ph.D.

boislard-pepin.marie-aude@uqam.ca

Assistante de recherche : Jade Duquette

duquette.jade@courrier.uqam.ca

APPENDICE H

LISTE DES ITEMS RETENUS POUR LES ÉCHELLES DE SCP LIÉES À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Indiquez à quelle fréquence vous utilisez cette stratégie comportementale de protection.

1) J'évite de consommer seul.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
2) J'évite de consommer deux jours de suite.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
3) Si je ne suis pas en mesure de conduire, j'ai un chauffeur désigné ou je prends un taxi.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
4) J'évite de consommer sous le coup d'une émotion.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
5) J'utilise les transports en commun ou un service de raccompagnement lorsque nécessaire.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
6) J'avertis au moins une personne lorsque je vais dans un lieu de consommation.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
7) J'évite d'acheter ce que je consomme de quelqu'un que je ne connais pas ou en qui je n'ai pas confiance.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
8) Je m'informe sur les risques associés aux substances que je consomme.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
9) Je me suis renseigné(e) sur les signes précurseurs d'une surdose des substances que je consomme.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours

10) Je m'hydrate abondamment lorsque je consomme.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
11) Je mange avant de consommer.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
12) J'évite de partager mon verre ou ma bouteille.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
13) J'évite de boire dans le même verre ou la même bouteille que quelqu'un d'autre.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
14) J'évite de laisser mon verre ou ma bouteille sans surveillance.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
15) J'évite de boire les verres ou bouteilles ouvertes offert(e)s par quelqu'un que je ne connais pas.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
16) J'ouvre les fenêtres pour éviter une trop grande exposition à la fumée secondaire.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
17) J'évite d'utiliser une pipe en plastique.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
18) Je change fréquemment mon matériel de consommation pour du neuf / propre.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
19) J'évite de partager le joint, la pipe ou le « bong » de quelqu'un d'autre.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
20) J'utilise un papier propre pour faire une paille et je le jette ensuite.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
21) Je change de paille pour éviter de mélanger 2 substances différentes.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
22) J'évite d'utiliser la paille (ou autre) de quelqu'un d'autre.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
23) J'évite d'utiliser un billet de banque ou quelque chose de sale ou de coupant pour inhaler.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours

24) J'utilise ma propre paille pour inhaler.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
25) Je change fréquemment mon matériel de consommation pour du neuf / stérile.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
26) Je prépare ce que je vais inhaler sur une surface propre.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
27) J'alterne de narine lorsque j'inhale.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours

APPENDICE I

LISTE DES ITEMS RETENUS POUR LES ÉCHELLES DE SCP LIÉES À LA SEXUALITÉ

Indiquez à quelle fréquence vous utilisez cette stratégie comportementale de protection.

1) Je connais le passé sexuel de mes partenaires.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
2) J'ai des relations sexuelles seulement avec les partenaires avec qui j'ai une entente d'exclusivité sexuelle.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
3) J'ai des relations sexuelles seulement si je fais confiance à mes partenaire	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
4) J'évite d'avoir des rapports sexuels avec plusieurs partenaires au cours d'une même occasion.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
5) Je me lave bien les mains avant une relation sexuelle.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
6) Je me lave bien les mains après une relation sexuelle.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
7) Je m'assure que mes ongles sont propres et qu'ils ne blesseront pas mes partenaires.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
8) J'évite d'avoir des relations sexuelles avec des gens qui sont sous l'effet de l'alcool et/ou de la drogue.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
9) J'évite de consommer de l'alcool et/ou de la drogue avant ou pendant une relation sexuelle.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
10) J'utilise une digue dentaire (ou autre pellicule protectrice) lorsque	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours

