

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**CROYANCES ASSOCIÉES À LA PARTICIPATION À UNE ACTIVITÉ DE
DÉPISTAGE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET
PAR LE SANG CHEZ DES ÉLÈVES DE SECONDAIRE 4 ET 5**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES**

**PAR
CAROL-ANN LAVOIE**

DÉCEMBRE 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sont en hausse constante depuis plusieurs années au Québec. La chlamydia et la gonorrhée en sont les plus fréquentes. Ces infections peuvent être contractées par n'importe quelle personne qui a des relations sexuelles (orales, vaginales ou anales). Elles touchent particulièrement les jeunes âgés de 15 à 24 ans. La plupart du temps, aucun symptôme n'apparaît chez une personne qui a contracté une ITSS. C'est pourquoi les personnes peuvent transmettre l'infection sans le savoir. Pour prévenir la transmission, un dépistage asymptomatique représente un moyen simple et efficace pour évaluer la présence de ces infections et les traiter le plus rapidement possible. Or, le nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans demeure modeste. Les infirmières qui oeuvrent dans le secteur de la santé sexuelle peuvent jouer un rôle important dans la prévention des ITSS. Pour ce projet de recherche, nous nous sommes concentrés sur la population en milieu scolaire secondaire de 14 ans et plus, soit les élèves de secondaire 4 et 5. Ainsi, l'objectif du projet de maîtrise était d'identifier les croyances permettant de prédire l'intention des jeunes de secondaire 4 et 5 à participer à une activité de dépistage des ITSS selon un devis de recherche descriptif corrélationnel à un temps de mesure. La théorie du comportement planifié (TCP) d'Ajzen a été le cadre théorique utilisé. En septembre 2017, un questionnaire autoadministré a été distribué aux élèves de secondaire 4 et 5 de deux écoles afin de mesurer les variables de la TCP. Des analyses descriptives et inférentielles telles que des régressions multiples ont été utilisées. Tout d'abord, les résultats mettent en

lumière que l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle sont des déterminants significatifs de l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS, ce qui corrobore les prémisses de la TCP. De plus, cinq croyances qui sont davantage liées à l'intention des jeunes d'adopter ce comportement ont été identifiées, soit « être rassuré (si je n'ai pas une ITSS) », « perdre mon temps », « le soutien des personnes importantes pour moi », « peur d'avoir une ITSS » et « être gêné ». Les résultats suggèrent donc que ces croyances devraient faire l'objet d'une intervention dans le but d'augmenter la participation à une activité de dépistage des ITSS. Ce projet de recherche est présenté avec insertion d'un article scientifique dans le but de le soumettre à des fins de publication.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des abréviations	ii
Remerciements	iii
Introduction	1
Problématique	3
La situation des ITSS comme problème de santé publique	4
Définition des ITSS	4
Prévalence des ITSS	5
Prévalence selon les individus	5
Prévalence selon les régions	6
Prévalence selon le temps	7
Conséquences et coûts associés aux ITSS	8
Sommaire	10
Pratiques sexuelles chez les jeunes de niveau secondaire	11
Dépistage des ITSS	12
Recommandations liées au dépistage des ITSS	12
Dépistage en milieu scolaire et l'apport des infirmières	12
Cadre de référence	14

Théorie du comportement planifié	15
Ajout de variables externes à la théorie du comportement planifié	21
Recension des écrits	23
La participation à une activité de dépistage des ITSS.....	25
Théorie du comportement planifié d’Azjen (1991)	25
Les connaissances générales sur les ITSS	30
Les connaissances spécifiques sur le dépistage	32
La perception des jeunes.....	34
Objectif et questions de recherche	38
Objectif.....	39
Questions de recherche	39
Méthodologie	40
Devis de recherche	41
Milieu de recherche.....	41
Population et échantillonnage	41
Taille de l’échantillon	42
Instruments de mesure.....	42
Volet 1 : Préparation du questionnaire principal	43
Volet 2 – Questionnaire principal.....	45

Définitions conceptuelles et opérationnelles.....	46
Collecte des données.....	49
Analyse des données.....	50
Analyse descriptive.....	50
Analyse inférentielle.....	50
Aspects éthiques.....	50
Respect de la personne.....	51
La préoccupation pour le bien-être.....	51
La justice.....	52
Les risques.....	52
Les bénéfices.....	53
Article scientifique.....	54
Discussion générale.....	87
Conclusion.....	91
Références.....	93
Appendices.....	102
Appendice A. Résumé de la recension des écrits sous forme de tableau.....	103
Appendice B. Questionnaire préliminaire.....	115
Appendice C. Questionnaire principal.....	121

Liste des abréviations

Aact	Attitude
b	Croyances comportementales
c	Croyances de contrôle
e	Évaluation des conséquences
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
mc	Motivation à se conformer
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MCQ	Mauricie et Centre-du-Québec
nb	Croyances normatives
OMS	Organisation mondiale de la santé
p	Importance des facteurs de contrôle
PCC	Perception du contrôle comportemental
SN	Norme subjective
TCP	Théorie du comportement planifié
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Remerciements

Voici enfin venu le temps d'écrire mes remerciements, l'étape tant convoitée qui exprime la fin de mes études universitaires de deuxième cycle. Mes émotions oscillent entre la fierté et la tristesse. D'une part, j'ai un pincement au cœur de terminer cette étape de ma vie qui a duré plusieurs années. D'autre part, j'éprouve de la joie et de la fierté d'avoir mené à bien ce projet jusqu'à la toute fin. J'ai investi beaucoup de temps et d'effort pour accomplir ce mémoire. Plusieurs personnes m'ont grandement aidée et il est temps de pouvoir les remercier.

Un gros merci à mes collègues de travail de m'avoir soutenue depuis le début et, pour certaines d'entre vous, de m'avoir apporté votre œil d'expert. Merci à madame Nathalie Chassé qui a pris le temps de préparer tous les questionnaires autoadministrés pour qu'ils aient une allure professionnelle. Merci à mes parents de m'avoir soutenue et encouragée depuis toujours. À mon père, je ne pourrais jamais le remercier assez d'avoir pris le temps de lire à maintes reprises mon mémoire. Un merci du fond du cœur à mon conjoint. Je tiens aussi à remercier la direction des écoles secondaires ainsi que les enseignants qui m'ont permis de rencontrer les élèves durant les heures de classe. J'aimerais remercier les élèves de ces écoles qui ont accepté en grand nombre de participer à ma recherche. Finalement, j'aimerais tout spécialement remercier mon directeur de recherche, monsieur François Boudreau. Merci de m'avoir pris sous ton aile durant ces dernières années pour ma maîtrise et tous les projets associés parallèlement. Je n'aurais pas pensé imaginer meilleure collaboration.

Introduction

En tant qu'infirmière clinicienne en santé scolaire secondaire et en clinique de santé sexuelle, la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) me tient spécialement à cœur. Nous savons qu'une des clientèles les plus touchées par les ITSS, particulièrement la chlamydia et la gonorrhée, s'avère être les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Dans ma pratique, je me rends compte que leur participation à une activité de dépistage des ITSS demeure difficile, ce qui est confirmé par les données probantes. Nous parvenons à offrir ce dépistage lorsqu'on voit ces jeunes pour d'autres raisons; par exemple, pour la contraception hormonale. Or, lorsque ces jeunes sont en bonne santé, ils n'ont pas de raison pour consulter une infirmière. Comment peut-on alors faire pour améliorer la participation de ces jeunes à une activité de dépistage des ITSS ? Une piste de solution à cet égard consiste à mieux comprendre les facteurs qui les influencent à adopter ce comportement, soit de participer à une activité de dépistage des ITSS. Ainsi, ce projet de recherche mettra en lumière la problématique des ITSS et de leurs dépistages, le cadre de référence utilisé, la méthodologie de l'étude et les résultats présentés sous forme d'un article scientifique. Finalement, une discussion générale ainsi qu'une conclusion sur l'étude seront incluses dans ce mémoire.

Problématique

La situation des ITSS comme problème de santé publique

Définition des ITSS

Les ITSS englobent, comme leur nom l'indique, toutes les infections dont la transmission peut être soit par voie sexuelle ou par voie sanguine (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2010). Il y a quelques années, lesdites infections se nommaient des « maladies transmissibles sexuellement » (MSSS, 2010). Or, une « maladie » évoque une présence obligatoire de symptômes auprès de la personne atteinte contrairement à une infection qui peut ne démontrer aucun symptôme (MSSS, 2010). Ainsi, il est préférable d'utiliser l'appellation « infection » pour les ITSS, puisqu'une personne peut être infectée et transmettre cette infection, et ce, sans même le savoir (MSSS, 2010).

Différentes formes d'ITSS

Il existe trois types d'ITSS : les infections bactériennes, les infections virales et les infections parasitaires (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2015a). Les ITSS les plus connues sont, entre autres, la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus du papillome humain (VPH), les hépatites B et C et enfin, l'herpès génital (Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2008).

Certaines ITSS sont aujourd'hui à déclaration obligatoire découlant de la *Loi sur la santé publique* (INSPQ, 2015b). Ainsi, ces ITSS représentent un risque de transmission au sein de la population, une menace pour la santé et nécessitent une enquête épidémiologique (MSSS, 2016a). Pour les maladies à déclaration obligatoire, la santé publique a un pouvoir d'intervention pour prévenir l'apparition d'autres cas ou limiter l'ampleur de l'épidémie (MSSS, 2016a). Il existe donc une intervention préventive auprès des partenaires de la personne ayant eu un résultat positif à une des ITSS à déclaration obligatoire dans le but de limiter la propagation de ces dernières (Direction de la protection de la santé publique, 2004).

Prévalence des ITSS

Prévalence selon les individus

L'ITSS à déclaration obligatoire la plus fréquente est la chlamydia (INSPQ, 2019). En 2018, au Québec, le nombre de cas déclarés à la santé publique s'élève à 28 390, dont 40 et 60 % étaient respectivement des hommes et des femmes (INSPQ, 2019). Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans plus précisément, les hommes et les femmes représentent 43 et 64 % des cas respectivement, soit 4 748 et 11 028 cas en nombre absolu (INSPQ, 2019). Il est par ailleurs inquiétant de constater que le taux d'incidence (nombre de nouveaux cas) chez les jeunes de 15 à 24 ans est 10 fois et demie plus élevé que celui des autres groupes d'âge pour l'année 2018 (INSPQ, 2019). Ce taux d'incidence pour 100 000 personnes est 1 351,4 et 2 472,3 cas respectivement chez les hommes et les femmes de 15 à 24 ans.

En ce qui a trait à la gonorrhée, laquelle est de plus en plus fréquente, le nombre de cas déclarés en 2018 se chiffrait à 7 520, dont 78 % étaient des hommes (INSPQ, 2019). Les jeunes de 15 à 24 ans représentaient respectivement 22 et 46 % de cas masculins et féminins (INSPQ, 2019). Toujours selon l'INSPQ (2019), les hommes âgés de 20 à 29 ans ont un taux d'incidence élevée (426 pour 100 000), soit quatre fois plus élevé que celui des hommes des autres groupes d'âge pour l'année 2018. Quant à elles, les femmes âgées de 15 à 24 ans ont un taux d'incidence de 171 cas pour 100 000, soit un taux sept fois plus élevé en comparaison avec les femmes des autres groupes d'âge (l'INSPQ, 2019).

La syphilis est également en recrudescence depuis quelques années (INSPQ, 2019). En effet, alors qu'il n'y a eu que trois cas de déclaration de syphilis en 1998, le nombre de cas déclarés en 2018 s'est élevé à 938 cas, dont 90 % représentaient des hommes (INSPQ, 2019). Enfin, les nouveaux diagnostics de VIH tendent à diminuer légèrement (INSPQ, 2019). En 2018, 311 nouveaux diagnostics ont été enregistrés, où 76 % d'entre eux représentaient des hommes (INSPQ, 2019). Malgré que le pourcentage de cas soit plus élevé chez les hommes de 25 à 34 ans, les jeunes hommes de 15 à 24 ans représentaient 8 % des cas masculins (INSPQ, 2019). Chez les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 4 % de l'ensemble des cas féminins et chez les 25 à 34 ans, 31 % (INSPQ, 2019).

Prévalence selon les régions

Concernant la chlamydia, même si cette infection est répandue dans toute la province, les régions ayant les taux d'incidence les plus élevés sont le Nunavik, les Terres-

Cries-de-la-Baie-James, Montréal, la Capitale-Nationale et la Côte-Nord (INSPQ, 2019). En 2018, la région Mauricie-Centre-du-Québec (MCQ) avait un taux d'incidence de 345,9 cas par 100 000 personnes, ce qui est plus élevé que la moyenne de la province québécoise (INSPQ, 2019).

Le taux d'incidence pour la gonorrhée est pour sa part plus élevé dans les régions du Nunavik, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et de Montréal en 2018 (INSPQ, 2019). Toujours selon l'INSPQ (2019), la région MCQ a cependant un taux inférieur à celui de la province, comme toutes les autres régions, hormis les trois régions nommées ci-dessus ayant les taux les plus élevés.

En 2018, après le Nunavik, la région de Montréal a par ailleurs continué à afficher le plus haut taux d'incidence de syphilis avec un taux de 24,0 pour 100 000 (INSPQ, 2019). La région MCQ a un taux d'incidence de 2,7 pour 100 000, ce qui est inférieur au taux global de la province avec un taux de 11,1 pour 100 000 (INSPQ, 2019).

Enfin, le taux d'incidence pour le VIH est plus élevé dans la région de Montréal avec un taux de 9,3 pour 100 000 en 2018 (INSPQ, 2019). La province de Québec a un taux d'incidence de 3,7 pour 100 000 (INSPQ, 2019). La région MCQ a un taux d'incidence qui s'élève à 1,5 pour 100 000 avec un nombre de 8 cas de VIH en 2018 (INSPQ, 2019).

Prévalence selon le temps

Le taux d'incidence de cas de chlamydia déclarés ne cesse d'augmenter au Québec (INSPQ, 2019). Effectivement, celui-ci a augmenté de 19 % depuis 2014 (INSPQ, 2019).

Cette hausse touche tous les groupes d'âge et elle est plus marquée chez les hommes que chez les femmes (INSPQ, 2019). Depuis 2014, toutes les régions sociosanitaires du Québec observent une hausse des taux d'incidence, sauf la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine qui observe une baisse de 16 % du taux d'incidence (INSPQ, 2019).

Selon l'INSPQ (2019), tout comme cela a été observé pour la chlamydia, le taux d'incidence de la gonorrhée a également augmenté de 121 % depuis 2014. Cette hausse est beaucoup plus marquée chez les hommes, avec une hausse de 138 % (INSPQ, 2019). Entre 2014 et 2018, la région de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine et les Terres-Cries ont observé une diminution du taux d'incidence, respectivement de 14 % et de 23 % (INSPQ, 2019). Toujours selon cet Institut, toutes les autres régions présentent une augmentation du taux d'incidence depuis 2014.

Enfin, le taux d'incidence de la syphilis a augmenté de 54 % entre 2014 et 2018 (INSPQ, 2019). Cette tendance n'est pas linéaire puisque selon les années, il y avait une certaine stabilité entre 2016 et 2018, mais les projections de 2019 présenteraient une hausse du taux d'incidence (INSPQ, 2019). Globalement, une hausse de 45 % a été observée chez les hommes entre 2014 et 2018 (INSPQ, 2019).

Conséquences et coûts associés aux ITSS

Les conséquences liées aux ITSS sont nombreuses. Ces dernières peuvent amener des conséquences sur les plans de la santé et de la vie sociale des personnes infectées et de leur entourage, ainsi qu'engendrer des coûts importants. Certaines ITSS bactériennes, telles que la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis, se traitent à l'aide d'antibiotiques.

Cependant, il peut y avoir des complications si ces ITSS ne sont pas dépistées rapidement. Ces complications peuvent entraîner de graves conséquences sur la santé. Par exemple, la chlamydia et la gonorrhée peuvent occasionner des complications telles que l'infertilité (Herzog et al., 2012) et une atteinte inflammatoire pelvienne (Price et al., 2012; Tsevat, Wiesenfeld, Parks, & Peipert, 2017). D'autres ITSS ne peuvent se guérir, telles que l'herpès génital et le VIH. Cela veut donc dire qu'une fois l'une ou l'autre de ces ITSS contractées, la personne infectée sera porteuse du virus pour le reste de sa vie. Il peut tout de même exister des traitements pour, par exemple, diminuer la charge virale du VIH ou diminuer la douleur et les poussées de l'herpès génital.

De plus, les coûts humains sont tout aussi importants (MSSS, 2010). Les personnes infectées par une ITSS doivent aviser leurs partenaires sexuels. Cela peut donc entraîner des problèmes interpersonnels ou de couple (MSSS, 2010). Les infirmières travaillant dans les cliniques de santé sexuelle ou en santé scolaire qui annoncent les résultats sont présentes pour soutenir ces personnes dans l'annonce aux partenaires sexuels.

Les ITSS peuvent également entraîner un lourd fardeau sur le plan socioéconomique (MSSS, 2015a). Selon l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (2016a), le coût pour mettre à exécution la stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections transmissibles sexuellement 2016-2021 est estimé à 18,2 milliards de dollars américains. De ce montant, 3 milliards de dollars sont prévus pour la prise en charge de ces infections (OMS, 2016a). Au Canada, le coût moyen annuel associé à l'infection à chlamydia pour la période de 1991 à 2009 est de 51,4 millions de dollars canadiens (Tuite,

Jayaraman, Allen, & Fisman, 2012). Si la tendance actuelle ne s'inverse pas, les coûts des services de santé et des services sociaux associés au traitement et aux conséquences des ITSS augmenteront (MSSS, 2010).

De plus, la résistance aux antibiotiques peut augmenter les coûts économiques (OMS, 2016b). Les traitements utilisés lors de résistance à une souche sont de derniers recours et plus coûteux (OMS, 2016b). La durée plus longue de la maladie est une des conséquences directes de la résistance aux antibiotiques (OMS, 2016b). Il existe un programme de surveillance des souches de la gonorrhée résistantes aux antibiotiques pour faire les recommandations thérapeutiques nécessaires (INSPQ, 2016). Effectivement, deux classes d'antibiotiques utilisées auparavant pour traiter la gonorrhée ne sont plus recommandées en raison de la résistance de ce virus (INSPQ, 2016). Récemment, le Japon et la France ont retrouvé des souches de la gonorrhée résistantes à la majorité des classes d'antibiotiques, ce qui pourrait amener cette bactérie à devenir non curable (INSPQ, 2016).

Sommaire

La chlamydia et la gonorrhée sont les deux ITSS les plus fréquentes chez les 15 à 24 ans au Québec. Il en ressort que la région de la MCQ a même un taux plus élevé pour l'infection à chlamydia que la province du Québec (INSPQ, 2019). Au Québec, il est préoccupant de constater une hausse de l'incidence de 19 % pour la chlamydia, de 121 % pour la gonorrhée et de 54 % pour la syphilis depuis 2014. C'est pourquoi le MSSS (2010) qualifie les ITSS d'épidémie silencieuse. Plusieurs conséquences aussi peuvent être

attribuées aux ITSS, soit des complications sur la santé, des problèmes interpersonnels ou de couple ainsi que des coûts socioéconomiques associés. Finalement, la résistance aux antibiotiques pour le traitement de la gonorrhée est réelle et préoccupante.