je donne un anulingus (contacts bucco anaux, bouche avec anus) à mes partenaires.					
11) Je demande à mes partenaires d'utiliser une digue dentaire (ou autre pellicule protectrice) lorsque je reçois un anulingus (contacts bucco anaux, bouche avec anus).	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
12) J'évite de faire un cunnilingus (sexe oral, bouche avec vulve) ou une fellation (sexe oral, bouche avec pénis) sans protection (condom, digue dentaire ou autre pellicule protectrice) à mes partenaires.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
13) Je déroule le condom jusqu'à la base du pénis avant la pénétration.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
14) Je mets le condom en pinçant bien l'embout avant de le dérouler.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
15) Je vérifie que le condom n'est pas endommagé avant de l'utiliser lors d'une relation sexuelle.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
16) Je m'assure que le condom soit installé avant de débiter toute pénétration.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
17) J'entrepose mes condoms dans des conditions adéquates.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
18) Je m'assure que le condom n'est pas perforé après une relation sexuelle protégée.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
19) Je vérifie la date d'expiration avant d'utiliser un condom.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
20) Avant d'avoir une relation sexuelle non protégée avec de nouveaux partenaires, j'attends d'avoir les résultats de mon test de dépistage	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours

21) Avant d'avoir une relation sexuelle non protégée avec de nouveaux partenaires, j'attends d'avoir les résultats de mes partenaires.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
22) Avant d'avoir une relation sexuelle non protégée avec de nouveaux partenaires, je m'assure qu'ils (elles) passent un test de dépistage.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
23) Avant d'avoir une relation sexuelle non protégée avec de nouveaux partenaires, je passe un test de dépistage.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
24) Lorsque mes partenaires et moi utilisons des jouets/objets sexuels, nous nous assurons qu'ils aient été désinfectés entre chaque utilisation.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
25) Lorsque j'utilise un objet/jouet avec plusieurs partenaires, nous utilisons un condom différent pour chaque personne ou désinfectons l'objet/jouet entre chaque personne.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
26) Lorsque mes partenaires et moi utilisons des jouets/objets sexuels, nous utilisons du lubrifiant.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
27) Lorsque je me masturbe (sans utiliser de jouet sexuel), j'évite les contacts entre plusieurs muqueuses (p.ex.: bouche, anus).	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
28) Lorsque je me masturbe (sans utiliser de jouet sexuel), j'évite le contact du sperme/des sécrétions vaginales avec mon visage.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
29) J'évite qu'un objet/jouet entre en contact avec plusieurs muqueuses (p.ex.: vagin, anus, etc.)	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours

pour éviter la propagation d'une ITSS.					
30) Lorsque je suis seul(e) et que j'utilise des objets/jouets sexuels, j'utilise un lubrifiant.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
31) Pour éviter l'irritation, j'utilise du lubrifiant lorsque je me masturbe (sans utiliser de jouet sexuel).	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
32) Avant d'utiliser des jouets/objets sexuels, je m'assure qu'ils ne sont pas endommagés ou défectueux.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
33) Lorsque je choisis des jouets/objets sexuels, je m'assure qu'ils ne présentent pas de risque de blessure.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
34) Avant l'utilisation d'une pratique sexuelle alternative, mes partenaires et moi avons discuté de la pratique et avons établi des limites.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
35) Avant l'utilisation d'une pratique sexuelle alternative, mes partenaires et moi nous sommes informés sur la pratique et les façons sécuritaires de l'expérimenter.	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours
36) Avant l'utilisation d'une pratique sexuelle alternative, mes partenaires et moi avons établi un « safe word ».	Jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	Souvent	Toujours

APPENDICE J

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT EN LIGNE

Titre du projet

Élaboration et validation d'un instrument de mesure des comportements de protection associés aux conduites sexuelles et à la consommation de substances psychoactives.

Personnes responsables du projet

Le projet est réalisé dans le cadre du mémoire de maîtrise de Marie-Pier Grimard, B.A., étudiante à la maîtrise en sexologie à l'UQAM. Marie-Aude Boislard, Ph.D., professeure au Département de sexologie de l'UQAM dirige ce projet. Vous pouvez rejoindre Marie-Aude Boislard au numéro de téléphone 514-987-3000, poste 4505, pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

Objectif du projet

L'objectif de ce projet est de produire un questionnaire qui permettra de mesurer les comportements de protection associés à la sexualité et à la consommation de substances psychoactives chez les jeunes adultes.

Raison et nature de la participation

Nous vous demandons votre participation en remplissant un questionnaire d'une durée moyenne de 30 minutes. **Vous devez avoir entre 18 ans et 25 ans inclusivement pour participer.** Le questionnaire devra être complété en une seule fois, puisqu'aucune des informations recueillies ne permet de faire le lien entre les réponses données par un participant d'une fois à l'autre.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche vous permettra d'être exposés à plusieurs comportements de protection, ce qui pourrait augmenter votre propre répertoire. Ce faisant, vous contribuerez également à l'avancement des connaissances et ainsi, à l'amélioration des services offerts aux adultes émergents.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

La participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, outre le fait de donner de votre temps. Il est aussi possible que vous ressentiez un certain malaise. Si vous ressentez un tel malaise, vous êtes invités à téléphoner au Dr Marie-Aude Boislard, qui pourra vous orienter vers des ressources professionnelles. Vous pouvez également consulter les sites internet masexualite.ca et gripmontreal.org comme source fiable d'informations sur la sexualité et la consommation de substances psychoactives.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous demeurez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre des informations sociodémographiques (p. ex., sexe, âge), ainsi que les questionnaires que vous remplirez. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, votre nom, ou tout autre renseignement susceptible de vous identifier, ne sera pas associé à vos réponses au questionnaire. Étant donné la nature sensible de certaines questions, une mesure additionnelle sera prise par les chercheurs pour assurer aux participants que leurs données ne soient pas liées à leur identité personnelle. De façon spécifique, le questionnaire sera configuré de façon à ce que la plateforme *LimeSurvey* ne conserve pas l'adresse IP de l'ordinateur utilisé pour compléter le questionnaire. Cette mesure permet aux chercheurs d'assurer aux participants que leurs données ne puissent être retraçables par qui que ce soit.

Les données seront utilisées à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche. Ces données pourront être publiées dans des journaux ou présentées lors de congrès scientifiques, en s'assurant qu'aucune information ne permette d'identifier les participants. Les données recueillies seront protégées par un mot de passe, et conservées pour une période n'excédant la durée de l'étude. Par la suite, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans la documentation produite.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan éthique par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains pour les projets étudiants (CERPÉ) de

la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPÉ, Anick Bergeron, au 514 987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante: bergeron.anick@uqam.ca.

Signature électronique

- J'ai lu et compris les informations précédentes.
- Je consens volontairement et librement à participer à ce projet de recherche.
- Je sais que mes réponses seront traitées anonymement.

Vous êtes invité à imprimer le formulaire si vous souhaitez en garder une copie.

En cliquant sur « suivant », j'accepte ces conditions et j'accepte de répondre au questionnaire.

RÉFÉRENCES

- Adès, J., & Lejoyeux, M. (2004). Conduites de risque. *EMC - Psychiatrie*, 1, 201–215. <http://doi.org/10.1016/j.emcps.2004.03.003>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <http://doi.org/10.1037//0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2005). The Developmental Context of Substance use in Emerging Adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235–254. <http://doi.org/10.1177/002204260503500202>
- Arnett, J. J., Kloep, M., Hendry, L. B., & Tanner, J. L. (2011). *Debating Emerging Adulthood*. Oxford University Press. <http://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199757176.001.0001>
- Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2007). *Neurosciences : À la découverte du cerveau : 3e édition* (Pradel).
- Beauchet, A., Fauchet, C., & Degremont, M. (2011a). *Pratiques et représentations des substances psychoactives dans les événements festifs et érotico-sexuels en Haute-Savoie*.
- Beauchet, A., Fauchet, C., & Degremont, M. (2011b). *Pratiques et représentations du dépistage des IST dans les événements festifs et érotico-sexuels en Haute-Savoie*. Annecy.
- Beirness, D. J., Jesseman, R., Notarandrea, R., & Perron, M. (2008). *Réduction des méfaits : Un concept qui en dit long*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Benton, S. L., Schmidt, J. L., Newton, F. B., Shin, K., Benton, S. A., & Newton, D. W. (2004). College student protective strategies and drinking consequences. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(1), 115–121. <http://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.115>