Pratiques sexuelles chez les jeunes de niveau secondaire

Il est pertinent de bien connaître les pratiques sexuelles chez les jeunes de niveau secondaire. L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017 de l'Institut de la statistique du Québec (2018) est la plus récente sur le sujet. Cette enquête indique que 32,6 % des jeunes de 14 ans et plus ont déclaré avoir eu au moins une relation sexuelle consensuelle dans leur vie, que ce soit des relations orales, vaginales ou anales (Institut de la statistique du Québec, 2018). De ce nombre, 6,7 % déclarent avoir eu leurs premières relations sexuelles avant l'âge de 14 ans et environ 30,7 % disent avoir eu des relations sexuelles avec trois partenaires ou plus dans leur vie (Institut de la statistique du Québec, 2018). De plus, chez les élèves de 4^e secondaire, 35,9 % disent avoir eu des relations sexuelles consensuelles et chez les élèves de 5^e secondaire, 48,6 % déclarent en avoir eu (Institut de la statistique du Québec, 2018).

De plus, cette enquête a pu aussi mettre en lumière un taux de 35,8 % d'élèves de 14 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles lorsqu'ils vivent dans un milieu plus défavorisé. Sur ce dernier point, les écoles secondaires principales de Shawinigan, la région où la présente étude se déroulera, ont une cote assez élevée de l'indice de pauvreté, soit de 9 sur 10 (Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, 2019). Cela

suggère ainsi que la proportion des élèves de cette région ayant déjà eu des relations sexuelles consensuelles pourrait être élevée.

Dépistage des ITSS

Recommandations liées au dépistage des ITSS

La prévention des ITSS est un objectif du programme national de santé publique 2015-2025 (MSSS, 2015b). La prévention clinique en matière d'ITSS comprend le dépistage, le counseling, la vaccination, le traitement et l'intervention auprès des partenaires (Agence de la santé publique du Canada, 2016). Selon le plan stratégique du MSSS (2015a), les ITSS sont un défi majeur de santé publique qui demande conséquemment de consolider les programmes de dépistage de ces infections, et ce, chez les 15 à 24 ans tout particulièrement. De plus, l'un des objectifs de ce plan stratégique du MSSS 2015-2020 (2015a) est d'augmenter le nombre d'activités de dépistage chez les 15 à 24 ans de 15 % d'ici 2020. En MCQ, l'objectif du nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans était de 5028 pour l'année 2018-2019, mais il y a eu seulement 4807 dépistages (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2019).

Dépistage en milieu scolaire et l'apport des infirmières

L'initiation de mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* (Chapitre S-2.2) fait partie des actes délégués de l'infirmière, selon l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers*. Selon le standard de pratique de l'infirmière en milieu scolaire, celle-ci est apte

à procéder aux prélèvements et aux demandes d'analyses si aucun symptôme n'est présent et si elle détient la formation nécessaire (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015). L'infirmière scolaire oeuvrant dans les écoles secondaires principales du secteur public sur le territoire de Shawinigan est présente à temps complet, soit 35 heures par semaine. Il apparaît important de noter que les données présentées sur le dépistage des ITSS chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans incluent la présence de l'infirmière en milieu scolaire. Cette observation suggère que la seule présence de l'infirmière scolaire – c'est-à-dire l'accès à du dépistage en milieu scolaire – n'assure pas une participation optimale à une activité de dépistage des ITSS. Pourtant, les infirmières scolaires rencontrent les élèves pour leur parler de leur rôle et, entre autres, donner de l'information sur les ITSS. De plus, des activités ou des animations sur la sexualité peuvent donner l'occasion à l'infirmière scolaire d'aborder et de promouvoir la participation à une activité de dépistage des ITSS. Lorsqu'un élève se présente au bureau de l'infirmière et que la situation s'y prête, l'infirmière peut faire une intervention de promotion et prévention à la sexualité et ainsi offrir un dépistage opportuniste des ITSS. Depuis septembre 2018, l'éducation à la sexualité est obligatoire dans le contenu du cursus scolaire primaire et secondaire (Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, 2020).

Cadre de référence

Théorie du comportement planifié

Préalablement au développement des interventions ayant pour objectif d'augmenter la participation à une activité de dépistage des ITSS, il faut d'abord accroître notre compréhension des facteurs qui incitent les jeunes de niveau secondaire à participer ou non à une telle activité. Cette compréhension permettra alors de développer des interventions qui prennent en compte les facteurs d'influence. En ce sens, l'usage d'une théorie ou d'un modèle conceptuel permet d'accroître la compréhension des facteurs motivationnels justifiant le choix des jeunes âgés de 15 à 24 ans de participer ou non à une activité de dépistage des ITSS.

Au cours des 40 dernières années, plusieurs théories ou modèles ont vu le jour afin d'accroître notre compréhension des facteurs psychosociaux menant à l'adoption et au maintien de comportements liés à la santé. Le modèle des croyances relatives à la santé (Rosenstock, 1974), la théorie sociale cognitive (Bandura, 1977), la théorie de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980), la théorie du comportement planifié [TCP] (Ajzen, 1991), le modèle transthéorique du changement (Prochaska & DiClemente, 1992) et enfin, le modèle du processus d'action en santé (Schwarzer, 1992) en sont des exemples. Bien que ces théories ou modèles partagent certaines similitudes (Noar & Zimmerman, 2005; Sheeran, Klein, & Rothman, 2017), la TCP (Ajzen, 1991) se distingue sous deux aspects. D'abord, cette théorie est dite « parcimonieuse » (McEachan, Conner, Taylor, & Lawton, 2011), c'est-à-dire qu'elle est efficace pour expliquer et prédire les comportements liés à

la santé avec un nombre restreint de variables (ou déterminants). D'autre part, cette théorie est certainement l'une des seules qui proposent une méthodologie afin d'identifier les croyances qui sous-tendent l'adoption des comportements liés à la santé. Selon Azjen (2011), une intervention de promotion de la santé devrait ultimement avoir pour cible ces croyances afin de favoriser l'adoption d'un comportement.

Selon la TCP (Azjen, 1991), l'intention d'adopter ou non un comportement est le déterminant le plus proximal de l'adoption ou pas d'un comportement futur. Dans le contexte de la TCP, l'« intention » exprime la motivation d'une personne envers l'adoption (ou non) d'un comportement donné. Azjen (1991) indique plus précisément que « les intentions sont les facteurs de motivation influençant notre façon de se comporter; ces mêmes intentions indiquent et démontrent aussi ce que les gens sont prêts à mettre comme efforts pour réaliser ce comportement [traduction libre] » (p. 181). Toujours selon cet auteur, plus l'intention de s'engager dans un comportement est forte, meilleures sont les chances que le comportement soit mis en oeuvre. Par exemple, plus un adolescent exprime une forte intention de participer à une activité de dépistage des ITSS, plus les chances sont grandes que celui-ci y participe. À son tour, cette intention est sous l'influence de trois facteurs (ou déterminants) qui sont l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle sur le comportement. Ceux-ci sont considérés comme étant les déterminants « directs » de l'intention (Azjen, 1991). Enfin, comme cela sera abordé un peu plus loin, ces trois déterminants directs de l'intention sont influencés par leurs croyances spécifiques respectives. La Figure 1 présente la TCP d'Azjen (1991).

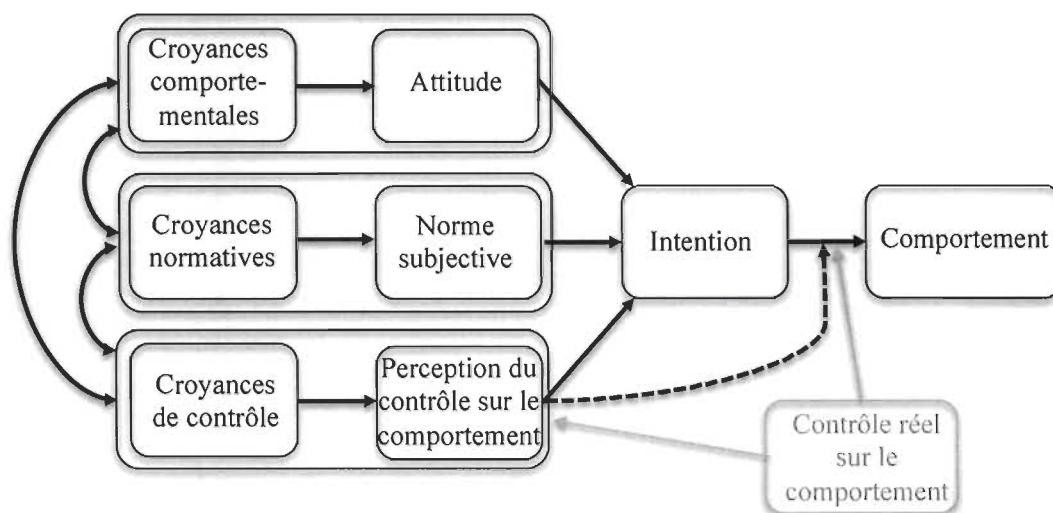


Figure 1. Théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) adapté de Icek Ajzen © Copyright, <http://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html>.

Par ailleurs, l'intention s'avère être un déterminant d'un comportement pourvu que celui-ci soit d'ordre volitif, c'est-à-dire sous le contrôle de la volonté de la personne (Godin, 1991). Bien que certains comportements puissent en fait répondre à cette exigence, la majorité des comportements humains requièrent au moins une certaine mesure de facteurs non motivationnels tels que des ressources ou la présence de circonstances opportunes (Ajzen, 1991). Par exemple, même si un adolescent exprime une forte intention de participer à un programme de dépistage des ITSS, ce comportement pourrait ne pas être mis en oeuvre dans un contexte où un tel programme ne serait pas disponible ou encore, si celui-ci n'avait pas les moyens de prendre un transport pour se rendre à l'endroit prévu. C'est pourquoi la TCP inclut ainsi la notion de la perception du contrôle sur le comportement, avec l'objectif d'améliorer la prédiction juste du

comportement dans un contexte où le contrôle sur celui-ci est limité (Ajzen, 1991; Godin, 1991).

Comme cela a été mentionné précédemment, l'intention d'adopter ou non un comportement est déterminée par l'attitude de la personne à l'égard du comportement (Ajzen, 1991). Ainsi, Godin (2012) définit l'attitude par « la perception des avantages et des désavantages à adopter un comportement selon une personne » (p. 294). Ainsi, un adolescent aura une attitude favorable vis-à-vis le fait de participer à un programme de dépistage des ITSS, si celui-ci considère qu'il y a plus d'avantages que d'inconvénients à l'adoption du comportement. Au contraire, ce même adolescent aura une attitude défavorable s'il y a plus d'inconvénients que d'avantages perçus à l'adoption du comportement. Toujours selon Ajzen (1991), une attitude favorable (ou défavorable) est à son tour déterminée par l'association de deux éléments, soit les croyances comportementales et l'évaluation des conséquences associées aux croyances. D'une part, les croyances comportementales concernent « les conséquences positives ou négatives qui pourraient survenir suite à l'adoption d'un comportement » (Godin, 2012, p. 297). D'autre part, l'évaluation des conséquences se veut une expertise subjective des choix opérés permettant d'en mesurer l'impact sur les comportements adoptés (Godin, 2012). Par exemple, un adolescent peut penser que d'aller voir l'infirmière scolaire pour participer à une activité de dépistage des ITSS lui permettrait de savoir s'il en est atteint (croyance) s'il évalue important de le savoir (évaluation de la croyance). En résumé, l'attitude d'une personne face à un comportement est formée de la somme des produits « croyances X

l'évaluation de l'importance accordée aux conséquences de chacune de ces croyances » (Ajzen & Fishbein, 1980).

$$A_{act} = \sum (b \times e)$$

Où b = croyances comportementales

Et e = évaluation des conséquences

L'intention est aussi déterminée par la norme subjective, soit de façon générale l'importance que la personne accorde à « l'opinion des personnes ou groupes de personnes de son environnement social face au comportement (l'approbation ou la désapprobation) » (Godin, 2012, p. 303). Ainsi, la norme subjective fait référence à une forme de pression sociale perçue par la personne d'adopter ou non un comportement (Ajzen, 1991; McEwen & Wills, 2011). Pour identifier ces personnes ou groupes de personnes de façon plus précise, il faut alors se référer aux croyances normatives. Selon Godin (2012), les croyances normatives se définissent par « les croyances résultant d'une analyse personnelle et subjective de l'opinion de personnes ou de groupes de personnes importants pour la personne au sujet du comportement étudié » (p. 297). Par exemple, pour un adolescent qui perçoit l'opinion favorable de ses pairs quant au fait de participer à un programme de dépistage, il en résultera une croyance normative favorable vis-à-vis ce comportement. En outre, les croyances normatives sont pondérées par la motivation de la personne à se conformer à l'opinion des personnes ou groupes de personnes importantes. Ainsi, une croyance normative, par exemple les pairs, sera d'autant plus favorable que l'adolescent est généralement motivé à se conformer à l'opinion des pairs. En résumé, la

norme subjective de la personne face à un comportement est formée de la somme des produits « croyances normatives X motivation à se conformer » (Azjen, 1991).

$$SN = \Sigma (nb \times mc)$$

Où nb = croyances normatives

Et mc = motivation à se conformer

Finalelement, l'intention peut être influencée par la perception du contrôle sur le comportement. Celle-ci se définit par « la perception qu'a une personne de sa capacité à adopter un comportement » (p. 303) (Godin, 2012). Ce déterminant est plus précisément défini par les croyances de contrôle et l'importance des facteurs de contrôle. Les croyances de contrôle reflètent « les croyances quant à la probabilité qu'un facteur facilite ou nuise à l'adoption d'un comportement » (Godin, 2012, p. 297). Pour sa part, Godin (2012) définit l'importance des facteurs de contrôle de par le processus d'attribution de la portée d'une cause interne ou externe provoquant ou contrôlant ainsi le comportement subséquent. Par exemple, un adolescent pourrait percevoir la gêne (croyance de contrôle) comme une barrière face au fait d'aller voir l'infirmière pour participer à une activité de dépistage des ITSS et cette gêne apparaît comme un poids important (importance du facteur de contrôle). En d'autres termes, plus l'individu croit posséder des ressources et des opportunités, et peu d'obstacles sont anticipés, plus la perception du contrôle sur le comportement sera élevée. En résumé, cette perception du contrôle de la personne face à un comportement est formée de la somme des produits « croyances de contrôle X importance des facteurs de contrôle » (Azjen, 1991).

$$PCC = \Sigma (c \times p)$$

Où c = croyances de contrôle

Et p = importance des facteurs de contrôle

Par ailleurs, la TCP a été utilisée comme cadre de référence afin d'étudier plusieurs comportements liés à la santé. En effet, au cours des vingt dernières années, plusieurs méta-analyses ont montré que cette théorie était efficace pour prédire et expliquer plusieurs comportements associés à la santé (Armitage & Conner, 2001; Cooke & French, 2008; McEachan et al., 2011). Par exemple, selon la méta-analyse de McEachan et al. (2011), la TCP explique 39,5 % de la variance de l'intention et 14,5 % de la variance liée à l'adoption du comportement de la participation à différentes activités de dépistage. Somme toute, les données empiriques colligées au cours des vingt-cinq dernières années suggèrent que la TCP peut permettre d'accroître la compréhension des facteurs motivationnels à l'adoption ou non d'un comportement, y compris la participation à un programme de dépistage.

Ajout de variables externes à la théorie du comportement planifié

Ajzen (1991), auteur de la TCP, est ouvert à l'idée d'évaluer l'apport de variables externes afin de comprendre davantage l'intention comportementale (Rivis, Sheeran, & Armitage, 2009). En effet, une combinaison de théories pourrait être efficace pour prédire et expliquer les comportements liés à la santé (Godin, Sheeran, Conner, Gagné, Blondeau & Germain, 2004). Ainsi, la norme morale et le regret anticipé représentent des variables additionnelles pouvant permettre de mieux expliquer l'intention comportementale.

D'une part, la norme morale est empruntée de la théorie des comportements interpersonnels de Triandis (1977) (Gagné & Godin, 2012; Godin, 1991). Elle correspond à l'obligation morale ressentie par la personne d'adopter le comportement (Gagné & Godin, 1999). Par exemple, dans le doute et de façon à ne pas infecter d'éventuels partenaires, il pourrait être dans les principes de vie d'un adolescent d'aller voir l'infirmière scolaire pour participer à une activité de dépistage des ITSS lors d'une nouvelle relation sexuelle. La norme morale permet d'augmenter, en moyenne, la variance expliquée de l'intention de 3 %, et ce, une fois considérés les déterminants attitude, norme subjective et perception du contrôle sur le comportement (McEachan et al., 2011).

D'autre part, le regret anticipé est la somme des croyances de l'individu liées au niveau de regret, de tension ou de préoccupation qu'il ressentirait s'il n'adoptait pas le comportement souhaité (Godin, Sheeran, Conner, Gagné, Blondeau & Germain, 2004). Par exemple, un adolescent pourrait anticiper un regret si celui-ci ne participait pas à une activité de dépistage des ITSS, dans le contexte d'une nouvelle relation sexuelle. Ainsi, anticiper un tel regret pourrait conduire cet élève à adopter le comportement souhaité (dépistage des ITSS) afin de minimiser les chances de le regretter (Pratkanis, 2007). Cette variable permet d'augmenter, en moyenne, la variance expliquée de l'intention de 5 %, et ce, une fois que les déterminants attitude, norme subjective et perception du contrôle sur le comportement sont considérés (McEachan et al., 2011).

Recension des écrits

La recension des écrits a été adaptée selon les étapes d'une revue intégrative. Une revue intégrative des écrits permet de déterminer les connaissances actuelles sur un sujet et de faire une analyse et une synthèse des études quantitatives et qualitatives (Fortin & Gagnon, 2016). Dans le présent cas, le sujet devant être approfondi est « la motivation de participer à une activité de dépistage des ITSS chez des élèves de secondaire 4 et 5 ». Les bases de données CINAHL, Medline et PsychINFO ont été consultées. Seuls les articles anglophones et francophones de moins de dix ans disponibles en version intégrale ont été sélectionnés pour une première lecture du titre. Pour récupérer les études pertinentes, l'étudiante a utilisé les termes suivants pour la recension des écrits : « *sexually transmitted disease* », « *sexually transmitted infections* », « *chlamydia* », « *gonorrhoea* », « *screening* », « *test* », « *theory of planned behaviour* ». Un total de 120 articles ont été trouvés. À la suite du retrait des duplicatas et de la lecture du titre et du résumé, 11 articles ont été sélectionnés pour une lecture du texte intégral à des fins d'analyse. De ce nombre, cinq études sont de type qualitatif, quatre de type quantitatif, une de type mixte et enfin, une revue de littérature. Aucun article canadien en lien direct avec le sujet n'a été trouvé. Les articles recensés sont pour la plupart européens et américains. La majorité des articles ciblent spécifiquement la chlamydia et peu d'articles parlent des ITSS de façon générale. Un résumé de chaque article scientifique sous forme de tableau est présent en Appendice A pour plus de détails.

La participation à une activité de dépistage des ITSS

Les articles identifiés ont été regroupés sous quatre thèmes. Tout d'abord, les articles ayant utilisé la TCP d'Azjen (1991) pour explorer les facteurs motivationnels à participer ou non à une activité de dépistage des ITSS seront abordés. Ensuite, les articles traitant de l'influence des connaissances des ITSS à l'égard de la participation à une activité de dépistage de ces infections seront abordés. Troisièmement, la perception des jeunes concernant la procédure du prélèvement lors d'une activité de dépistage pour la chlamydia sera traitée. Finalement, les études abordant les facteurs incitant ou empêchant de participer à une activité de dépistage des ITSS seront discutées.

Théorie du comportement planifié d'Azjen (1991)

Selon la revue de littérature de Pavlin et al. (2006), la TCP d'Azjen (1991) pourrait être utile pour comprendre le choix des jeunes âgés de 15 à 24 ans de participer (ou non) à une activité de dépistage des ITSS. Depuis lors, quatre études ont exploré les facteurs motivationnels à participer ou non à une activité de dépistage des ITSS à l'aide de cette théorie (Booth, Harris, Goyder, & Norman, 2012; Booth et al., 2014, 2015; Boudewyns & Paquin, 2011).

D'abord, Booth et al. (2012) ont réalisé une étude qualitative pour explorer les croyances saillantes des jeunes de 16 à 24 ans vivant dans des zones relativement défavorisées concernant la participation à une activité de dépistage de la chlamydia. Les croyances comportementales les plus fréquentes ont été « le dépistage m'informe de mon état de santé sexuel », « le dépistage me permet de me rassurer quant à l'absence de la

chlamydia », « le dépistage me permet de savoir si j'ai la chlamydia » et enfin, « le dépistage peut prévenir la transmission de l'infection » (Booth et al., 2012). Les croyances normatives les plus importantes ont été « le partenaire », « les parents » et « les amis » (Booth et al., 2012). Par ailleurs, « la disponibilité du test de dépistage à différents endroits », « le souhait de savoir si j'ai la chlamydia » et « le soutien des amis » constituent des facteurs facilitants au dépistage de l'infection (Booth et al., 2012). Quant à elles, les barrières principalement identifiées ont été « la difficulté de transport pour aller faire un test de dépistage », « avoir autre chose de mieux à faire »; et « de penser que le dépistage de la chlamydia est une perte de temps » (Booth et al., 2012).

De plus, Booth et al. (2012) ont mis en lumière que les différents types de croyances sur les résultats des tests de dépistage de la chlamydia peuvent influencer « l'intention » de participer à une activité de dépistage des ITSS de façon autant positive que négative. Par exemple, l'intention de passer un test de dépistage pour la chlamydia sera plus élevée si les jeunes croient qu'ils recevront un réconfort plutôt qu'un diagnostic. À l'inverse, les croyances d'être vus ou connus pour participer à une activité de dépistage de la chlamydia, liées à la stigmatisation entourant cette infection et son dépistage, peuvent influencer négativement l'intention des jeunes de participer au dépistage de la chlamydia. Bien que cette étude ait permis d'identifier certaines croyances, celle-ci ne constitue qu'une première étape vers le développement éventuel d'une intervention visant à favoriser le dépistage.

Ensuite, la TCP d'Azjen (1991) a été utilisée dans l'étude de Boudewyns et Paquin (2011) pour prédire l'intention d'étudiants de 18 à 28 ans de premier cycle à l'université de participer à une activité de dépistage des ITSS. Les résultats ont indiqué que 70 % de la variance de l'intention de participer à une activité de dépistage a été expliquée par les déterminants « directs », soit l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle sur le comportement. En analysant les coefficients bêta standardisés, lesquels permettent de déterminer l'importance relative des déterminants directs, il en ressort que l'attitude (bêta standardisé $[\beta] = 0,70$; $p < .001$) et la norme subjective ($\beta = 0,18$; $p < .01$) ont expliqué davantage l'intention. Plus précisément, pour chaque augmentation d'une unité sur l'échelle de l'attitude, une augmentation de 0,70 point a été observée sur l'échelle de l'intention, mesurée sur une échelle à 7 points. De plus, pour chaque augmentation d'une unité de la norme subjective, on observe une augmentation de 0,18 point de l'intention. Toutefois, le coefficient bêta standardisé de la perception du contrôle comportemental a été seulement de 0,01 ce qui suggère, dans ce cas, que ce déterminant n'a pas eu d'influence sur le plan de l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS.

Fait intéressant, ces auteurs ont refait l'étude avec un deuxième échantillon pour la même population. Les résultats ont renforcé l'importance de l'attitude (bêta = 0,42; $p < .001$) et de la norme subjective (bêta = 0,30; $p < .001$) dans la prédiction de l'intention de participer à une activité de dépistage. Encore une fois, la perception du contrôle comportemental ne s'est pas révélée importante dans la prédiction de l'intention (bêta = 0,05; $p < 0,46$). En somme, sur le plan pratique, ces résultats suggèrent qu'une intervention devrait faire ressortir les avantages pour les étudiants de participer à une

activité de dépistage et aussi démontrer que l'environnement social immédiat soutient le comportement souhaité. Ainsi, plus ces déterminants seront favorables, meilleure sera l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS.

Booth et al. (2014), quant à eux, ont utilisé la TCP d'Ajzen (1991) pour prédire l'intention de participer à une activité de dépistage pour la chlamydia chez des jeunes de 16 à 24 ans. Ces jeunes fréquentaient une école professionnelle et vivaient dans des régions défavorisées. Les résultats ont montré que 43 % de la variance de l'intention a été expliquée par les déterminants attitude, norme subjective et perception de contrôle sur le comportement. En analysant les coefficients bêta standardisés, les deux déterminants les plus importants pour expliquer l'intention ont été l'attitude ($\beta = 0,33$; $p < .001$) et la norme subjective ($\beta = 0,44$; $p < .001$). La perception de contrôle sur le comportement s'est également révélée un déterminant statistiquement significatif de l'intention avec un coefficient bêta standardisé de 0,12 ($p < .05$). Sur le plan pratique, outre l'importance des déterminants attitude et norme subjective, la perception du contrôle sur le comportement est également à considérer, de façon à motiver les jeunes à participer à une activité de dépistage des ITSS.

Les deux études mentionnées précédemment ne donnent qu'une idée générale des déterminants les plus importants à considérer lors du développement d'une intervention. De fait, selon Ajzen (1991), le développement d'une intervention visant un changement de comportement devrait être fondé sur les croyances comportementales, les croyances normatives et les croyances de contrôle, lesquelles, rappelons-le, déterminent

respectivement l'attitude envers le comportement, la norme subjective et la perception du contrôle sur le comportement. Ces croyances, également appelées les déterminants indirects de l'intention, reflètent finalement la structure cognitive sous-jacente qui détermine l'intention d'un individu.

En ce sens, Booth et al. (2015) ont publié une étude pour identifier les principales croyances qui sous-tendent les intentions de dépistage de la chlamydia. De surcroît, cette étude est la suite de l'étude de Booth et al. (2014) abordée précédemment, laquelle avait identifié comme déterminants directs significatifs l'attitude, la norme subjective ainsi que la perception de contrôle. Les croyances comportementales les plus importantes sont, entre autres, le fait de se rassurer et aider à arrêter la transmission des ITSS (Booth et al., 2015). Les croyances normatives les plus importantes sont « la mère », « le père », « le ou la partenaire » et « les amis » (Booth et al., 2015). Enfin, les facteurs facilitants ou pouvant nuire au dépistage qui s'avèrent les plus importants sont « le fait de croire que nous avons une chlamydia », « le dépistage est disponible à plusieurs endroits » et « la peur d'avoir la chlamydia ».

En résumé, la TCP d'Ajzen (1991) pourrait être utile pour accroître la compréhension au sujet des facteurs motivationnels incitant les jeunes à participer ou non à une activité de dépistage pour les ITSS. En effet, Booth et al. (2015) ont mis en lumière que les croyances de la TCP d'Ajzen (1991) sont significativement corrélées avec l'intention de passer un dépistage de la chlamydia. De plus, un certain pourcentage de la variance de l'intention de passer un dépistage de la chlamydia est expliqué par les

déterminants directs de la TCP (Boudewyns & Paquin, 2011; Booth et al., 2014). Pour expliquer davantage l'intention, des variables externes, telles que la norme morale et le regret anticipé, peuvent être ajoutées à la TCP (Rivis et al., 2009).

Les connaissances générales sur les ITSS

Selon Lorimer et Hart (2010), une connaissance insuffisante ou voire même erronée de la chlamydia pourrait constituer un obstacle à participer à une activité de dépistage de cette infection. C'est pourquoi des études, au nombre de quatre, se sont intéressées aux connaissances générales des jeunes concernant les ITSS, particulièrement la chlamydia (Henning, Alice, Sanci, & Dunning, 2007; Lorimer & Hart, 2010; Richardson, Maple, Perry, Ambler, Jurd & Fischer, 2010; Greaves, Lonsdale, Whinney, Hood, Mossop & Olowokure, 2009). Les résultats de ces études seront tout d'abord présentés. Par la suite, l'influence de ces connaissances envers la participation à une activité de dépistage sera discutée.

Deux des quatre études ont fait ressortir que les jeunes âgés de 16 à 24 ans identifient bien la chlamydia comme étant une ITSS (Henning et al., 2007; Lorimer & Hart, 2010). Lorimer & Hart (2010) ainsi que Richardson et al. (2010) ont cependant souligné que le côté asymptomatique de la chlamydia n'est pas connu de cette population. Pour leur part, Henning et al. (2007) indiquent que les jeunes ne connaissent généralement pas les complications associées aux ITSS. À l'opposé, les participants des études de Lorimer et Hart (2010) ainsi que de Richardson et al. (2010) ont reconnu l'infertilité comme la seule complication de la chlamydia. Ces différences quant aux complications

possibles des ITSS peuvent cependant s'expliquer par le fait que ces études ont ciblé des populations légèrement différentes. L'étude de Lorimer et Hart (2010) a ciblé des jeunes de 16 à 24 ans dans plusieurs milieux de vie (p. ex. : école, milieux de travail, etc.), alors que l'étude d'Henning et al. (2007) a été réalisée auprès de jeunes sans domicile fixe âgés de 16 et 26 ans. Cela peut donc suggérer, selon les résultats des études, que les jeunes sans domicile fixe ont des connaissances moindres sur la chlamydia que les jeunes en général. Quant à eux, Richardson et al. (2010) se sont intéressés aux jeunes de 16 à 24 ans ayant refusé de participer à une activité de dépistage de la chlamydia qui leur avait été offerte dans les établissements scolaires. Cela pourrait sous-entendre que seul le point de vue des personnes refusant le dépistage peut amener des résultats différents.

Par ailleurs, les différentes populations à l'étude peuvent aussi expliquer certains autres résultats. Par exemple, Lorimer & Hart (2010) ont fait ressortir que la majorité des participants était bien au fait que la non-utilisation du condom est le principal facteur de transmission de la chlamydia. Pour leur part, Henning et al. (2007) ont fait ressortir le fait que les jeunes ne connaissent pas les moyens de prévention. Sur le plan des connaissances liées à la chlamydia, les participants de sexe féminin présentent de meilleurs résultats que les participants du sexe opposé (Greaves et al., 2009; Lorimer & Hart, 2010). Ce constat a aussi été mis en lumière dans une étude québécoise, nommée PIXEL, sur la santé sexuelle des jeunes adultes du Québec âgées de 17 à 29 ans (INSPQ, 2017).

Finalement, les quatre études concluent qu'il faut améliorer les connaissances des jeunes concernant la chlamydia, sa détection et son traitement pour influencer la

participation à une activité de dépistage des ITSS (Henning et al., 2007; Greaves et al., 2009; Lorimer et Hart, 2010; Richardson et al., 2010). En outre, Lorimer et Hart (2010) et Henning et al. (2007) indiquent que des efforts accrus sont nécessaires pour augmenter la connaissance de la chlamydia chez les jeunes dans un objectif de réduire la prévalence de l'infection. Cependant, comme souligné par Godin et Côté (2006) ainsi que Greaves et al. (2009), l'augmentation des connaissances ne se traduit pas nécessairement par un changement de comportement. En effet, il existe un modèle, le « *Knowledge-Attitude-Behavior Model* », qui a comme assise que le changement de comportement se fait graduellement par l'entremise du changement d'attitude qui sera initié par l'augmentation des connaissances (Baranowski, Cullen, Nicklas, Thompson, & Baranowski, 2003). Toutefois, ce modèle semble être inadéquat comme moyen de comprendre ou de promouvoir un changement de comportement lié à la santé (Baranowski et al., 2003). Par exemple, selon Greaves et al. (2009), bien que les étudiants en médecine aient une meilleure connaissance des ITSS, cette dernière n'augmente pas les moyens de prévention tels que l'utilisation du condom ou la demande de dépistage. En bref, la seule acquisition des connaissances sur la chlamydia ne se manifesterait pas nécessairement par l'augmentation de la participation à une activité de dépistage de cette infection.

Les connaissances spécifiques sur le dépistage

Trois études se sont intéressées à la perception des jeunes concernant la procédure du prélèvement lors d'une activité de dépistage pour la chlamydia (Richardson et al., 2010; Lorimer & Hart, 2010; Henning et al., 2007). Alors que les études de Richardson et al. (2010) ainsi que Henning et al. (2007) sont de nature qualitative, regroupant

respectivement 14 et 25 participants, celle de Lorimer et Hart (2010) est de nature quantitative regroupant un total de 363 participants. Les participants de l'étude de Richardson et al. (2010) qui ont refusé l'offre de dépistage de la chlamydia en milieu scolaire croient qu'ils doivent se dénuder pour participer à une activité de dépistage des ITSS et que ce dépistage sera inconfortable ou douloureux. Selon Henning et al. (2007), plusieurs participants ne connaissent pas la procédure du prélèvement lors d'une activité de dépistage pour la chlamydia. En outre, toujours selon ces auteurs, quelques-uns des participants croient même qu'il faut avoir une ponction veineuse pour détecter la chlamydia. Ces derniers résultats suggèrent que l'ignorance de la procédure du prélèvement pourrait constituer une barrière à participer à une activité de dépistage des ITSS. En effet, les participants trouvent acceptable l'idée de participer à une activité de dépistage de la chlamydia, une fois la procédure connue (Henning et al., 2007). En ce qui a trait à la procédure proprement dite, une seule étude a permis de constater que les jeunes âgés de 16 à 24 ans ont bien identifié le prélèvement par l'échantillon d'urine (Lorimer & Hart, 2010). Depuis 2016 au Québec, l'échantillon de l'urine est recommandé chez l'homme en l'absence de symptômes pour la détection de la chlamydia (MSSS, 2016b). Chez la femme, le prélèvement autovaginal est recommandé en premier lieu et l'échantillon par l'urine en deuxième lieu, et ce, en l'absence de symptômes pour la détection de la chlamydia (MSSS, 2016b).

Tout bien considéré, une seule étude a fait ressortir que les jeunes connaissent la procédure du prélèvement lors d'une activité de dépistage de la chlamydia (Lorimer et Hart, 2010). Les participants des autres études ne connaissent pas la procédure ou croient

à tort que l'examen sera inconfortable ou douloureux (Henning et al., 2007; Richardson et al., 2010). Ainsi, plusieurs auteurs ont suggéré qu'il est donc important de diffuser de l'information sur les procédures de dépistage des ITSS pour influencer la participation à une activité de dépistage des ITSS (Greaves et al., 2009; Lorimer et Hart, 2010; Richardson et al., 2010; Henning et al., 2007). Néanmoins, comme cela a été mentionné précédemment, la diffusion de l'information sur les procédures de dépistage de la chlamydia peut ne pas entraîner à elle seule un changement de comportement (Greaves et al., 2009).

La perception des jeunes

Trois études qualitatives ont exploré les facteurs qui incitent les jeunes à participer ou non à une activité de dépistage des ITSS (Balfe, Brugha, O'Donovan, O'Connell & Vaughan, 2010; Pavlin, Parker, Fairley, Gunn & Hocking, 2008; Richardson et al., 2010). Ces auteurs notent que la stigmatisation de la chlamydia constitue une barrière à une activité de dépistage de la chlamydia. L'INSPQ (2018) définit la stigmatisation liée à la santé comme « un processus social à travers lequel se construisent ou se renforcent des représentations sociales négatives à l'égard de certains groupes d'individus étiquetés sur la base de problèmes de santé jugés évitables ou sous leur contrôle » (p. 1). Selon les trois études susmentionnées, l'ensemble des jeunes associent la chlamydia aux comportements sexuels à risque tels que des aventures d'une nuit ou comportant de multiples partenaires (Balfe et al., 2010; Pavlin et al., 2008; Richardson et al., 2010). Par exemple, la plupart des participantes de l'étude de Balfe et al. (2010) refuseraient une offre de dépistage des ITSS, qu'elles ne s'attendaient pas à recevoir initialement, dans le but de projeter une

image d'une personne qui n'est pas à risque de contracter une ITSS devant les professionnels de la santé. Plus explicitement, pour les jeunes femmes, cela suggère qu'une étiquette de « mauvaise fille » est associée au fait de participer à une activité de dépistage des ITSS. De surcroît, Richardson et al. (2010) font ressortir que les jeunes croient que s'ils demandent de participer à une activité de dépistage pour la chlamydia, cela indique qu'ils ont l'infection. Cette perception pourrait constituer une barrière à participer à une activité de dépistage pour la chlamydia. De plus, le fait de devoir parler de leur histoire sexuelle représente une autre barrière à participer à une activité de dépistage (Pavlin et al., 2008). Ces auteurs ont montré que les jeunes femmes sont préoccupées par le fait d'être jugées par le nombre de partenaires sexuels, par exemple. Pour enrayer ainsi la stigmatisation, les femmes sentent le besoin que le dépistage de la chlamydia soit normalisé (Pavlin et al., 2006; Pavlin et al., 2008). La normalisation est le fait de rendre une action, ici la participation à une activité de dépistage des ITSS, conformes à la norme ou aux standards de la perception de la population (*Le Petit Larousse illustré*, 2013). Ainsi, selon Pavlin et al. (2008), le dépistage ne serait pas discriminatoire et donc acceptable s'il était fondé seulement sur l'âge, par exemple, chez les jeunes femmes de 16 à 24 ans et non sur leurs comportements sexuels.

Par ailleurs, selon l'étude de Richardson et al. (2010), les jeunes ayant refusé le dépistage croient qu'ils ne courent aucun risque de contracter la chlamydia s'ils n'ont que quelques partenaires, des relations stables ou s'ils croient connaître leurs partenaires. Cette perception de croire au faible risque de contracter une ITSS avec un partenaire connu est aussi mise en lumière dans la revue de littérature de Pavlin et al. (2006). Ainsi, cela

suggère que la faible perception du risque de contracter une ITSS constitue une barrière à une participation à une activité de dépistage des ITSS.

Selon Balfé et al. (2010), certains facteurs pourraient favoriser l'acceptation de participer à une activité de dépistage des ITSS. D'abord, la participation à une activité de dépistage des ITSS devrait être vue comme un devoir moral, c'est-à-dire comme une bonne chose à faire. En d'autres termes, la personne démontre qu'elle est responsable de sa santé (et de la santé de futurs partenaires sexuels) en participant à une activité de dépistage des ITSS. De plus, le fait que le professionnel de la santé indique que c'est « normal » et que plusieurs jeunes femmes le font facilite la participation à une activité de dépistage de la chlamydia. Selon la revue de littérature de Pavlin et al. (2006), les femmes seraient plus enclines à accepter le dépistage de la chlamydia dans la mesure où elles croient que la chlamydia est une infection sérieuse, commune, asymptomatique et ayant des complications à long terme telles que l'infertilité.

En bref, la stigmatisation de la chlamydia est une barrière à participer à une activité de dépistage des ITSS (Balfé et al., 2010; Pavlin et al., 2008; Richardson et al., 2010). Cette stigmatisation pourrait alors affecter la personne, entre autres par la diminution de l'estime de soi et ainsi limiter son accès à des soins et services (INSPQ, 2018). De plus, la mention des comportements sexuels aux professionnels de la santé et la faible perception de la vulnérabilité des jeunes à contracter la chlamydia sont des barrières à la participation à une activité de dépistage pour cette infection (Balfé et al., 2010; Pavlin et al., 2008; Richardson et al., 2010). En d'autres termes, ce dernier facteur suggère qu'une personne

qui ne se perçoit pas comme étant à risque de contracter une ITSS ne participera pas à une activité de dépistage des ITSS. Par contre, se percevoir comme n'étant pas à risque d'une ITSS n'indique pas nécessairement que la personne n'est pas à risque de la contracter. Ainsi, la normalisation de la chlamydia et le sentiment du devoir moral pourraient inciter davantage les jeunes à participer à une activité de dépistage de la chlamydia (Pavlin et al., 2006; Balfe et al., 2010; Pavlin et al., 2008; Richardson et al., 2010).