- Bizimana, N. (2010). Another way for lovemaking in Africa: Kunyaza, a traditional sexual technique for triggering female orgasm at heterosexual encounters. *Sexologies*, 19(3), 157–162. <http://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.12.003>
- Borden, L. a, Martens, M. P., McBride, M. a, Sheline, K. T., Bloch, K. K., & Dude, K. (2011). The role of college students' use of protective behavioral strategies in the relation between binge drinking and alcohol-related problems. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 25(2), 346–351. <http://doi.org/10.1037/a0022678>
- Bouchard, S., & Cyr, C. (2005). *Recherche psychosociale : pour harmoniser recherche et pratique*. (S.-F.: P. de l'Université du Québec, Ed.) (2e éd.). Retrieved from http://virtuolien.uqam.ca/tout/UQAM_BIB000151346
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Bryan, A., Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (2002). Tests of the mediational role of preparatory safer sexual behavior in the context of the theory of planned behavior. *Health Psychology*, 21(1), 71–80. <http://doi.org/10.1037//0278-6133.21.1.71>
- Bukowski, W. M., Sippola, L. K., & Newcomb, A. F. (2000). Variations in patterns of attraction of same- and other-sex peers during early adolescence. *Developmental Psychology*, 36(2), 147–154. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.36.2.147>
- Cardenal, M., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2007). Le questionnaire de fonctionnement ordalique (QFO) : premiers éléments de validation et résultats préliminaires chez des toxicomanes et des anorexiques. *Annales Medico-Psychologiques*, 165(10), 703–713. <http://doi.org/10.1016/j.amp.2005.10.004>
- Carusso, J. (2012). *La communauté BDSM (bondage/discipline, domination/soumission, sadomasochisme) de Montréal : enquête sur la culture BDSM et les codes et scénarios sexuels qui la constituent*. Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The Adolescent Brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124(1), 111–126. <http://doi.org/10.1196/annals.1440.010>

- Casey, B., Jones, R. M., & Somerville, L. H. (2011). Braking and Accelerating of the Adolescent Brain. *Journal of Research on Adolescence : The Official Journal of the Society for Research on Adolescence*, 21(1), 21–33. <http://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00712.x>
- Centre québécois de lutte aux dépendances. (2011). *Portrait de l'environnement au Québec - En matière de consommation et abus d'alcool et de drogues*.
- Charton, L., & Messier-Bellemare, C. (2013). Internet, santé sexuelle et stratégies de négociation : une étude exploratoire. *Communiquer. Revue de Communication Sociale et Publique*, 10(10), 25–44. <http://doi.org/10.4000/communiquer.509>
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol. Supplement*, (14), 101–17. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12022716>
- Dariotis, J. K., Sonenstein, F. L., Gates, G. J., Capps, R., Astone, N. M., Pleck, J. H., ... Zeger, S. (2008). Changes in sexual risk behavior as young men transition to adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(4), 218–25. <http://doi.org/10.1363/4021808>
- DeVellis, R. (2012). *Scale Development: Theory and Applications* (3e ed.). Sage.
- Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) - Corrections affichées Mars 2017. (2017). Retrieved June 15, 2017, from <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2015.html>
- Fallu, J.-S., Brière, F. N., Descheneaux, A., Keegan, V., Maguire, J., Chabot, A., & Gagnon, V. (2008). *Consommation d'amphétamines chez les adolescents et les adolescentes : étude des facteurs associés avec centration sur les différences entre les sexes. État de la situation, recension des écrits et résultats de groupes-sonde*.
- Fallu, J.-S., & Brisson, P. (2013). La réduction des méfaits liés à l'usage des drogues : historique, état des lieux, enjeux. In *Éthique et réduction des méfaits*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Flight, J. (2007). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : consommation d'alcool et de drogues par les jeunes*. Ottawa: Santé Canada et Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies.