Objectif et questions de recherche

Objectif

L'objectif de cette étude est de déterminer les croyances permettant de prédire l'intention des jeunes de consulter l'infirmière scolaire afin de participer à une activité de dépistage des ITSS chez des élèves de secondaire 4 et 5 dans la région de la Mauricie. À l'aide de la TCP (Azjen, 1991), les questions de recherche suivantes nous aideront à atteindre cet objectif.

Questions de recherche

Q1. Quels déterminants directs de l'intention, à savoir l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle sur le comportement, permettent de prédire l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS ?

Q2. Est-ce que les déterminants norme morale et regret anticipé permettent de prédire l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS, au-delà des déterminants directs ?

Q3. Quelles sont les croyances qui prédisent l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS ?

Méthodologie

Devis de recherche

Un devis de recherche corrélationnel prédictif à un temps de mesure a été utilisé. Ce type de devis permet de prédire la valeur d'une variable fondée sur les valeurs obtenues des autres variables afin de mieux comprendre l'association entre les croyances et l'intention (Fortin & Gagnon, 2016).

Milieu de recherche

Le projet de recherche s'est déroulé dans deux écoles secondaires de la ville de Shawinigan. Des lettres de collaboration ont été signées avec ces deux écoles. Le nombre d'élèves en secondaire 4 et 5 pour ces deux écoles totalise environ 330 élèves.

Population et échantillonnage

La population incluait tous les élèves de niveau secondaire 4 et 5. La population accessible était les élèves de secondaire 4 et 5 dans 2 écoles de la ville de Shawinigan en Mauricie.

Un échantillonnage de convenance a été utilisé. Ce type d'échantillonnage non probabiliste, nommé aussi accidentel, se compose de gens faciles d'accès dans un lieu prédéterminé à un moment donné (Fortin & Gagnon, 2016). Ici, les élèves ont été rencontrés durant une période de classe. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) être âgé de 15 à 19 ans; 2) être en secondaire 4 ou 5; et, 3) avoir le français comme

langue maternelle. Le seul critère d'exclusion était le refus de signer le formulaire de consentement.

Taille de l'échantillon

Le progiciel G*Power 3 a été utilisé pour déterminer la taille d'échantillon nécessaire (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007). En supposant une puissance statistique de 0,80, une valeur alpha de 0,05, et une taille d'effet attendue de faible à modérée quant à la modélisation de l'intention (f^2 de Cohen de 0,10), une taille d'échantillon de 135 participants était nécessaire (Faul et al., 2007). Afin de garder une marge de manœuvre afin de s'assurer d'atteindre la taille d'échantillon nécessaire, l'ensemble des étudiants de secondaire 4 et 5 des deux écoles participantes ont été sollicités ($n = 310$).

Instruments de mesure

Fishbein & Ajzen (1980), dans le cadre de la théorie de l'action raisonnée, laquelle a précédé la TCP (Ajzen, 1991), ont établi une procédure afin de développer l'instrument de mesure inhérente à l'une ou l'autre des théories susmentionnées. Cette procédure a été reprise en français par Gagné & Godin (2012) et adaptée à la présente étude. Le choix des variables à mesurer a été déterminé en fonction de l'objectif poursuivi dans le contexte de l'utilisation de la TCP. Dans le cadre de la présente étude, l'objectif ultime poursuivi était d'identifier les croyances les plus saillantes à cibler pour définir le contenu d'une intervention visant à favoriser la participation d'élèves de secondaire 4 et 5 à une activité de dépistage des ITSS en milieu scolaire. Ainsi, il est recommandé alors de mesurer

l'intention comportementale ainsi que les déterminants « directs » et « indirects » de l'intention. Pour ce faire, un questionnaire a été utilisé et le développement de celui-ci s'est fait à travers deux volets.

Volet 1 : Préparation du questionnaire principal

Afin d'identifier les croyances comportementales, les croyances normatives et les croyances de contrôle les plus saillantes, cinq étapes ont été réalisées à cet égard. Une première étape a consisté à développer un questionnaire comprenant six questions à court développement (voir Appendice B). Par le biais de ce questionnaire, les informations suivantes ont été obtenues, soit : 1) croyances comportementales – la liste des avantages/désavantages en lien avec la participation à une activité de dépistage des ITSS; 2) croyances normatives – la liste des personnes qui approuveraient/désapprouveraient la participation à une activité de dépistage des ITSS; et, 3) croyances de contrôle – la liste des facteurs facilitants et des barrières qui pourraient nuire à la participation à une activité de dépistage des ITSS.

Dans une seconde étape, un groupe de 31 étudiants a été rencontré en juin 2016 dans le but de remplir le questionnaire décrit ci-dessus. Une certification éthique a été obtenue pour cette étape (CER-16-224-07.15). Par la suite, l'analyse de la compilation de ces données a été effectuée, ce qui constituait la troisième étape. Ainsi, selon la méthodologie suggérée par Gagné et Godin (2012), une analyse de contenu a été utilisée dans le but de faire ressortir les croyances les plus saillantes. Le Tableau 1 en présente les résultats.

Tableau 1

Liste des croyances comportementales, normatives et de contrôle

Croyances comportementales	Croyances normatives	Croyances de contrôle
Savoir si j'ai une ITSS	Ma mère	Être gêné
Être rassuré (si je n'ai pas une ITSS)	Mon père	Le soutien des personnes importantes pour moi
Prévenir la transmission de l'infection	Mon chum/ma blonde	Peur d'avoir une ITSS
Recevoir un traitement adéquat si j'ai une ITSS	Mes ami(e)s	Peur du jugement de l'infirmière
Renseignement sur les ITSS		Peur du jugement des autres élèves
Perdre mon temps		Manquer de temps
Être dérangé de manquer une période de cours		Avoir de l'étude
		Avoir du travail rémunéré
		Avoir des examens qui empêchent de prendre un rendez-vous
		Avoir autres choses de mieux à faire
		Avoir un contretemps
		Les encouragements des personnes importantes pour moi

Finalement, comme dernière étape, ces croyances ont permis de déterminer le contenu des items pour la mesure des construits indirects de la TCP. Ces items ont été intégrés au questionnaire principal.

Volet 2 – Questionnaire principal

En plus des construits indirects, soit les différents types de croyances mentionnés ci-dessus, le questionnaire principal doit aussi inclure les variables directes de la TCP. Ces variables sont l'attitude, la norme subjective, la perception de contrôle sur le comportement. De plus, pour les raisons mentionnées précédemment, la norme morale et le regret anticipé ont été ajoutés au questionnaire principal. Pour formuler les questions servant à mesurer l'intention et les variables directes de la TCP, des items pouvant être utilisés sont fournis par les études de Gagné et Godin (1999, 2012), incluant les mesures de la norme morale et du regret anticipé, satisfaisant ainsi les recommandations d'Ajzen et Fishbein. Ce questionnaire principal a ainsi été développé et celui-ci contient 47 questions (voir Appendice C). Les données sociodémographiques font l'objet de six questions et il y a 38 questions avec une échelle à sept niveaux pour mesurer chacun des concepts de la TCP. Ces concepts sont définis dans la section des définitions conceptuelles et opérationnelles ci-dessous. Ce questionnaire a été testé pour sa compréhension, son niveau de langage et sa clarté par des professionnels de la santé, entre autres en santé scolaire et en clinique de santé sexuelle, ainsi que quelques étudiants de la même population.

Définitions conceptuelles et opérationnelles

Tout d'abord, pour opérationnaliser les concepts de la recherche, il y a eu une mise en situation pour mettre les élèves dans le même contexte, et ce, pour le questionnaire préliminaire et principal. Cette mise en situation était la suivante : « Tu as commencé à avoir des relations sexuelles. Parfois, elles sont protégées, d'autres fois non... ce qui pourrait t'amener à contracter une ITSS. »

L'intention est l'expression de notre motivation à adopter un comportement (Azjen, 1991). Elle a été mesurée à l'aide de trois items avec une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle de « très improbable » à « très probable » pour mesurer l'énoncé « J'aurais l'intention de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire ». La mesure finale de l'intention a consisté en la moyenne des trois items. La consistance interne (alpha de Cronbach) des trois items a été vérifiée et une valeur de 0,90 a été observée. Une valeur de 0,90 et plus indique une grande fiabilité de la consistance interne (Salkind & Salkind, 2010).

L'attitude est l'opinion favorable ou défavorable de la personne envers l'adoption du comportement (Azjen, 1991). Elle a été mesurée à l'aide de quatre items avec une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle de « très désagréable » à « très agréable » pour mesurer l'énoncé « Pour moi, consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire serait... ». La mesure finale de l'attitude a consisté en la moyenne des quatre items. La consistance interne d'une valeur de 0,66 a été observée. Une valeur de 0,60 est le seuil jugé acceptable (Wati, Mahtari, Hartini, & Amelia, 2019).

La norme subjective est la perception du degré d'accord ou de désaccord des personnes importantes vis-à-vis l'adoption du comportement (Azjen, 1991). Elle a été mesurée à l'aide de deux items avec une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle de « très en désaccord » à « très en accord » pour mesurer l'énoncé « La plupart des personnes qui sont importantes pour moi me recommanderaient de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire ». La mesure finale de la norme subjective a consisté en la moyenne des deux items. Comme l'alpha de Cronbach ne peut être utilisé en présence de deux items seulement, la corrélation de Pearson des deux items a été vérifiée et une valeur adéquate de 0,70 a été observée. Une valeur supérieure ou égale à 0,5 indique une forte corrélation entre les deux items (Salkind & Salkind, 2010).

La perception de contrôle sur le comportement est la perception de la facilité ou de la difficulté à l'idée d'adopter le comportement (Azjen, 1991). Elle a été mesurée à l'aide de quatre items avec une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle de « très en désaccord » à « très en accord » pour mesurer l'énoncé « Je me sentirais capable de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire ». La mesure finale de la perception de contrôle a consisté en la moyenne des quatre items. La consistance interne d'une valeur de 0,70 a été observée, ce qui indique une bonne et adéquate fiabilité (Salkind & Salkind, 2010).

Les croyances comportementales consistent en l'évaluation faite par l'individu des conséquences aux actions qu'il pose (Godin, 1991). Chacune des croyances comportementales, au nombre de sept (voir Tableau 1, p. 45), a été mesurée à l'aide d'une

échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle de « très improbable » à « très probable » pour mesurer l'énoncé « En consultant l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire... Je saurais si j'ai une ITSS ».

Les croyances normatives sont l'importance que la personne accorde à l'opinion de certaines personnes ou groupes de personnes (Godin, 1991). Chacune des croyances normatives, au nombre de quatre (voir Tableau 1, p. 45), a été mesurée à l'aide d'une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle « désapprouverait fortement » à « approuverait fortement » pour mesurer l'énoncé « ma mère approuverait/désapprouverait que je consulte l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire ».

Les croyances de contrôle sont l'estimation de la probabilité qu'un certain facteur qui facilite ou nuit à l'adoption du comportement sera présent ou absent au moment de passer à l'action (Godin, 1991). Chacune des croyances de contrôle, au nombre de 12 (voir Tableau 1, p. 45), a été mesurée à l'aide d'une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle de « très improbable » à « très probable » pour mesurer l'énoncé « Je consulterais l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire même si... j'avais peur d'avoir une ITSS ».

La norme morale est le sentiment d'obligation morale ressentie par la personne de réaliser le comportement (Gagné & Godin, 1999). Elle a été mesurée à l'aide de deux items avec une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle de « très en désaccord » à « très en accord » pour mesurer l'énoncé « Il serait dans mes principes de

consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire ». La mesure finale de la norme morale a consisté en la moyenne des deux items. La corrélation de Pearson a donc été utilisée et une valeur adéquate de 0,75 a été observée, ce qui signifie une forte corrélation (Salkind & Salkind, 2010).

Le regret anticipé est les croyances de l'individu liées au niveau de regret, de tension ou de préoccupation qu'il ressentirait s'il n'adoptait pas le comportement (Godin, Sheeran, Conner, Gagné, Blondeau & Germain, 2014). Elle a été mesurée à l'aide de trois items avec une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle de « très en désaccord » à « très en accord » pour mesurer l'énoncé « Si, d'ici la fin de l'année scolaire, je ne consultais pas l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS, je le regretterais ». La mesure finale du regret anticipé a consisté en la moyenne des trois items. La consistance interne d'une valeur de 0,95 a été observée, ce qui indique une haute fiabilité (Salkind & Salkind, 2010).

Collecte des données

Le questionnaire principal a été distribué auprès d'étudiants de secondaire 4 et 5 à l'automne 2017. Des collaborations avec deux écoles secondaires de la Mauricie ont été signées dans le but de rencontrer ces adolescents lors de rencontres en classe. Ainsi, 310 élèves ont été rencontrés afin de leur donner de l'information sur le sujet de la recherche et leurs rôles s'ils acceptaient de participer. Les adolescents qui refusaient de participer devaient faire des travaux scolaires selon l'entente qui avait été prise avec l'enseignant.

Analyse des données

Pour le plan d'analyse statistique, des analyses descriptives et inférentielles ont été utilisées pour respectivement décrire l'échantillon et répondre aux trois questions de recherche.

Analyse descriptive

Une analyse descriptive a permis de décrire les données brutes (Fortin & Gagnon, 2016). Ainsi, des fréquences et moyennes ont été utilisées afin de décrire les variables psychosociales et sociodémographiques.

Analyse inférentielle

Tout en permettant de répondre à la première et seconde question de recherche, l'analyse inférentielle a permis principalement de vérifier la troisième question de recherche. Dans cette optique, la procédure établie par Von Haeften a été utilisée (Von Haeften, Fishbein, Kasprzyk, & Montano, 2001). Cette procédure nécessite quatre étapes pour l'identification des déterminants clés d'un comportement ciblé dans une population donnée. Celle-ci est décrite plus en détail à la section de l'article scientifique.

Aspects éthiques

Selon l'énoncé de politique des trois conseils [EPTC2] (Conseil de recherche en sciences humaines du Canada [CRSH], Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada [CRSNG] et Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC], 2014), il existe trois principes directeurs pour respecter la dignité humaine.

Respect de la personne

Le respect de la personne inclut le consentement libre, éclairé et continu et le respect des personnes vulnérables (Fortin & Gagnon, 2016; CRSH, CRSNG & IRSC, 2014). Concernant l'étude de l'intention de participer ou non à une activité de dépistage des ITSS, il y avait une lettre d'information qui accompagnait le formulaire de consentement. Cette lettre était écrite en utilisant un langage approprié pour s'assurer de la compréhension de chaque personne. Elle était expliquée et présentée par l'étudiante lors d'une rencontre en classe. L'étudiante pouvait répondre à toutes les questions. De plus, il était évident que le fait de participer ou non n'influencerait pas le dossier académique. À tout moment, les participants pouvaient se retirer sans aucune explication. Les participants étaient des élèves de secondaire 4 et 5 âgés de 15 ans et plus. Selon l'article 21 du Code civil du Québec (chapitre CCQ-1991), un mineur de 14 ans et plus a droit de consentir seul si l'avis du comité d'éthique juge qu'il n'y a qu'un risque minimal et que les circonstances le justifient.

La préoccupation pour le bien-être

La confidentialité fait partie du respect de la vie privée (Fortin & Gagnon, 2016). Les questionnaires de l'étude étaient anonymes. Les données n'ont été utilisées que pour cette étude et seront gardées sous clé pour une période de 5 ans au bureau du directeur de recherche. Ces données seront par la suite détruites par déchiquetage. De plus, les risques et les avantages de la recherche ont bien été expliqués aux participants par l'entremise de la lettre d'information.

La justice

La justice implique de traiter les personnes de manière juste et équitable (Fortin & Gagné, 2016; CRSH, CRSNG & IRSC, 2014). Ainsi, les critères d'inclusion doivent être établis en lien avec la question de recherche (Fortin & Gagné, 2016). Le premier critère d'inclusion pour la recherche sur le dépistage des ITSS chez les élèves de secondaire 4 et 5 était d'être en secondaire 4 et 5, ce qui semble être juste. De plus, les élèves devaient être âgés de 15 à 19 ans dans un but d'inclure la majorité des élèves en secondaire 4 et 5. Les données sur le dépistage des ITSS ne débutent qu'à partir de 15 ans. Il serait donc plus difficile d'analyser les résultats des élèves âgés de 14 ans. Le fait de parler et écrire le français a été mentionné dans les critères d'inclusion pour que tous soient en mesure de bien comprendre et remplir le questionnaire. Pour réduire les inconvénients de la recherche, soit de répondre à des questions personnelles, les participants étaient avisés que le travailleur social et l'infirmière de l'école étaient présents pour eux, et ce, en toute confidentialité.

Les risques

Il n'y avait aucun risque à proprement dit pour la recherche sur la motivation des élèves de secondaire 4 et 5 à participer à une activité de dépistage des ITSS. En revanche, il y avait certains inconvénients. Tout d'abord, il y avait le temps à consacrer à la complétion du questionnaire. Le questionnaire préliminaire a pris tout au plus une quinzaine de minutes. Le questionnaire principal a pris un maximum de 30 minutes. Cette complétion a été faite durant une période de classe. Les élèves ne voulant pas participer ont été affectés à des tâches scolaires. Finalement, les élèves devaient répondre à des

questions personnelles. Les participants pouvaient au besoin aller rencontrer le travailleur social ou l'infirmière de l'école qui étaient présents à temps plein en toute confidentialité.

Les bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la motivation des élèves de secondaire 4 et 5 à participer ou non à une activité de dépistage des ITSS constitue le seul avantage direct à la recherche. Les résultats permettront de mettre en évidence les déterminants incitant les adolescents à participer ou non à une activité de dépistage des ITSS. Des recommandations pourront être émises dans le but d'améliorer le taux de participation de dépistage des ITSS, ce qui permettra à plus de jeunes de recevoir une consultation adéquate en matière d'ITSS et le traitement nécessaire au besoin.

Article scientifique

Croyances associées à la participation à une activité de dépistage des infections
transmissibles sexuellement et par le sang chez des élèves de 4^e et 5^e secondaire

Carol-Ann Lavoie, inf B.Sc., M.Sc. (c)

Département des Sciences Infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500,
Québec, Canada, G9A 5H7

François Boudreau, Ph.D.

Département des Sciences Infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500,
Québec, Canada, G9A 5H7

Croyances associées à la participation à une activité de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez des élèves de 4^e et 5^e secondaire

Résumé

Introduction: Au Québec, au cours des dernières années, une hausse constante des cas de chlamydia et une croissance rapide de cas de gonorrhée chez les jeunes de 15 à 24 ans ont été observées. Le dépistage asymptomatique des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) est un moyen de prévenir leur propagation. Or, malgré l'accessibilité aux services de dépistage des ITSS, même dans les milieux scolaires, le taux de participation des jeunes de 15 à 24 ans demeure modeste.

Objectif: À l'aide de la théorie du comportement planifié (TCP), déterminer les croyances permettant de prédire l'intention des élèves de secondaire 4 et 5 de participer à une activité de dépistage des ITSS en milieu scolaire.

Méthode: Un total de 294 élèves de secondaire 4 et 5 ont rempli un questionnaire autoadministré qui incluait les construits de la TCP, en plus de la norme morale et du regret anticipé.

Résultats: Les résultats des analyses de régression multiple montrent que cinq croyances sont davantage liées à l'intention des jeunes de participer à une activité de dépistage des ITSS, soit « être rassuré (si je n'ai pas une ITSS) », « perdre mon temps », « le soutien des personnes importantes pour moi », « peur d'avoir une ITSS » et « être gêné ».

Discussion et conclusion: Les résultats suggèrent qu'une stratégie de communication ciblant cinq croyances spécifiques pourrait accroître l'intention des jeunes de secondaire 4 et 5 de participer à une activité de dépistage des ITSS.

Mots clés: Dépistage, ITSS, Théorie du comportement planifié, croyances.

Abstract

Introduction: In Quebec, in recent years, a steady rise in cases of chlamydia and a rapid grow of cases of gonorrhoea among young people aged 15 to 24 years have been observed. Asymptomatic screening for sexually transmitted and blood-borne infections (STBBI) is one way to prevent their spread. However, despite the accessibility of STBBI screening services, including in school settings, the participation rate of young people aged 15 to 24 remains modest.

Objective: Using the Planned Behaviour Theory, identify beliefs that predict the intention of secondary 4 and 5 students to consult with the school nurse to participate in STBBI screening.

Method: 294 students in Secondary 4 and 5 in school completed a self-administered questionnaire that included the constructs of the theory of planned behavior.

Results: The results of the multiple regression analyses show that five beliefs are more related to the intention of youth to participate in an STBBI screening activity ("reassured (if I don't have an STBBI)", "wasting my time", "the support of people important to me", "fear of having an STBBI" and "being embarrassed").

Discussion and conclusion: The results suggest that a communication strategy targeting five specific beliefs could increase the intention of the secondary 4 and 5 youth to participate in an STBBI screening activity.

Keywords: Screening, STBBI, Theory of Planned Behavior, Beliefs.

Contribution des auteurs

Carol-Ann Lavoie a réalisé la version initiale de l'article et apporté les modifications suggérées par François Boudreau. Contribution 65 %.

François Boudreau a fait une lecture de la version initiale de l'article et a suggéré des modifications à l'auteure principale (Carol-Ann Lavoie). Contribution 35% .

Introduction

Au Québec, l'une des 10 provinces du Canada, une hausse constante des taux d'incidence des cas déclarés de chlamydia et de gonorrhée chez les jeunes de 15 à 24 ans est observée (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2019). Les ITSS étant souvent asymptomatiques, plusieurs personnes seraient ainsi infectées sans le savoir (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2004). C'est la raison pour laquelle les ITSS sont identifiées comme une épidémie silencieuse (MSSS, 2010). Les complications de ces infections peuvent par ailleurs entraîner de graves conséquences sur la santé telles que l'infertilité (Herzog et al., 2012) et l'atteinte inflammatoire pelvienne (Price et al., 2012; Tsevat et al., 2017). Ainsi, le dépistage asymptomatique des ITSS est un moyen de prévenir leur propagation (Agence de la santé publique du Canada, 2016). Or, malgré l'accessibilité aux services de dépistage des ITSS, incluant les milieux scolaires, le nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans demeure modeste. Par exemple, pour la région de la Mauricie et Centre-du-Québec, l'une des 18 régions sociosanitaires du Québec, l'objectif du nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans était de 5028 pour l'année 2018-2019, mais il y a eu seulement 4807 activités de dépistage (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2019). De plus, le plan stratégique du MSSS 2015-2020 se donne entre autres comme objectif d'augmenter de 15 % le nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (MSSS, 2015).

Préalablement au développement d'une intervention ayant pour objectif d'augmenter la participation des 15-24 ans aux activités de dépistage des ITSS, il est d'abord suggéré d'accroître notre compréhension des croyances qui les incitent à participer ou non à de telles activités (Ajzen, 2011). La théorie du comportement planifié (TCP) d'Ajzen (1991) propose à cet effet une méthodologie permettant d'identifier les croyances qui sous-tendent l'adoption d'un comportement lié à la santé. Selon cette théorie, l'intention d'adopter ou non un comportement est le déterminant le plus proximal de l'adoption ou pas du comportement en question. L'intention s'avère ainsi être un déterminant d'un comportement lorsque celui-ci est sous le contrôle de la volonté de la personne. Il est cependant admis que certains comportements requièrent dans une certaine mesure la présence de facteurs non motivationnels tels que des ressources ou la présence de circonstances opportunes (Ajzen, 1991). C'est pourquoi la TCP inclut ainsi la notion de la perception du contrôle sur le comportement comme un déterminant proximal du comportement comme le montre la Figure 1 (Ajzen, 1991; Godin, 1991).

Figure 1

Dans le contexte de la TCP, l'intention exprime donc la motivation d'une personne envers l'adoption (ou non) d'un comportement donné. Cette intention est sous l'influence des trois déterminants directs que sont l'attitude (la somme des avantages et des inconvénients à adopter un comportement), la norme subjective (forme de pression sociale perçue) et la perception du contrôle sur le comportement (perception de sa capacité à adopter un comportement) (Ajzen, 1991). Enfin, ces trois déterminants directs de l'intention sont influencés par leurs croyances respectives, en l'occurrence les croyances

comportementales, les croyances normatives et les croyances de contrôle. Ces trois types de croyances sont qualifiés comme étant les déterminants « indirects » de l'intention.

Par ailleurs, la TCP est dite « parcimonieuse », c'est-à-dire qu'elle performe bien à expliquer et à prédire les comportements liés à la santé avec un nombre restreint de déterminants (McEachan et al., 2011). Par exemple, une méta-analyse a mis en évidence que les déterminants directs expliquent, en moyenne, 44,3 % de la variance de l'intention pour un ensemble de comportements liés à la santé (McEachan et al., 2011). De plus, à leur tour, l'intention et la perception du contrôle sur le comportement expliquent, en moyenne, 19,3 % de la variance d'un ensemble de comportements liés à la santé (McEachan et al., 2011). Quelques études ont utilisé cette théorie dans le contexte du dépistage des ITSS auprès des adolescents et des jeunes adultes (Booth et al., 2014, 2015; Boudewyns & Paquin, 2011). Pour leur part, Booth et al. (2014) ont montré que les déterminants directs de la TCP expliquaient 43 % de la variance de l'intention de participer à une activité de dépistage de la chlamydia. Il ressort que la norme subjective ($\beta = 0,44$, $p < ,001$), l'attitude ($\beta = 0,33$, $p < ,001$) et la perception du contrôle sur le comportement ($\beta = 0,12$, $p < ,05$) se sont révélées par ordre décroissant d'importance les déterminants les plus importants dans la prédiction de l'intention de participer à une activité de dépistage (Booth et al, 2014). Quant à eux, Boudewyns et Paquin (2011) ont mis en lumière que l'attitude ($\beta = 0,70$, $p < ,001$) et la norme subjective ($\beta = 0,18$, $p < ,01$) ont permis d'expliquer 70 % de la variance dans la prédiction de l'intention de participer à une activité de dépistage.

Pour les deux études susmentionnées, seuls les déterminants directs de l'intention ont été utilisés. Ces déterminants directs comportent cependant l'inconvénient de ne donner qu'une idée générale des objectifs d'une intervention infirmière visant à motiver un groupe cible à participer à une activité de dépistage de la chlamydia. Par exemple, comment, dans le cadre d'une intervention d'éducation à la santé, une infirmière peut-elle atteindre l'objectif de développer auprès des 15-24 ans une attitude favorable envers la participation à une telle activité? À cet effet, comme le précise Ajzen (2011), ce sont les différents types de croyances comportementales qui, ultimement, devraient permettre d'atteindre l'objectif de développer une attitude favorable. Bien que certaines croyances comportementales qui sous-tendent une attitude favorable aient été identifiées comme principale cible dans le cadre d'une intervention pour le dépistage de la chlamydia (Booth et al., 2015), ces études comportent des limites et ne peuvent être généralisables dans le contexte québécois. Par exemple, la population de ces études était différente de la présente recherche qui s'intéresse plus spécifiquement à des jeunes en milieu scolaire secondaire. C'est donc dire que d'autres études apparaissent nécessaires afin d'identifier les croyances de l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS chez des élèves de secondaire 4 et 5.

Ajzen (1991) est par ailleurs ouvert à l'idée d'évaluer l'apport d'autres déterminants afin de comprendre davantage l'intention comportementale, et ce, une fois considérées les variables de la TCP (Rivis et al., 2009). Ainsi, dans le contexte d'une activité de dépistage des ITSS, la norme morale et le regret anticipé représentent des déterminants additionnels pouvant permettre de mieux expliquer l'intention

comportementale. Alors que la norme morale représente l'obligation morale à adopter un comportement (Gagné & Godin, 1999), le regret anticipé représente quant à lui le niveau de regret ressenti à l'idée de ne pas adopter le comportement (Godin et al., 2004).

En somme, à l'aide de la TCP (Ajzen, 1991), l'objectif principal de l'étude était de déterminer les croyances permettant de prédire l'intention des élèves de secondaire 4 et 5 de consulter l'infirmière scolaire pour participer à une activité de dépistage des ITSS.

Méthode

Devis

Un devis de recherche corrélationnel prédictif à un temps de mesure a été utilisé. Il permet de déterminer des prédicteurs de l'intention (Fortin & Gagnon, 2016).

Échantillonnage

Un échantillon de convenance a été utilisé. La population accessible était les élèves de niveau secondaire 4 et 5 de deux écoles secondaires situées sur le territoire québécois.

Mesures

Ajzen et Fishbein (1980), dans le cadre de la théorie de l'action raisonnée, laquelle a précédé la TCP (Ajzen, 1991), ont établi une procédure afin de développer l'instrument de mesure inhérente à l'une ou l'autre des théories susmentionnées. Cette procédure a été reprise en français par Gagné et Godin (2012) et adaptée à la présente étude. Le choix des variables à mesurer a été fonction de l'objectif poursuivi dans le contexte de l'utilisation de la TCP. Dans le cadre de la présente étude, l'objectif principal poursuivi était de déterminer les croyances saillantes, de façon à définir le contenu d'une intervention visant

à favoriser la participation d'élèves de secondaire 4 et 5 à une activité de dépistage des ITSS en milieu scolaire. Pour ce faire, un questionnaire a été utilisé et le développement de celui-ci s'est fait à travers deux étapes, soit la réalisation d'un volet qualitatif et d'un volet quantitatif.

Volet qualitatif. La première étape avait pour but de déterminer les croyances comportementales, les croyances normatives et les croyances de contrôle les plus saillantes. Ainsi, un groupe de 31 étudiants a été rencontré afin de remplir un questionnaire autoadministré. Dans ce questionnaire, les participants devaient indiquer les avantages et les inconvénients en lien avec la participation à une activité de dépistage des ITSS, la liste des personnes qui approuveraient ou désapprouveraient cette participation ainsi que la liste des facteurs qui pourraient faciliter ou nuire à la participation à une activité de dépistage. Une analyse de contenu a été utilisée dans le but de faire ressortir les croyances les plus saillantes selon les étapes décrites par Gagné et Godin (2012).

Volet quantitatif. Ensuite, dans une seconde étape, un questionnaire a été développé à l'aide des déterminants indirects, soit les différents types de croyances mentionnés ci-dessus et les déterminants directs. Ces variables directes sont l'attitude, la norme subjective, la perception de contrôle sur le comportement. De plus, comme il a été mentionné, la norme morale et le regret anticipé ont été considérés. Pour la formulation des questions servant à mesurer les déterminants indirects et directs, des exemples d'items sont fournis par les études de Gagné et Godin (1999, 2012). Le questionnaire a été testé pour sa compréhension, son niveau de langage et sa clarté par des professionnels de la santé en santé scolaire et en clinique de santé sexuelle, ainsi que des élèves de secondaire

4 et 5 avant de le distribuer aux participants de l'étude. Les variables ont été mesurées de la façon suivante.

Intention : cette variable a été mesurée à l'aide de trois items à partir d'une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle allant de « très improbable » à « très probable » à la suite de l'énoncé « J'aurais l'intention de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire ». La mesure finale de l'intention a consisté en la moyenne des trois items. La consistance interne (alpha de cronbach) des trois items a été vérifiée et une valeur adéquate de 0,90 a été observée. Une valeur de 0,90 et plus indique une grande fiabilité de la consistance interne (Salkind & Salkind, 2010).

Attitude : cette variable a été mesurée à l'aide de quatre items à partir d'une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle allant de « très désagréable » à « très agréable » pour mesurer l'énoncé « Pour moi, consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire serait... ». La mesure finale de l'attitude a consisté en la moyenne des quatre items. La consistance interne du construit a été vérifiée et une valeur de 0,66 a été observée. Une valeur de 0,60 est le seuil jugé acceptable concernant la fiabilité de la consistance interne (Wati et al., 2019).

Norme subjective : cette variable a été mesurée à l'aide de deux items à partir d'une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle de « très en désaccord » à « très en accord » pour mesurer l'énoncé « La plupart des personnes qui sont importantes pour moi me recommanderaient de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de

dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire ». La mesure finale de la norme subjective a consisté en la moyenne des deux items. Comme l'alpha de Cronbach ne peut être utilisé en présence de deux items seulement, la corrélation de Pearson des deux items a été vérifiée et une valeur adéquate de 0,70 a été observée. Une valeur supérieure ou égale à 0,5 indique une forte corrélation entre les deux items (Salkind & Salkind, 2010).

Perception de contrôle sur le comportement : cette variable a été mesurée à l'aide de quatre items à partir d'une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle de « très en désaccord » à « très en accord » pour mesurer l'énoncé « Je me sentirais capable de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire ». La mesure finale de la perception de contrôle a consisté en la moyenne des quatre items. La consistance interne du construit a été vérifiée et une valeur de 0,70 a été observée. Une valeur entre 0,70 et 0,79 est considérée comme une fiabilité adéquate (Salkind & Salkind, 2010).

Croyances comportementales : un total de sept croyances comportementales ont été établies. Celles-ci ont été mesurées à l'aide d'une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle de « très improbable » à « très probable » pour mesurer l'énoncé « En consultant l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, je saurai si j'ai une ITSS ».

Croyances normatives : un total de quatre croyances normatives ont été déterminées. Celles-ci ont été mesurées à l'aide d'une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle allant de « désapprouverait fortement » à « approuverait fortement »

pour mesurer l'énoncé « ma mère approuverait/désapprouverait que je consulte l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire ».

Croyances de contrôle : un total de 12 croyances de contrôle ont été établies. Celles-ci ont été mesurées à l'aide d'une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle allant de « très improbable » à « très probable » pour mesurer l'énoncé « Je consulterais l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire même si... j'avais peur d'avoir une ITSS ».

Norme morale : cette variable a été mesurée à l'aide de deux items à l'aide d'une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle allant de « très en désaccord » à « très en accord » pour mesurer l'énoncé « Il serait dans mes principes de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire ». La mesure finale de la norme morale a consisté en la moyenne des deux items. La corrélation de Pearson des deux items a été vérifiée et une valeur de 0,75 a été observée. Une valeur supérieure ou égale à 0,5 indique une forte corrélation entre les deux items (Salkind & Salkind, 2010).

Regret anticipé : cette variable a été mesurée à l'aide de trois items à partir d'une échelle à sept niveaux. Par exemple, il y avait une échelle allant de « très en désaccord » à « très en accord » pour mesurer l'énoncé « Si, d'ici la fin de l'année scolaire, je ne consultais pas l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS, je le regretterais ». La mesure finale du regret anticipé a consisté en la moyenne des trois items.

La consistance interne du construit a été vérifiée et une valeur de 0,95 a été observée, ce qui indique une grande fiabilité (Salkind & Salkind, 2010).

Taille de l'échantillon

Le progiciel G*Power 3 a été utilisé pour déterminer la taille de l'échantillon nécessaire (Faul et al., 2007). En supposant une puissance statistique de 0,80, une valeur alpha de 0,05 et une taille d'effet attendue de faible à modérée quant à la modélisation de l'intention (f^2 de Cohen de 0,10), une taille d'échantillon de 135 participants s'avérerait nécessaire (Faul et al., 2007). Afin de garder une marge de manœuvre pour s'assurer d'atteindre la taille d'échantillon nécessaire, un nombre total de 310 participants a été sollicité.

Plan d'analyse statistique

Une analyse descriptive a d'abord été utilisée aux fins de description de l'échantillon de participants quant aux caractéristiques sociodémographiques et des variables psychosociales avec leurs moyennes et écarts-types. Par la suite, en cohérence avec la TCP (Ajzen, 1991), et suivant la procédure établie par Von Haeften et al. (2001), des analyses de régression multiple ont été utilisées dans le but d'identifier les croyances permettant de prédire l'intention des jeunes de participer ou non à une activité de dépistage des ITSS. Cette procédure nécessitait quatre étapes.

Dans une première étape, les corrélations entre tous les construits de la TCP ont été examinées, en y incluant les deux déterminants additionnels (norme morale et regret anticipé). Dans une seconde étape, les déterminants directs corrélés avec l'intention de

participer à une activité de dépistage des ITSS ont été introduits dans une première analyse de régression multiple. Cette étape a permis de déterminer de façon générale ce qui motivait les adolescents à participer à une activité de dépistage des ITSS. Par la suite, dans une troisième étape, si par exemple l'attitude se révélait un déterminant significatif de l'intention, il s'agissait alors d'utiliser une autre équation de régression, mais cette fois-ci, en utilisant les croyances comportementales comme variable indépendante. Une démarche similaire était adoptée pour la norme subjective et la perception du contrôle sur le comportement. Dans une quatrième et dernière étape, les croyances qui se sont révélées significatives dans la prédiction de l'intention ont été introduites dans une dernière analyse de régression multiple, pour déterminer lesquelles étaient les plus importantes.

Aspect éthique

Le protocole de recherche, réalisé en deux étapes pour les volets qualitatif et quantitatif respectivement, a été approuvé par le comité institutionnel de la recherche (CER-16-224-07.15 et CER-17-233-07.04).

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon se composait de 294 participants dont 48,4 % étaient de sexe masculin. L'âge moyen des participants était de 15,79 ans (écart-type [ET] = 0,80). Concernant leur niveau scolaire, 50,3 % des élèves étaient en secondaire 4.

Participation à une activité de dépistage des ITSS

Tout près de 15 % des participants ($ET = 0,36$) avaient déjà participé à une activité de dépistage des ITSS au cours de leur vie. Un peu plus de huit élèves sur 10 (84,7 %, $ET = 0,36$) connaissaient les services de l'infirmière scolaire pour le dépistage des ITSS. D'autre part, près de la moitié des élèves (47,9 %, $ET = 0,50$) avaient déjà eu une relation sexuelle (orale, vaginale ou anale). Enfin, en ce qui a trait aux variables psychosociales, la moyenne et l'écart-type de l'intention étaient de 4,07 ($ET = 1,92$). Quant à l'attitude, la norme subjective, la perception du contrôle sur le comportement, la norme morale et le regret anticipé, les moyennes et les écart-types sont respectivement de 4,08 ($ET = 1,10$), 4,23 ($ET = 1,86$), 4,84 ($ET = 1,32$), 4,65 ($ET = 1,70$) ainsi que 3,95 ($ET = 1,93$).