- Gagné, M. (2006). *La mortalité par traumatismes non intentionnels chez les jeunes québécois de moins de 20 ans: La mortalité par traumatismes non intentionnels chez les jeunes québécois de moins de 20 ans*. Gouvernement du Québec.
- Gauthier, S., Bolduc, C., Bouthillier, M.-E., & Montminy, L. (2013). L'utilisation de l'approche de la réduction des méfaits auprès des femmes qui ne quittent pas une situation de violence conjugale ou qui y retournent : enjeux éthiques liés à la tolérance. In *Éthique et réduction des méfaits*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Gauvreau-Jean, V. (2008). *Développement et validation d'une échelle de mesure de la conscience de l'environnement d'affaires des employés non-cadres*. Université de Montréal.
- Gilmore, A. K., Granato, H. F., & Lewis, M. A. (2013). The use of drinking and condom-related protective strategies in association with condom use and sex-related alcohol use. *Journal of Sex Research*, 50(5), 470–9. <http://doi.org/10.1080/00224499.2011.653607>
- Hall, W. (2007). What's in a name? *Addiction*, 102, 691–692.
- Hamel, D. (2002). *Les approches de réduction des méfaits trouvent un certain appui dans la population québécoise*. Québec: Institut national de la santé publique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2009). *Consommation d'alcool et de drogues. Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2010). *Le bilan démographique du Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2011). *Données sociodémographiques en bref: La mortalité et l'espérance de vie au Québec, 2010 et tendance récente*. Gouvernement du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2012). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie, Tome 1*. Qué: Gouvernement du Québec.

- Institut national de santé publique du Québec. (2009). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois : portrait épidémiologique*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2010a). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois : conséquences et facteurs associée*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2010b). *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2011). *Pistes d'intervention pour réduire la consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes de 18 à 24 ans qui fréquentent les centres d'éducation aux adultes au Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2012). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois. Meilleures pratiques de prévention*. Gouvernement du Qu.
- Institut national de santé publique du Québec. (2014). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec: Année 2013 (et projection 2014)*. Gouvernement du Québec. Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-329-02W.pdf>
- Jean, R. (2010). L'approche de réduction des méfaits appliquée à la prostitution : un problème conceptuel ? In *Actes – Perspectives étudiantes féministes* (pp. 222–242). Québec: Colloque étudiant les 12 et 13 mars. Université Laval.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux , toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Kim, J., & Park, S. (2015). Association between protective behavioral strategies and problem drinking among college students in the Republic of Korea. *Addictive Behaviors*, 51, 171–176. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.07.017>
- Landry, M., & Lecavalier, M. (2003). Réduction des risques et des méfaits: Un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, Santé et Société*, 2(1), 124–140. <http://doi.org/10.7202/007180ar>

- Lavoie, K., Bonnelly, H., Gauthier, J., Hamel, M., Raymond, V., & Villeneuve, C. (2010). *Portrait de santé des jeunes québécois âgés de 15 à 24 ans*. Retrieved from www.fedecegeps.qc.ca
- Le Breton, D. (2012). Concepts et significations majeures des conduites à risque, 1–7. Retrieved from <http://anthropoado.com/le-journal-des-socio-anthropologues-de-l-adolescence-et-de-la-jeunesse-textes-en-ligne/>
- Léobon, A., & Frigault, L. (2007). La sexualité bareback : d'une culture de sexe à la réalité des prises de risque. In *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins : un nouveau rapport au risque*. (pp. 87–103). Paris.
- Lewis, M. A., Kaysen, D. L., & Rees, M. (2010). The Relation between Condom-Related Protective Behavioral Strategies and Condom Use among College Students; Global- and Event-Level Evaluations. *Journal of Sex Research*, 47(5), 471–478. <http://doi.org/10.1080/00224490903132069>
- Lewis, M. A., Logan, D. E., & Neighbors, C. (2009). Examining the role of gender in the relationship between use of condom-related protective behavioral strategies when drinking and alcohol-related sexual behavior. *Sex Roles*, 61(9–10), 727–735. <http://doi.org/10.1007/s11199-009-9661-1>
- Lewis, M. A., Patrick, M. E., Lee, C. M., Kaysen, D. L., Mittman, A., & Neighbors, C. (2012). Use of protective behavioral strategies and their association to 21st birthday alcohol consumption and related negative consequences: A between- and within-person evaluation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 179–186. <http://doi.org/10.1037/a0023797>
- Lewis, M. a, Rees, M., Logan, D. E., Kaysen, D. L., & Kilmer, J. R. (2010). Use of drinking protective behavioral strategies in association to sex-related alcohol negative consequences: the mediating role of alcohol consumption. *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 24(2), 229–238. <http://doi.org/10.1037/a0018361>
- Leyton, M., & Stewart, S. (2014). *Toxicomanie au Canada : Voies menant aux troubles liés aux substances dans l'enfance et l'adolescence*.
- Manus, J.-M. (2016). Infection à VIH traitée, vieillissement à risque. *Option/Bio*, 27(541–542), 1–3. [http://doi.org/10.1016/S0992-5945\(16\)30091-5](http://doi.org/10.1016/S0992-5945(16)30091-5)