Identification des croyances permettant de prédire l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS

Étape 1 : matrice de corrélation. La matrice de corrélation de Pearson (r) indique que les déterminants directs de l'intention étaient tous corrélés significativement et positivement avec l'intention de participer à un programme de dépistage des ITSS, soit l'attitude ($r = 0,63$), la norme subjective ($r = 0,74$) et la perception du contrôle sur le comportement ($r = 0,59$). La norme morale ($r = 0,77$) ainsi que le regret anticipé ($r = 0,69$) étaient également tous deux corrélés significativement avec l'intention. Dans la même foulée, en ce qui touche aux déterminants indirects de l'intention, une corrélation significative et positive avec l'intention a été observée pour les croyances comportementales ($r = 0,36$), les croyances normatives ($r = 0,47$) et les croyances de contrôle ($r = 0,67$).

Étape 2 : déterminants directs et prédiction de l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS. Comme les déterminants directs de l'intention étaient tous corrélés significativement avec l'intention, ceux-ci ont été utilisés dans la régression multiple. Les résultats indiquent que les construits directs de l'intention expliquent 70 % de la variance de l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS, $F(3,286) = 222,60$, $p < .001$. L'attitude ($\beta = 0,18$, $p < .001$), la norme subjective ($\beta = 0,55$, $p < .001$) et la perception du contrôle sur le comportement ($\beta = 0,31$, $p < .001$) ont contribué à la prédiction de l'intention. Lorsque la norme morale et le regret anticipé ont été ajoutés à la régression multiple de type pas à pas (*stepwise*), une fois considérés les construits directs de la TCP, la variance expliquée de l'intention est passée de 70 à 76 %, $F(5,284) = 184,80$, $p < .001$. L'attitude ($\beta = 0,10$, $p < .05$), la norme subjective ($\beta = 0,37$, $p < .001$), la perception du contrôle sur le comportement ($\beta = 0,23$, $p < .001$), la norme morale ($\beta = 0,23$, $p < .001$) et le regret anticipé ($\beta = 0,17$, $p < .001$) ont toutes contribué à la prédiction de l'intention.

Étape 3 : déterminants indirects et prédiction de l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS. Comme les trois déterminants directs de l'intention se sont avérés significatifs dans la prédiction de l'intention, les différentes croyances comportementales, normatives et de contrôle ont été utilisées comme variables indépendantes lors des analyses de régressions multiples suivantes.

D'abord, les sept croyances comportementales étaient toutes corrélées significativement avec l'intention ($r = -0,13$ à $0,47$) (Tableau 1). Ces croyances ont donc été utilisées dans une régression multiple de façon à déterminer lesquelles contribuaient à

la prédiction de l'intention. Parmi celles-ci, trois ont été significatives ($F(3,285) = 48,53$, $p < .001$), soit « Je serais rassuré (si je n'ai pas une ITSS) » ($\beta = 0,31$, $p < ,001$), « Je me renseignerais sur les ITSS » ($\beta = 0,21$, $p < ,001$) et « Je perdrais mon temps » ($\beta = -0,28$, $p < ,001$) (voir Tableau 4, Partie A).

Tableau 1

Ensuite, en suivant la procédure précédente, le Tableau 2 présente les corrélations entre les quatre croyances normatives et l'intention ($r = 0,34$ à $0,43$). Ces croyances normatives ont été utilisées dans une régression multiple et les résultats indiquent que « mon père » ($\beta = 0,24$, $p = ,03$) et « mes ami(e)s » ($\beta = 0,29$, $p = ,08$) ont contribué à la prédiction de l'intention, $F(2,89) = 34,20$, $p < .001$ (voir Tableau 4, Partie B).

Tableau 2

Enfin, le Tableau 3 indique que les 12 croyances de contrôle étaient toutes corrélées significativement avec l'intention ($r = 0,36$ à $0,59$). Ces croyances ont donc été utilisées dans une régression multiple pour déterminer lesquelles contribuaient à la prédiction de l'intention. Les croyances de contrôle « les encouragements des personnes importantes pour moi » ($\beta = 0,17$, $p = ,004$), « le soutien des personnes importantes pour moi » ($\beta = 0,16$, $p = ,01$), « J'avais peur d'avoir une ITSS » ($\beta = 0,17$, $p = ,007$), « J'avais peur de me faire juger par l'infirmière » ($\beta = 0,17$, $p = ,007$) et « J'étais gêné » ($\beta = 0,22$, $p = ,001$) se sont avérées significatives dans la prédiction de l'intention, $F(2,89) = 34,20$, $p < .001$ (voir Tableau 4, Partie C).

Tableau 3

Étape 4 : déterminants indirects et prédiction finale de l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS. Les croyances comportementales, normatives et de contrôle qui ont contribué à la prédiction de l'intention sur une base individuelle ont été utilisées dans une dernière analyse de régression multiple de type pas à pas (*stepwise*). Cette dernière analyse a permis d'identifier lesquelles constitueraient des cibles critiques pour développer une intervention visant à favoriser la participation à un programme de dépistage des ITSS. Le Tableau 4 (partie D) indique le modèle de régression finale où cinq croyances ont expliqué 49 % de la variance de l'intention, $F(5,242) = 47,96$, $p < .001$, soit : « être rassuré (si je n'ai pas une ITSS) » ($\beta = 0,14$, $p = ,008$), « perdre mon temps » ($\beta = -0,18$, $p < ,001$), « le soutien des personnes importantes pour moi » ($\beta = 0,21$, $p < ,001$), « peur d'avoir une ITSS » ($\beta = 0,21$, $p = ,002$) et enfin, « être gêné » ($\beta = 0,25$, $p < ,001$) (Tableau 4, Partie D).

Tableau 4

Discussion

La présente étude avait pour objectif principal de déterminer les croyances permettant de prédire l'intention des élèves de secondaire 4 et 5 de consulter l'infirmière scolaire pour participer à une activité de dépistage des ITSS. Les résultats montrent que cinq croyances sont davantage liées à l'intention des jeunes de participer à une activité de dépistage des ITSS.

Les résultats de la présente étude corroborent les prémisses de la TCP, c'est-à-dire que les déterminants directs que sont l'attitude, la norme subjective et la perception du

contrôle sur le comportement sont des déterminants importants dans l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS. En effet, ces déterminants ont expliqué 70 % de la variance de l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS. D'autres études ont mis en lumière des résultats similaires où la variance expliquée de l'intention se situe entre 43 % (Booth et al., 2014) et 70 % (Boudewyns et Paquin, 2011). Les coefficients bêta standardisés, lesquels permettent de déterminer l'importance relative des déterminants, font ressortir que la norme subjective est un déterminant important, tout comme cela a été observé dans l'étude de Booth et al. (2014) ainsi que Boudewyns et Paquin (2011). Cela suggère que les jeunes accordent une importance particulière à ce que leur entourage pense du comportement à adopter, soit de participer à une activité de dépistage des ITSS.

Par ailleurs, à notre connaissance, aucune étude n'a étudié l'ajout de la norme morale et du regret anticipé à la TCP dans le contexte des facteurs motivationnels associés à la participation à une activité de dépistage des ITSS. L'ajout de la norme morale et du regret anticipé a permis d'augmenter de 6 % la variance expliquée de l'intention, après avoir considéré les déterminants directs de la TCP. Dans leur méta-analyse, Ravis & Sheeran (2009) ont mis en lumière le fait que la combinaison de ces deux déterminants, ajoutée à la TCP, permettait d'augmenter de 5 % la variance expliquée de l'intention. Dans le cadre de la présente étude, la norme morale s'est par ailleurs révélée aussi importante que la perception du contrôle du comportement lors de la prédiction de l'intention. Une étude qualitative a montré qu'un facteur pouvant favoriser l'acceptation de participer à une activité de dépistage des ITSS serait que cette participation soit vue comme un devoir

moral (Balfe et al., 2010). Les résultats obtenus dans la présente étude suggèrent également que la norme morale est à considérer dans le développement d'une intervention.

En lien avec l'objectif principal de la présente étude, les résultats ont mis en lumière le fait que cinq croyances sont liées à l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS. Une infirmière pourrait ainsi développer un contenu éducatif fondé sur ces croyances dans le cadre d'une rencontre de groupe avec des élèves de secondaire 4 et 5, et ce, dans le but d'améliorer la participation à une telle activité. Parallèlement, ces croyances pourraient également faire l'objet d'une campagne de communication – marketing social – en milieu scolaire. De façon intéressante, des écarts importants sont par ailleurs observés entre les participants caractérisés par une intention faible et une intention élevée pour trois des cinq croyances, ce qui suggère que celles-ci peuvent faire l'objet d'une attention particulière. Par exemple, seulement 35 % des participants caractérisés par une faible intention iraient tout de même « consulter l'infirmière scolaire pour participer à une activité de dépistage des ITSS, et ce, même si la gêne était présente ». En contrepartie, chez les participants caractérisés par une forte intention, 88 % d'entre eux passeraient outre cette gêne d'aller consulter. Ainsi, sur le plan d'une campagne de communication, cela signifie que celle-ci devrait transmettre un message clé concernant « la gêne associée au fait de participer à une activité de dépistage des ITSS ». Il en va de même pour « le soutien des personnes importantes » et « la peur d'avoir une ITSS ». Ainsi, le défi d'une campagne de communication serait de modifier ces croyances auprès des élèves caractérisés par une faible intention et, de ce fait, pourrait potentiellement accroître la participation à une activité de dépistage des ITSS.

Malgré les résultats obtenus, la présente étude présente certaines limites. D'abord, un échantillon de convenance a été utilisé. Cela consiste à utiliser les personnes disponibles et ne peut être représentatif de la population des élèves de niveau secondaire 4 et 5 du Québec (Fortin & Gagnon, 2016). Néanmoins, les résultats sont généralisables aux élèves des deux écoles secondaires participantes, car le nombre de participants correspondait à peu de choses près à l'ensemble des élèves de niveau de secondaire 4 et 5. Ensuite, un test-retest n'a pas été réalisé pour s'assurer de la stabilité temporelle des variables à l'étude. Néanmoins, les variables ont été opérationnalisées selon les recommandations d'Ajzen, auteur de la TCP. Une vignette a été utilisée afin de mettre tous les participants dans une même situation. Selon Godin (2012), la mise en situation demeure hypothétique et les réponses le sont peut-être aussi. Toujours selon cet auteur, la TCP a été utilisée avec succès lorsqu'on souhaite que le participant se projette concernant l'adoption d'un comportement qui nécessite un contexte pour avoir du sens. Ainsi, la mise en situation d'avoir des relations sexuelles pour chaque participant peut aider pour la mesure des construits de la TCP. Enfin, une relation de « cause à effet » entre les déterminants à l'étude et l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS ne peut être affirmée puisqu'un devis corrélationnel a été utilisé. En effet, ce type de devis permet plutôt d'indiquer la relation entre la meilleure combinaison de variables indépendantes et une seule variable dépendante (Salkind & Salkind, 2010). Par exemple, un devis expérimental pourrait être utilisé afin d'établir s'il y a une relation de causalité entre les déterminants directs et indirects de la TCP et l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS. Plus concrètement, pour les recherches futures, des études

sont nécessaires afin d'évaluer si la manipulation expérimentale des croyances dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé permettrait de modifier l'intention et, de là, la participation à une activité de dépistage des ITSS. Dans cette optique, l'utilisation d'une intervention numérique pourrait aussi être une stratégie à étudier.

En contrepartie, la présente étude comporte aussi certaines forces. En effet, nous avons réussi à obtenir un échantillon avec un très grand nombre de participants ($n = 294$) pour un mémoire de recherche. La taille de l'échantillon nécessaire était d'un minimum de 135 participants. Par ailleurs, l'utilisation de la TCP comme cadre de référence constitue aussi une autre force de l'étude, puisque cette théorie est reconnue par les pairs.

Conclusion

La hausse constante du taux d'incidence de chlamydia et de gonorrhée chez les jeunes de 15 à 24 ans incluant les élèves de niveau secondaire 4 et 5, et un nombre modeste d'activités de dépistage des ITSS constituent des préoccupations importantes de santé publique. Ainsi, une compréhension des croyances qui les incitent à participer ou non à ce type de dépistage permettrait de développer une intervention pour augmenter ce nombre. Cette étude a donc permis d'établir les croyances principales pour les jeunes de secondaire 4 et 5 et de favoriser notre compréhension des facteurs qui incitent ces élèves à participer ou non à une activité de dépistage des ITSS. Cela constitue donc une étape importante dans le développement d'une intervention.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2016). Section 1 : Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Préface. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes-infections-transmissibles-sexuellement-16.html>
- Ajzen, E., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2011). Behavioral interventions: Design and evaluation guided by the theory of planned behavior *Social psychology and evaluation* (pp. 72-101). New York: Guilford Press.
- Balfe, M., Brugha, R., O'Donovan, D., O'Connell, E., & Vaughan, D. (2010). Young women's decisions to accept chlamydia screening: influences of stigma and doctor-patient interactions. *BMC Public Health*, 10, 425-425.
- Booth, A. R., Norman, P., Harris, P. R., & Goyder, E. (2014). Using the theory of planned behaviour and self-identity to explain chlamydia testing intentions in young people living in deprived areas. *British Journal of Health Psychology*, 19(1), 101-112. <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12036>
- Booth, A. R., Norman, P., Harris, P. R., & Goyder, E. (2015). Using the Theory of Planned Behavior to identify key beliefs underlying chlamydia testing intentions in a sample of young people living in deprived areas. *Journal of health psychology*, 20(9), 1229-1239. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105313510335>
- Boudewyns, V., & Paquin, R. S. (2011). Intentions and Beliefs About Getting Tested for STDs: Implications for Communication Interventions. *Health Communication*, 26(8), 701-711. <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2011.563353>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2019). *Rapport annuel de gestion 2018-2019*. Trois-Rivières (Qc): Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec Repéré à <https://ciusssmcq.ca/telechargement/1033/rapport-annuel-2018-2019-du-ciusss-mcq>.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <http://dx.doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition. éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Gagné, C., & Godin, G. (1999). *Les théories sociales cognitives: Guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire*. Repéré à www.godin.fsi.ulaval.ca/Fichiers/Rapp/Guide_mesure_variables.pdf
- Gagné, C., & Godin, G. (2012). La mesure des variables théoriques et des comportements. Dans G. Godin, *Les comportements dans le domaine de la santé: comprendre pour mieux intervenir* (pp. 231-292). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 67-94.
- Herzog, S. A., Althaus, C. L., Heijne, J. C. M., Oakeshott, P., Kerry, S., Hay, P., & Low, N. (2012). Timing of progression from Chlamydia trachomatis infection to pelvic inflammatory disease: a mathematical modelling study. *BMC Infectious Diseases*, 12(1), 187. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-12-187>
- Institut national de santé publique du Québec. (2019). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec: année 2018 (et projections 2019)*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à www.inspq.qc.ca.
- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97-144. <http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2010.521684>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux Repéré à www.msss.gouv.qc.ca.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*. Québec: Direction des

communications du ministère de la Santé et des Services sociaux Repéré à www.msss.gouv.qc.ca.

- Price, M. J., Ades, A. E., Welton, N. J., Macleod, J., Turner, K., Simms, I., & Horner, P. J. (2012). How much tubal factor infertility is caused by Chlamydia? Estimates based on serological evidence corrected for sensitivity and specificity. *Sex Transm Dis*, 39(8), 608-613.
- Rivis, A., Sheeran, P., & Armitage, C. J. (2009). Expanding the Affective and Normative Components of the Theory of Planned Behavior: A Meta-Analysis of Anticipated Affect and Moral Norms. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(12), 2985-3019.
- Salkind, N., & Salkind, N. J. (2010). *Encyclopedia of Research Design*. Thousand Oaks: United States, California, Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Tsevat, D. G., Wiesenfeld, H. C., Parks, C., & Peipert, J. F. (2017). Sexually transmitted diseases and infertility. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(1), 1-9.
- Von Haeften, I., Fishbein, M., Kasprzyk, D., & Montano, D. (2001). Analyzing data to obtain information to design targeted interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 6(2), 151-164. <http://dx.doi.org/10.1080/13548500125076>
- Wati, M., Mahtari, S., Hartini, S., & Amelia, H. (2019). A Rasch Model Analysis on Junior High School Students' Scientific Reasoning Ability. *International Journal of Interactive Mobile Technologies (iJIM)*; Vol 13, No 07 (2019).

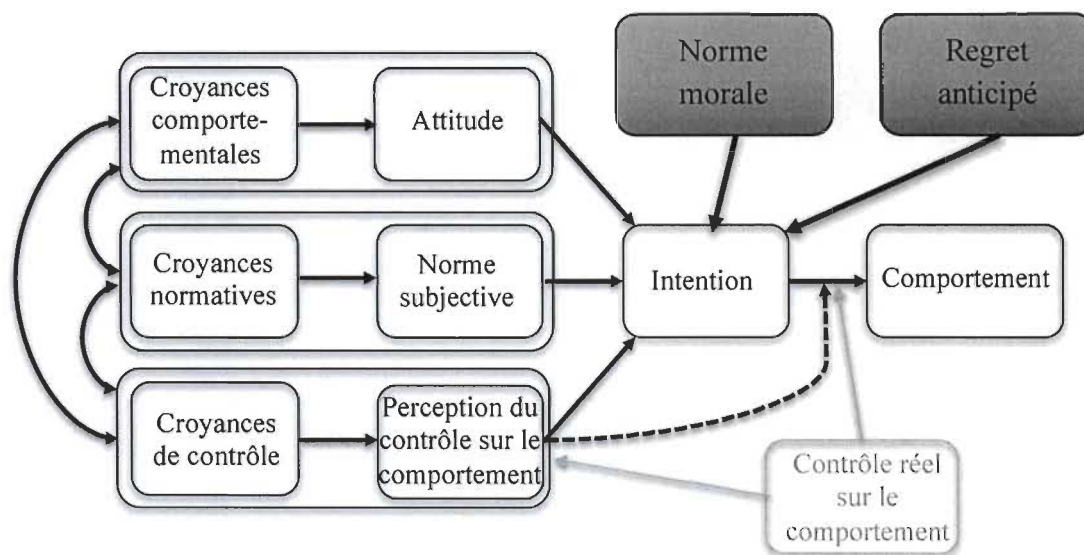


Figure 1. Théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) adapté de Icek Ajzen ©
 Copyright, <http://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html> et ajout de la norme morale et le regret anticipé.

Tableau 1
Moyenne (M), écart-type (ET), corrélations (r) entre les croyances comportementales et l'intention, et le pourcentage (%) des participants endossant les croyances comportementales

	M	ET	r	% des participants endossant fortement la croyance ^b	
				Faible intention	Forte intention
En consultant l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, ... ^a					
Je saurais si j'ai une ITSS	5,46	1,82	0,35**	57,1	90,6
Je serais rassuré (si je n'ai pas d'ITSS)	6,07	1,40	0,47**	70,4	97,3
Je préviendrais la transmission de l'infection	5,69	1,58	0,36**	63	79,7
Je recevrais un traitement adéquat si j'ai une ITSS	6,16	1,15	0,32**	80,9	96
Je me renseignerais sur les ITSS	5,25	1,60	0,40**	46,3	72,6
Je perdrais mon temps	2,97	1,73	-0,41**	11,4	4,1
Cela me dérangerait, car je manquerais une période de cours	2,66	1,88	-0,13*	8,7	10,8

* $p < .05$ ** $p < .001$

Note. ^a Les résultats de la moyenne varient sur une échelle de 1 à 7. ^b Le seuil auquel les participants souscrivent à une croyance comportementale donnée a été fixé à six sur l'échelle à sept points.