Martens, M. P., Ferrier, A. G., Sheehy, M. J., Corbett, K., Anderson, D. a, & Simmons, A. (2005). Development of the Protective Behavioral Strategies Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(5), 698–705. <http://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.698>

Martens, M. P., Karakashian, M. a, Fleming, K. M., Fowler, R. M., Hatchett, E. S., & Cimini, M. D. (2009). Conscientiousness, protective behavioral strategies, and alcohol use: testing for mediated effects. *Journal of Drug Education*, 39(3), 273–287. <http://doi.org/10.2190/DE.39.3.d>

Martens, M. P., Martin, J. L., Hatchett, E. S., Fowler, R. M., Fleming, K. M., Karakashian, M. a, & Cimini, M. D. (2008). Protective behavioral strategies and the relationship between depressive symptoms and alcohol-related negative consequences among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 535–41. <http://doi.org/10.1037/a0013588>

Martens, M. P., Martin, J. L., Littlefield, A. K., Murphy, J. G., & Cimini, M. D. (2011). Changes in protective behavioral strategies and alcohol use among college students. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2–3), 504–507. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.04.020>

Martens, M. P., Page, J. C., Mowry, E. S., Damann, K. M., Taylor, K. K., & Cimini, M. D. (2006). Differences between actual and perceived student norms: an examination of alcohol use, drug use, and sexual behavior. *Journal of American College Health: J of ACH*, 54(5), 295–300. <http://doi.org/10.3200/JACH.54.5.295-300>

Martens, M. P., Pederson, E. R., Labrie, J. W., Ferrier, A. G., & Cimini, M. D. (2007). Measuring alcohol-related protective behavioral strategies among college students: further examination of the Protective Behavioral Strategies Scale. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 21(3), 307–315. <http://doi.org/10.1037/0893-164X.21.3.307>

Martens, M. P., Taylor, K. K., Damann, K. M., Page, J. C., Mowry, E. S., & Cimini, M. D. (2004). Protective behavioral strategies when drinking alcohol and their relationship to negative alcohol-related consequences in college students. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 18(4), 390–393. <http://doi.org/10.1037/0893-164X.18.4.390>

- Meier, P., Booth, A., Stockwell, T., Wilkinson, A., Wong, R., Brennan, A., ... Taylor, K. (2008). Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion (Part A) : Systematic Reviews, (2), 1–243.
- Michel, G., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Simeoni, M.-C. (2006). Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54(1), 62–76. <http://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.11.002>
- Michel, G., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Siméoni, M. C. (2001). Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psycho actives à l'adolescence. *Annales Medico-Psychologiques*, 159(9), 622–631. [http://doi.org/10.1016/S0003-4487\(01\)00102-0](http://doi.org/10.1016/S0003-4487(01)00102-0)
- Midford, R., Ramsden, R., Lester, L., Cahill, H., Mitchell, J., Foxcroft, D. R., & Venning, L. (2014). Alcohol Prevention and School Students. *Journal of Drug Education*, 44(3–4), 71–94. <http://doi.org/10.1177/0047237915579886>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2014). *Estimation Du Risque Associé Aux Activités Sexuelles*. Gouvernement du Québec.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674–701. <http://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674>
- Nadeau, L., Truchon, M., & Biron, C. (1998). *Les comportements sexuels à risque chez les toxicomanes n'utilisant pas de drogues intraveineuses : une approche de "focus group."* Montréal.
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, D. of H. and H. S. (2001). *Workshop Summary : Scientific Evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Disease (STD) Prevention Hyatt Dulles Airport.* Most. Retrieved from <http://www.niaid.nih.gov/about/organization/dmid/documents/condomreport.pdf>
- Palmer, R. S., McMahon, T. J., Rounsaville, B. J., & Ball, S. A. (2010). Coercive Sexual Experiences, Protective Behavioral Strategies, Alcohol Expectancies and Consumption Among Male and Female College Students. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(9), 1563–1578. <http://doi.org/10.1177/0886260509354581>