Tableau 2

Moyenne (M), écart-type (ET), corrélations (r) entre les croyances normatives et l'intention, et le pourcentage (%) des participants endossant les croyances normatives

	M	ET	r	% des participants endossant fortement la croyance ^b	
				Faible intention	Forte intention
... approuveraient/désapprouveraient que je consulte l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire ^a					
Ma mère	6,11	1,18	0,42**	75,1	93
Mon père	5,93	1,20	0,41**	64,6	88
Mon chum ou ma blonde	5,89	1,29	0,43**	60,7	96,3
Mes ami(e)s	5,47	1,34	0,34**	49,3	74,4

** $p < .001$

Note. ^a Les résultats de la moyenne varient sur une échelle de 1 à 7. ^b Le seuil auquel les participants souscrivent à une croyance normative donnée a été fixé à six sur l'échelle à sept points.

Tableau 3

Moyenne (M), écart-type (ET), corrélations (r) entre les croyances de contrôle et l'intention, et le pourcentage (%) des participants endossant les croyances de contrôle

	M	ET	r	% des participants endossant fortement la croyance ^b	
				Faible intention	Forte intention
... m'inciteraient à consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire ^a					
Les encouragements des personnes importantes pour moi	4,70	1,73	0,49**	29,7	61,6
Le soutien des personnes importantes pour moi	4,98	1,60	0,52**	32,6	78,4
Je consulterais l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, même si ... ^a					
J'avais peur d'avoir une ITSS	5,51	1,61	0,59**	53	96
J'avais peur de me faire juger par les autres élèves	5,18	1,70	0,57**	42,4	89
J'avais peur de me faire juger par l'infirmière	4,87	2,02	0,52**	39,4	81,1
Je manquais de temps	4,98	1,80	0,51**	35,1	80,8
J'avais de l'étude	5,05	1,86	0,53**	39,8	83,8
J'avais du travail rémunéré	4,85	1,85	0,51**	32,5	77
J'avais des examens qui m'empêchent de prendre un rendez-vous	3,87	2,05	0,36**	16,4	51,3
J'avais autre chose de mieux à faire	4,92	1,89	0,56**	35,1	79,7
J'avais un contretemps	4,65	1,75	0,53**	21,4	68,9
J'étais gêné	4,96	1,85	0,58**	35,3	87,9

** $p < .001$

Note. ^a Les résultats de la moyenne varient sur une échelle de 1 à 7. ^b Le seuil auquel les participants souscrivent à une croyance de contrôle donnée a été fixé à six sur l'échelle à sept points.

Tableau 4

Analyse de régression prédisant l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS à partir des croyances comportementales (PARTIE A), croyances normatives (PARTIE B), croyances de contrôle (PARTIE C) et l'analyse de régression finale (PARTIE D)

Variable	B	ES(B)	β	<i>t</i>	<i>p</i>
PARTIE A: Croyances comportementales ^a					
Être rassuré (si je n'ai pas une ITSS)	0,44	0,07	0,31	5,94	< .001
Renseignement sur les ITSS	0,25	0,06	0,21	4,00	< .001
Perdre mon temps	-0,31	0,06	-0,28	-5,49	< .001
R ²	.33				
PARTIE B: Croyances normatives ^b					
Mon père	0,38	0,18	0,24	2,16	.03
Mes ami(e)s	0,44	0,16	0,29	2,70	.08
R ²	.19				
PARTIE C: Croyances de contrôle ^c					
Les encouragements des personnes importantes pour moi	0,19	0,07	0,17	2,94	.004
Le soutien des personnes importantes pour moi	0,19	0,07	0,16	2,56	.011
Peur d'avoir une ITSS	0,21	0,08	0,17	2,73	.007
Peur du jugement de l'infirmière	0,16	0,06	0,17	2,73	.007
Être gêné	0,22	0,07	0,22	3,26	.001
R ²	.48				

Tableau 4

Analyse de régression prédisant l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS à partir des croyances comportementales (PARTIE A), croyances normatives (PARTIE B), croyances de contrôle (PARTIE C) et l'analyse de régression finale (PARTIE D) (suite)

Variable	B	ES(B)	β	<i>t</i>	<i>p</i>
PARTIE D: Analyse de régression finale prédisant l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS^d					
Être rassuré (si je n'ai pas une ITSS)	0,21	0,08	0,14	2,68	.008
Perdre mon temps	-0,21	0,06	-0,18	-3,80	< .001
Le soutien des personnes importantes pour moi	0,25	0,07	0,21	3,70	< .001
Peur d'avoir une ITSS	0,25	0,08	0,21	3,15	.002
Être gêné	0,26	0,06	0,25	4,16	< .001
R ²	.49				

^a Variables candidates: savoir si j'ai une ITSS, être rassuré (si je n'ai pas une ITSS), prévenir la transmission de l'infection, recevoir un traitement adéquat si j'ai une ITSS, perdre mon temps, être dérangé de manquer une période de cours.

^b Variables candidates: ma mère, mon père, mon chum/ma blonde, mes ami(e)s.

^c Variables candidates: les encouragements des personnes importantes pour moi, le soutien des personnes importantes pour moi, peur d'avoir une ITSS, peur du jugement des autres élèves, peur du jugement de l'infirmière, manquer de temps, avoir de l'étude, avoir du travail rémunéré, avoir des examens qui empêchent de prendre un rendez-vous, avoir autre chose de mieux à faire, avoir un contretemps, être gêné.

^d Variables candidates: être rassuré (si je n'ai pas une ITSS), renseignement sur les ITSS, perdre mon temps, mon père, mes ami(e)s, les encouragements des personnes importantes pour moi, le soutien des personnes importantes pour moi, peur d'avoir une ITSS, peur du jugement de l'infirmière, être gêné.

Discussion générale

L'épidémie silencieuse des ITSS est une préoccupation de santé publique importante, en particulier chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Pour contrer cette épidémie, il est important de pouvoir les dépister afin de les traiter. Malgré tous nos efforts, caractérisés entre autres par la présence régulière d'infirmières en milieu scolaire, le nombre d'activités de dépistage des ITSS chez ce groupe d'âge demeure modeste.

Ainsi, l'objectif de l'étude était donc de déterminer les croyances permettant de prédire l'intention des jeunes à participer ou non à une activité de dépistage des ITSS à l'aide de la TCP d'Azjen (1991). Les résultats ont d'abord révélé que l'attitude, la norme subjective et la perception du contrôle sur le comportement prédisent l'intention de participer à une activité de dépistage des ITSS, ce qui a permis de répondre à la première question de recherche. La norme morale ainsi que la norme subjective ont permis d'augmenter de 6 % la variance de l'intention, ce qui a permis de répondre à la seconde question de recherche. De plus, les résultats montrent que cinq croyances (2 croyances comportementales et 3 croyances de contrôle) sont davantage liées à l'intention de participer ou non à une activité de dépistage des ITSS, ce qui a permis de répondre à la troisième question de recherche.

L'initiative Blitz a été mise en place dans la région de Montréal pour favoriser, entre autres, la participation à une activité de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée chez les personnes âgées de 15 à 24 ans (Imbleau, 2016). Cette initiative consiste en un

dépistage de masse annuel dans les milieux d'enseignement. Ce dépistage de masse est un complément à la clinique jeunesse présente dans ces milieux. Le but de cette intervention est de familiariser les jeunes avec le dépistage en ciblant toutes les personnes, même si celles-ci n'ont aucune activité sexuelle. Pour ce faire, un prix à gagner est rattaché à cette participation. Dans la région MCQ, il existe une journée de dépistage de masse du même type (« *Je passe le test* ») dans les milieux postsecondaires. D'une part, une des croyances importantes qui peut influencer l'intention de participer à un test de dépistage des ITSS est la gêne. Ainsi, le fait d'avoir un prix de participation peut inciter certains jeunes à se faire dépister et ainsi à se faire rassurer s'ils n'ont pas une ITSS. D'autre part, ce type d'activité peut s'avérer plus difficile à mettre en place dans les milieux scolaires secondaires, puisque ce ne sont pas tous les élèves de l'école qui sont ciblés par ce dépistage de masse. Ce type d'intervention cible seulement les infections de chlamydia et de gonorrhée. Certes, ce sont les ITSS les plus fréquentes chez les jeunes, mais il ne faut tout de même pas oublier les autres infections telles que la syphilis, le VIH, les hépatites. De plus, ce dépistage de masse ne cible pas tous les déterminants qui auraient une influence sur la participation des jeunes à accepter un dépistage. Ainsi, d'autres interventions devront être développées selon les déterminants importants pour améliorer cette participation.

Finalement, les résultats de la présente étude constituent une étape préalable dans le développement d'une intervention pour améliorer la participation à une activité de dépistage des ITSS auprès d'élèves de secondaire 4 et 5. Des recherches futures devront être effectuées pour s'assurer qu'une intervention par la manipulation des croyances

permettrait de modifier l'intention, et ce, pour augmenter la participation à une activité de dépistage des ITSS.

Conclusion

En conclusion, cette étude a permis d'améliorer notre compréhension des facteurs qui incitent les jeunes de secondaire 4 et 5 à participer ou non à une activité de dépistage des ITSS. Peu d'études ont été réalisées sur ce sujet, tout particulièrement au Québec. Cette étude permettra d'aider les infirmières en milieu scolaire dans leur réflexion afin de mieux comprendre les déterminants qui influencent les jeunes à participer à une activité de dépistage des ITSS. Cette même réflexion pourra être étendue pour les autres milieux scolaires tels que les écoles aux adultes, les cégeps et les universités.

Références

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2008). *Mise à jour ITSS : services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS*. Trois-Rivières]: Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Agence de la santé publique du Canada. (2016). Section 1 : Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Préface. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes-infections-transmissibles-sexuellement-16.html>

Ajzen, E., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.

Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499. <http://dx.doi.org/10.1348/014466601164939>

Ajzen, I. (2011). Behavioral interventions: Design and evaluation guided by the theory of planned behavior *Social psychology and evaluation* (pp. 72-101). New York: Guilford Press.

Balfe, M., Brugha, R., O'Donovan, D., O'Connell, E., & Vaughan, D. (2010). Young women's decisions to accept chlamydia screening: influences of stigma and doctor-patient interactions. *BMC Public Health*, 10, 425-425.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.

Baranowski, T., Cullen, K. W., Nicklas, T., Thompson, D., & Baranowski, J. (2003). Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts? *Obes Res*, 11 Suppl, 23s-43s. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2003.222>

Booth, A. R., Harris, P. R., Goyder, E., & Norman, P. (2012). Beliefs about chlamydia testing amongst young people living in relatively deprived areas. *Journal of Public Health*, 35(2), 213-222. <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fds082>

Booth, A. R., Norman, P., Harris, P. R., & Goyder, E. (2014). Using the theory of planned behaviour and self - identity to explain chlamydia testing intentions in young

- people living in deprived areas. *British Journal of Health Psychology*, 19(1), 101-112. <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12036>
- Booth, A. R., Norman, P., Harris, P. R., & Goyder, E. (2015). Using the Theory of Planned Behavior to identify key beliefs underlying chlamydia testing intentions in a sample of young people living in deprived areas. *Journal of health psychology*, 20(9), 1229-1239. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105313510335>
- Boudewyns, V., & Paquin, R. S. (2011). Intentions and Beliefs About Getting Tested for STDs: Implications for Communication Interventions. *Health Communication*, 26(8), 701-711. <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2011.563353>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2019). *Rapport annuel de gestion 2018-2019*. Trois-Rivières (Qc): Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec Repéré à <https://ciusssmcq.ca/telechargement/1033/rapport-annuel-2018-2019-du-ciusss-mcq>.
- Code civil du Québec : chapitre CCQ-1991.
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada. (2014). *Énoncé de politique des trois Conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains*. [Version révisée]. Éthique de la recherche avec des êtres humains. Secrétariat interagences en éthique de la recherche, Ottawa.
- Cooke, R., & French, D. P. (2008). How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology & Health*, 23(7), 745-765. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440701544437>
- Direction de la protection de la santé publique. (2004). *Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires*. Québec: Direction des communications du Ministère de Santé et de services sociaux Québec.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <http://dx.doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition. éd.). Montréal: Chenelière éducation.

- Gagné, C., & Godin, G. (1999). *Les théories sociales cognitives: Guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire*. Repéré à www.godin.fsi.ulaval.ca/Fichiers/Rapp/Guide_mesure_variables.pdf
- Gagné, C., & Godin, G. (2012). La mesure des variables théoriques et des comportements. Dans G. Godin, *Les comportements dans le domaine de la santé: comprendre pour mieux intervenir* (pp. 231-292). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 67-94.
- Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Godin, G., & Côté, F. (2006). Le changement planifié des comportements liés à la santé. Dans G. Carroll, *Pratiques en santé communautaire* (pp. 129-140). Montréal, QC: Les Éditions de la Chenelière inc.
- Godin, G., Sheeran, P., Conner, M., Gagné, C., Blondeau, D., & Germain, M. (2004). *Étude des déterminants de l'intention de faire un don de sang parmi la population générale*. Québec.
- Greaves, A., Lonsdale, S., Whinney, S., Hood, E., Mossop, H., & Olowokure, B. (2009). University undergraduates' knowledge of chlamydia screening services and chlamydia infection following the introduction of a National Chlamydia Screening Programme. *The European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal Of The European Society Of Contraception*, 14(1), 61-68. <http://dx.doi.org/10.1080/13625180802434884>
- Henning, D., Alice, R., Sanci, L., & Dunning, T. (2007). Screening for chlamydia trachomatis: barriers for homeless young people. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 8-13.
- Herzog, S. A., Althaus, C. L., Heijne, J. C. M., Oakeshott, P., Kerry, S., Hay, P., & Low, N. (2012). Timing of progression from Chlamydia trachomatis infection to pelvic inflammatory disease: a mathematical modelling study. *BMC Infectious Diseases*, 12(1), 187. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-12-187>
- Imbleau, M. (2016). Le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sous l'œil de la promotion de la santé : « l'initiative Blitz » à Montréal. *Santé Publique*, 28(6), 751. <http://dx.doi.org/10.3917/spub.166.0751>

Institut de la statistique du Québec. (2018). *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. La santé physique et les habitudes de vie des jeunes. Tome 3*. Institut de la statistique du Québec. Repéré à <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alimentation/sante-jeunes-secondaire-2016-2017-t3.html>

Institut national de santé publique du Québec. (2015a). *Rapport de consultation sur le développement de la surveillance des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec*. Québec]: Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique Québec.

Institut national de santé publique du Québec. (2015b). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec: année 2014 (et projections 2015)*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à www.inspq.qc.ca.

Institut national de santé publique du Québec. (2016). *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques de la province de Québec: Rapport 2014*. Québec: Institut national de Santé Publique du Québec. Repéré à www.inspq.qc.ca.

Institut national de santé publique du Québec. (2017). *Étude PIXEL - Portrait de la santé sexuelle des jeunes adultes au Québec*. Québec: Institut national de Santé Publique du Québec Repéré à www.inspc.ca.

Institut national de santé publique du Québec. (2018). *Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique : outil d'aide à la réflexion* (Mise à jour 2018 / Michel Désy. éd.). Québec, Québec: Secrétariat général, Institut national de santé publique Québec.

Institut national de santé publique du Québec. (2019). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec: année 2018 (et projections 2019)*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à www.inspq.qc.ca.

Le Petit Larousse illustré. (2013). Paris, France: Larousse.

Loi sur la santé publique. *RLRQ c S-2.2*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-2.2>.

Loi sur les infirmières et les infirmiers Québec [LII]. *L.R.Q., chapitre I-8*.

- Lorimer, K., & Hart, G. J. (2010). Knowledge of Chlamydia trachomatis among men and women approached to participate in community-based screening, Scotland, UK. *BMC Public Health*, 10, 794-794.
- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97-144. <http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2010.521684>
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2011). *Theoretical basis for nursing* (3e éd.). Philadelphie: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (2020). Éducation à la sexualité. Repéré à <http://www.education.gouv.qc.ca/enseignants/dossiers/education-a-la-sexualite/>
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (2019). Indices de défavorisation. Repéré à <http://www.education.gouv.qc.ca/references/tx-solrtyperecherchepublicationtx-solrpublicationnouveaute/resultats-de-la-recherche/detail/article/indices-de-defavorisation/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux Repéré à www.msss.gouv.qc.ca.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Les infections transmissibles sexuellement et par le sang: L'épidémie silencieuse - Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux Repéré à www.msss.gouv.qc.ca.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015a). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux Repéré à www.msss.gouv.qc.ca.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015b). *Programme national de santé publique 2015-2025: Pour améliorer la santé de la population du Québec*.

Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à www.msss.gouv.qc.ca.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016a). Maladies à déclaration obligatoire (MADO). Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mado/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016b). *Guide d'intervention: Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux Repéré à www.msss.gouv.qc.ca.

Noar, S. M., & Zimmerman, R. S. (2005). Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Education Research*, 20(3), 275-290. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyg113>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à www.oiiq.org

Organisation mondiale de la santé. (2016a). *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021: Vers l'élimination des IST*. Genève: Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé. (2016b). *Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens*. Genève: Organisation mondiale de la santé Repéré à www.who.int.

Pavlin, N. L., Gunn, J. M., Parker, R., Fairley, C. K., & Hocking, J. (2006). Implementing chlamydia screening: what do women think? A systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 6, 221-221.

Pavlin, N. L., Parker, R., Fairley, C. K., Gunn, J. M., & Hocking, J. (2008). Take the sex out of STI screening! Views of young women on implementing chlamydia screening in General Practice. *BMC Infectious Diseases*, 8, 62-62.

Pratkanis, A. R. (2007). *The Science of Social Influence: Advances and Future Progress*.

Price, M. J., Ades, A. E., Welton, N. J., Macleod, J., Turner, K., Simms, I., & Horner, P. J. (2012). How much tubal factor infertility is caused by Chlamydia? Estimates based on serological evidence corrected for sensitivity and specificity. *Sex Transm Dis*, 39(8), 608-613.

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). The transtheoretical approach. Dans J. C. Norcross, M. R. Goldfried, J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Éds.), *Handbook of psychotherapy integration*. (pp. 300-334). New York, NY, US: Basic Books.
- Richardson, D., Maple, K., Perry, N., Ambler, E., Jurd, C., & Fisher, M. (2010). A pilot qualitative analysis of the psychosocial factors which drive young people to decline chlamydia testing in the UK: implications for health promotion and screening. *International Journal Of STD & AIDS*, 21(3), 187-190. <http://dx.doi.org/10.1258/ijsa.2009.009053>
- Rivis, A., Sheeran, P., & Armitage, C. J. (2009). Expanding the Affective and Normative Components of the Theory of Planned Behavior: A Meta - Analysis of Anticipated Affect and Moral Norms. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(12), 2985-3019.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Salkind, N., & Salkind, N. J. (2010). *Encyclopedia of Research Design*. Thousand Oaks: United States, California, Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. Dans R. Schwarzer & R. Schwarzer (Éds.), *Self-efficacy: Thought control of action*. (pp. 217-243). Washington, DC, US: Hemisphere Publishing Corp.
- Sheeran, P., Klein, W. M. P., & Rothman, A. J. (2017). Health Behavior Change: Moving from Observation to Intervention. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 573-600. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044007>
- Triandis, H. C. (1977). *Interpersonal behavior*: Brooks/Cole Pub. Co.
- Tsevat, D. G., Wiesenfeld, H. C., Parks, C., & Peipert, J. F. (2017). Sexually transmitted diseases and infertility. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(1), 1-9.
- Tuite, A. R., Jayaraman, G. C., Allen, V. G., & Fisman, D. N. (2012). Estimation of the burden of disease and costs of genital chlamydia trachomatis Infection in canada. *Sexually Transmitted Infections*, 39(4), 260-267. Repéré à http://journals.lww.com/stdjournal/Abstract/2012/04000/Estimation_of_Disease_and_costs_of.4.aspx

- Von Haeften, I., Fishbein, M., Kasprzyk, D., & Montano, D. (2001). Analyzing data to obtain information to design targeted interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 6(2), 151-164. <http://dx.doi.org/10.1080/13548500125076>
- Wati, M., Mahtari, S., Hartini, S., & Amelia, H. (2019). A Rasch Model Analysis on Junior High School Students' Scientific Reasoning Ability. *International Journal of Interactive Mobile Technologies (iJIM)*; Vol 13, No 07 (2019).