- Paquette, L., Bergeron, J., & Lacourse, É. (2012). Autorégulation, pratiques sportives risquées et consommation de psychotropes chez des adolescents adeptes de sports de glisse. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(4), 308–318. <http://doi.org/10.1037/a0022652>
- Patrick, M. E., Lee, C. M., & Larimer, M. E. (2011). Drinking motives, protective behavioral strategies, and experienced consequences: Identifying students at risk. *Addictive Behaviors*, 36(3), 270–273. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.11.007>
- Pedinielli, J. L., Rouan, G., Gimenez, G., & Bertagne, P. (2005). Psychopathologie des conduites À risques. *Annales Medico-Psychologiques*, 163(1), 30–36. <http://doi.org/10.1016/j.amp.2004.06.016>
- Poirier, A., & Dontigny, A. (2010). *L'épidémie silencieuse, les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Quatrième rapport sur l'état de santé de la population du Québec*. Québec: La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Poulin, C., & Nicholson, J. (2005). Should harm minimization as an approach to adolescent substance use be embraced by junior and senior high schools? *International Journal of Drug Policy*, 16(6), 403–414. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.11.001>
- Quirion, B. (2002). Réduction des méfaits et gestion des risques : les frontières normatives entre les différents registres de régulation de la pratique psychotrope. *Déviance et Société*, 26(4), 479. <http://doi.org/10.3917/ds.264.0479>
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., ... Taylor, B. (2006a). Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002.
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., ... Taylor, B. (2006b). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 - Points saillants*. Ottawa.
- Richters, J., De Visser, R. O., Rissel, C. E., Grulich, A. E., & Smith, A. M. A. (2008). Demographic and Psychosocial Features of Participants in Bondage and Discipline, "Sadomasochism" or Dominance and Submission (BDSM): Data from a National Survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1660–1668. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00795.x>
- Ritter, A., & Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 611–24. <http://doi.org/10.1080/09595230600944529>

- Roy, S., & Charest, D. (2002a). *Jeunes filles enceintes et mères adolescentes - un portrait statistique*. Québec.
- Roy, S., & Charest, D. (2002b). *Organisation des services éducatifs offerts aux jeunes filles enceintes et aux mères adolescentes*. Québec.
- Schenk, F., & Preissmann, D. (2011). La peur aux frontières de la prise de risque. *Revue Économique et Sociale*, (March 2011).
- Sellami, M. (2008). David Le Breton, En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie. *Anthropologie et Sociétés*, 32(1-2), 296-298. <http://doi.org/10.7202/018907ar>
- Simard, D. (2015). La question du consentement sexuel: Entre liberté individuelle et dignité humaine. *Sexologies*, 24(3), 140-148. <http://doi.org/10.1016/j.sexol.2015.05.003>
- Sugarman, D. E., & Carey, K. B. (2007). The relationship between drinking control strategies and college student alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(3), 338-345. <http://doi.org/10.1037/0893-164X.21.3.338>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*, (6th ed.). Boston : Pearson.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. a, Sturge, J., & Rehm, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet*, 369(9570), 1391-401. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60369-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60369-9)
- Traoré, I., Pica, L., Camirand, H., Cazale, L., Berthelot, M., & Plante, N. (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves, 2013: Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*. Québec. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Treloar, H., Martens, M. P., & McCarthy, D. M. (2015). The Protective Behavioral Strategies Scale-20: Improved content validity of the Serious Harm Reduction subscale. *Psychological Assessment*, 27(1), 340-346. <http://doi.org/10.1037/pas0000071>
- Turner, C., McClure, R., & Pirozzo, S. (2004). Injury and risk-taking behavior-a systematic review. *Accident; Analysis and Prevention*, 36(1), 93-101. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14572831>