Appendices

Appendice A

Résumé de la recension des écrits sous forme de tableau

Auteurs (date)	Population cible	Devis de recherche	Instruments de mesure	Résultats principaux	Conclusion
Pavlin, N.L. Gunn, J.M. Parker, R. Fairley, C.K. Hocking, J. (2006)	Femmes (États-Unis, Royaume-Uni, Suède, Hollande et Australie)	Revue de littérature	Analyse thématique	<p>25 articles retenus sur 561.</p> <p>Les femmes désirent du soutien en lien avec le diagnostic de la chlamydia et la notification des partenaires.</p> <p>Elles sentent le besoin que la chlamydia soit normalisée et déstigmatisée.</p> <p>Elles ont besoin de savoir que la confidentialité sera maintenue.</p>	<p>Les femmes de différents pays et ethnies partagent des opinions similaires en regard à la chlamydia.</p> <p>Elles seraient plus enclines à accepter le dépistage si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elles pensent que la chlamydia est une infection commune, asymptomatique, et sérieuse. • Elles savent que la chlamydia se traite. • Elles pensent que le dépistage de la chlamydia est important.

Auteurs (date)	Population cible	Devis de recherche	Instruments de mesure	Résultats principaux	Conclusion
Henning, D. Ryan, A. Sanci, L. Dunning, T. (2007)	16-26 ans sans domicile fixe fréquentant le « Young People's Health Service » en Australie	Qualitatif	Entrevue semi- structurée Focus group	<p>Bonne identification de la chlamydia comme une ITSS.</p> <p>Croit avoir un plus grand risque de contracter VIH.</p> <p>Aucune connaissance sur la prévention.</p> <p>Quelques mamans ont reçu de l'information lors de leur grossesse, mais elles étaient déjà à risque.</p> <p>Jeunes hommes croient que c'est une infection de femmes.</p> <p>Aucun ne connaît qu'une complication possible est l'infertilité.</p> <p>Plusieurs participants ne savent pas quel est le test, au moins un de chaque groupe croit que c'est par ponction veineuse.</p>	<p>Les participants du groupe de discussion sont préoccupés par leurs connaissances sur la chlamydia.</p> <p>La création de programmes de promotion de la santé pour cette population est un défi futur.</p> <p>Les professionnels de la santé travaillant avec cette population doivent prendre les opportunités pour transmettre des connaissances sur la chlamydia pour réduire sa prévalence.</p>

Auteurs (date)	Population cible	Devis de recherche	Instruments de mesure	Résultats principaux	Conclusion
Pavlin, N.L. Parker, B. Fairley, C.K. Gunn, J.M. Hocking, J. (2008)	16-25 ans Femmes Actives sexuellement et ayant médecin de famille en Australie N=24	Qualitatif	Entrevue semi- structurée	<p>Dépistage acceptable si basé sur l'âge, mais information sur la chlamydia lors de l'offre.</p> <p>Normaliser le test est vu comme imp. pour ↓ stigmatisation.</p> <p>Parler de l'histoire sexuelle est une barrière à accepter.</p> <p>Recevoir résultat par tél. est OK, mais préférence pour le face à face.</p> <p>Aviser le partenaire si + : Plus de la moitié : non, surtout si occasionnel ou rupture ; les femmes plus âgées et dans une rel. stable : oui ; le sentiment de responsabilité et croire que la chlamydia est une infection sérieuse → plus enclines à aviser leur partenaire.</p>	<p>Comprendre que la chlamydia est une ITSS et que la notification ainsi que le traitement du partenaire sexuel est important favorise l'acceptation par les jeunes femmes du dépistage de la chlamydia.</p> <p>L'étude suggère une exploration plus poussée sur la pertinence de l'histoire sexuelle comme précurseur important d'un test de chlamydia.</p>

Auteurs (date)	Population cible	Devis de recherche	Instruments de mesure	Résultats principaux	Conclusion
Greaves, A. Lansdale, S. Whinney, S. Hood, E. Massop, H. Olowokure, B. (2009)	18-29 ans Étudiants de 1 ^{er} cycle au Royaume- Uni	Quantita- tif Descriptif Transver- sal	Questionnaire anonyme	<p>Les femmes ont une meilleure connaissance que les hommes.</p> <p>Étudiants en médecine ont une meilleure connaissance, mais n'↑ pas l'utilisation du condom ou le dépistage.</p> <p>45/259 connaît un endroit pour le dépistage.</p> <p>19 femmes sur 46 attendraient leur examen général pour le dépistage même si ont eu une relation sexuelle non protégée et ne connaissent pas le passé sexuel du partenaire.</p> <p>Sources d'informations utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hommes : magazine, télévision et amis. • Femmes : amis, magazine et dépliant médical. 	<p>Il est nécessaire de faire des efforts pour améliorer les connaissances de la chlamydia et à offrir les services de dépistages aux hommes et aux femmes.</p> <p>Il est nécessaire d'avoir de nouvelles stratégies basées sur les données probantes pour combler les lacunes dans les connaissances et les comportements des étudiants.</p>

Auteurs (date)	Population cible	Devis de recherche	Instruments de mesure	Résultats principaux	Conclusion
Lorimer, V. Hart, G.T. (2010)	16-24 ans au Royaume-Uni N= 364 (quantitatif) N= 24 (qualitatif)	mixte	Questionnaire (Fischer Exact Test) Entrevue semi- structurée	<p>Identification de la chlamydia comme une ITSS.</p> <p>Principale transmission : ne pas utiliser le condom.</p> <p>Identification par échantillon d'urine.</p> <p>Femmes (F) ont une meilleure connaissance que les hommes (H).</p> <p>+ de F que d'H connaît infertilité comme complication.</p> <p>Plusieurs, surtout H, ont été surpris d'apprendre que c'est asymptomatique.</p> <ul style="list-style-type: none"> Met la faute de leurs mauvaises connaissances sur le cours d'éducation sexuelle, se rappellent du VIH. 	<p>La compréhension de la population concernant la chlamydia est limitée.</p> <p>Des efforts sont requis pour traduire les connaissances des scientifiques au public.</p> <p>Selon les auteurs, une augmentation des connaissances de la population sur la chlamydia pourrait améliorer la détection de l'infection.</p>

Auteurs (date)	Population cible	Devis de recherche	Instruments de mesure	Résultats principaux	Conclusion
Balfe, M. Brugha, R. O'Donovan, D. O'connel, E. Vaughan, D. (2010)	18-29 ans Femme ayant médecin de famille en Irlande	Qualitatif	Entrevue semi-structuré	<p>Réagir négativement à une offre de dépistage qu'elles n'ont pas vue venir, car elles désirent garder une bonne image devant un professionnel de la santé.</p> <p>Mauvaise image de ceux qui contractent la chlamydia.</p> <p>Facteur favorisant l'acceptation : Devoir moral et que le professionnel de la santé indique que c'est normal et responsable.</p> <p>Celles acceptant le test ne croient pas qu'elles sont à risque tandis que plusieurs refuseraient si elles croyaient avoir la chlamydia.</p> <p>Réception des résultats par SMS ou téléphone.</p> <p>2/3 informeraient leur ancien partenaire (l'accuserait pour garder l'image de bonne fille); tous informeraient leurs partenaires actuels.</p>	<p>Le dépistage de la chlamydia, son traitement ainsi que la notification aux partenaires doivent être normalisés pour que cela devienne acceptable chez les jeunes femmes.</p> <p>Les professionnels de la santé offrant des dépistages aux jeunes femmes devraient mentionner que c'est offert à toutes les jeunes femmes.</p> <p>Le support à la notification des partenaires doit être offert à la personne atteinte de la chlamydia.</p>

Auteurs (date)	Population cible	Devis de recherche	Instruments de mesure	Résultats principaux	Conclusion
Richardson, D. Maple, K. Perry, N. Ambler, F. Jurd, C. Fischer, M. (2010)	16-24 ans ayant refusé dépistage dans un contexte hors santé au Royaume-Uni N= 14	Phénomé- nologique	Entrevue semi- structurée	<p>Stigmatisation : Avoir chlamydia indique que la personne a des comportements sexuels à risque.</p> <p>Embarrassé par l'examen génital, par le test et avoir résultat positif.</p> <p>Facteurs de croire qu'il n'y a aucun risque : quelques partenaires, relations stables, connaître le partenaire.</p> <p>Connait les symptômes, mais non le fait que c'est asymptomatique.</p> <p>Craint stérilité comme complication importante.</p> <p>Croit que le dépistage est: déshabillé, inconfort et douloureux.</p>	<p>Malgré les campagnes pour promouvoir le dépistage de la chlamydia, les jeunes évitent de se faire dépister parce que la chlamydia est stigmatisée et ils sont gênés par la chlamydia.</p> <p>Les stratégies doivent se concentrer sur la normalisation du test de la chlamydia dans le cadre de programme d'éducation dans les écoles.</p>

Auteurs (date)	Population cible	Devis de recherche	Instruments de mesure	Résultats principaux	Conclusion
Boudewyns, V. Paquin, R.S. (2011)	18-28 ans étudiants de 1 ^{er} cycle à l'université (États-Unis)	Quantita- tif	Questionnaire (Statistiques descriptives et analyse de régression multiple)	<p>La TCP explique significativement une partie de la variance de l'intention.</p> <p>Sur deux échantillons différents pour la même population, l'attitude ($\beta = 0,70$ et $0,42$) et la norme subjective ($\beta = 0,18$ et $0,30$) sont des prédicteurs importants de l'intention.</p> <p>L'avantage le plus important pour accepter le dépistage est le respect pour le partenaire.</p> <p>Le désavantage à accepter le dépistage est l'embarras.</p>	<p>L'application des théories comportementales est pertinente lorsqu'on tente de comprendre quels facteurs contribuent à la décision d'une personne à accepter un test de dépistage.</p> <p>La TCP fournit un cadre permettant de déterminer les éléments critiques d'une intervention comportementale.</p>

Auteurs (date)	Population cible	Devis de recherche	Instruments de mesure	Résultats principaux	Conclusion
Booth, A.R. Harris, P.R. Goyder, E. Norman, P. (2013)	16-24 ans vivant dans des zones défavorisées au Royaume-Uni	Qualitatif	Questionnaire autoadministré (verbatim)	<p>La TCP a été utilisée comme cadre de référence.</p> <p>Les croyances peuvent influencer les intentions du dépistage autant positivement que négativement.</p> <p>Les intentions de passer un test de dépistage seront plus grandes s'ils croient qu'ils seront rassurés plutôt qu'un diagnostic.</p> <p>Les croyances r/a être vu ou connu pour passer un test de dépistage peuvent affecter les intentions des individus.</p>	<p>Cette étude indique que la sensibilisation à la chlamydia en tant que problème de santé sexuelle grave n'est peut-être pas la meilleure façon d'augmenter le recours aux tests de dépistage dans une population à risque élevé.</p> <p>Promouvoir le test de dépistage de la chlamydia comme un moyen de rassurer peut être une alternative.</p> <p>Il peut également être important de réduire les perceptions de la désapprobation sociale concernant le dépistage de la chlamydia.</p>

Auteurs (date)	Population cible	Devis de recherche	Instruments de mesure	Résultats principaux	Conclusion
Booth, A.R Norman, P. Harris, P.R. Goyder, E. (2014)	16-24 ans étudiant dans une école professionnelle du Nord de l'Angleterre	Quantita- tif	Questionnaire autoadministré (statistiques descriptives et analyse de régression multiple)	<p>La TCP explique 43 % de la variance dans l'intention de passer un test de dépistage pour la chlamydia avec les déterminants : attitude ($\beta = 0,33$), norme subjective ($\beta = 0,44$) et perception du contrôle sur le comportement ($\beta = 0,12$).</p> <p>L'auto-identité explique un 22 % additionnel de la variance dans l'intention de passer un test de dépistage pour la chlamydia.</p>	<p>L'étude fournit un soutien à la TCP comme cadre de référence pour comprendre la motivation des personnes à passer des tests de dépistage de la chlamydia régulièrement.</p> <p>Les résultats fournissent des indications aux professionnels de la santé sur les variables, incluant l'auto-identité, à utiliser lors d'interventions pour favoriser le taux de dépistage de la chlamydia.</p>

Auteurs (date)	Population cible	Devis de recherche	Instruments de mesure	Résultats principaux	Conclusion
Booth, A.R. Norman, P. Harris, P.R. Goyder, E. (2015)	16-24 ans vivant dans une zone défavorisée en Angleterre	Quantita- tif	Questionnaire autoadministré (MANOVA, Pearson et Fischer)	<p>La TCP a été utilisée comme cadre de référence.</p> <p>Les femmes ont de plus fortes intentions que les hommes à passer des tests de dépistage régulièrement pour la chlamydia.</p> <p>Les femmes donnent plus d'importance aux croyances positives qu'aux croyances négatives.</p> <p>Les croyances comportementales (ex. : me rassurer), normatives (ex. : ma mère voudrait que je passe le test de dépistage) et de contrôle (ex. : je pourrais avoir la chlamydia) sont corrélées significativement avec l'intention de passer un test de dépistage pour la chlamydia.</p>	<p>L'étude fournit des informations importantes sur les principales croyances qui sous-tendent les intentions de dépistage de la chlamydia chez les jeunes vivant dans des zones défavorisées.</p> <p>Les croyances clés associées à l'intention fournissent des cibles d'intervention visant à améliorer le taux de dépistage régulier de la chlamydia dans cette population.</p> <p>Une promotion ciblée auprès des jeunes hommes peut aider à renforcer les croyances positives au sujet des tests réguliers de dépistage et à améliorer les taux de dépistage chez les hommes.</p>

Appendice B

Questionnaire préliminaire

NOUS AIMERIONS CONNAÎTRE TON OPINION

QUESTIONNAIRE

POURQUOI NOUS AIMERIONS CONNAÎTRE TON OPINION

Il existe un programme de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Nous désirons connaître ton opinion sur la motivation de participer ou non au programme de dépistage des ITSS en milieu scolaire.

LES DIRECTIVES POUR RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE

- S.V.P. RÉPONDS À CHAQUE QUESTION EN UTILISANT QUELQUES MOTS, NE CHERCHE PAS INUTILEMENT ET ÉCRIS CE QUI TE VIENT SPONTANÉMENT À L'ESPRIT.

Imagine la situation suivante : tu as commencé à avoir des relations sexuelles. Parfois, elles sont protégées, d'autres fois non... ce qui pourrait t'amener à contracter une ITSS. Donc, en répondant aux questions ci-dessous, imagine-toi que tu as eu une relation sexuelle non protégée.

Selon toi :

1. Au cours des prochains mois, quels seraient les avantages pour toi de consulter l'infirmière de l'école pour participer au programme de dépistage des ITSS?

2. Au cours des prochains mois, quels seraient les désavantages pour toi de consulter l'infirmière de l'école pour participer au programme de dépistage des ITSS?

3. Selon toi, quelles personnes importantes (exemple : blonde, copain, mère, meilleur ami, etc.) pour toi qui seraient en accord pour que tu rencontres l'infirmière de l'école pour participer au programme de dépistage des ITSS?

4. Selon toi, quelles personnes importantes pour toi seraient en désaccord pour que tu rencontres l'infirmière de l'école pour participer au programme de dépistage des ITSS?

5. Au cours des prochains mois, qu'est-ce qui pourrait t'empêcher (les obstacles) de consulter l'infirmière de l'école pour participer au programme de dépistage des ITSS?

6. Au cours des prochains mois, qu'est-ce qui pourrait te faciliter (t'aider) de consulter l'infirmière de l'école pour participer au programme de dépistage des ITSS?

7. Tu es :

A) Fille _____ B) Gars _____

8. Quel est ton âge : _____ ans

9. Quel est ton niveau scolaire?

a) secondaire 4

b) secondaire 5

VOILÀ, LE QUESTIONNAIRE TERMINÉ.

MERCI POUR TA COLLABORATION, C'EST TRÈS APPRÉCIÉ!

Appendice C

Questionnaire principal

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières
Savoir. Surprendre.



QUESTIONNAIRE

**Motivation des élèves du secondaire à consulter l'infirmière scolaire pour un
test de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang
(ITSS)**

DIRECTIVES POUR RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE

- 1- Ce questionnaire comprend deux sections.
- 2- Il est très important de répondre à toutes les questions, même si certaines peuvent te sembler répétitives.
- 3- Choisis la réponse qui te convient le mieux. Réponds au meilleur de ta connaissance. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Donne une seule réponse à chaque question, à moins d'indications contraires.

Voici quelques exemples sur la façon de répondre :

EXEMPLE A : ENCERCLE TA RÉPONSE

1- À quand remonte ta dernière visite chez le médecin ?

- a) moins de six mois
- b) de 6 à 12 mois
- ☒ c) de 1 à 2 ans
- d) plus de 2 ans
- e) tu ne te souviens plus

EXEMPLE B : COCHE (✓) LA CASE APPROPRIÉE

2- J'ai l'intention d'acheter ma première voiture d'ici la fin de l'automne.

✓						
très improbable	assez improbable	légèrement improbable	Ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

Si tu penses qu'il est « très improbable » que tu achètes ta première voiture d'ici la fin de l'automne prochain, mets un crochet au dessus de la réponse « très improbable ».

EXEMPLE C : ÉCRIS TA RÉPONSE

3. Quel est ton âge ? 15 ans.

DÉBUT DU QUESTIONNAIRE**SECTION I – LE DÉPISTAGE DES ITSS**

Réponds aux questions suivantes en imaginant que tu as commencé à avoir des relations sexuelles. Parfois, elles sont protégées, d'autres fois non, ce qui pourrait t'amener à contracter une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS).

- 1- J'aurais l'intention de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire.**

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

- 2- La plupart des personnes qui sont importantes pour moi me recommanderaient de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire.**

très en désaccord	assez en désaccord	légèrement en désaccord	ni l'un, ni l'autre	légèrement en accord	assez en accord	très en accord

- 3- Mes plans seraient de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire.**

très en désaccord	assez en désaccord	légèrement en désaccord	ni l'un, ni l'autre	légèrement en accord	assez en accord	très en accord

- 4- Il n'en tiendrait qu'à moi de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire.**

très en désaccord	assez en désaccord	légèrement en désaccord	ni l'un, ni l'autre	légèrement en accord	assez en accord	très en accord

Réponds aux questions suivantes **en imaginant** que tu as commencé à avoir des relations sexuelles. Parfois, elles sont protégées, d'autres fois non, ce qui pourrait t'amener à contracter une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS).

- 5- Pour moi, consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire serait ...
[coche la case appropriée pour chacun des quatre énoncés suivants (a à d)]

a)

très désagréable	assez désagréable	légèrement désagréable	ni l'un, ni l'autre	légèrement agréable	assez agréable	très agréable

b)

très déplaisant	assez déplaisant	légèrement déplaisant	ni l'un, ni l'autre	légèrement plaisant	assez plaisant	très plaisant

c)

très inutile	assez inutile	légèrement inutile	ni l'un, ni l'autre	légèrement utile	assez utile	très utile

d)

très malsain	assez malsain	légèrement malsain	ni l'un, ni l'autre	légèrement sain	assez sain	très sain

- 6- Les personnes les plus importantes pour moi pensent que je devrais consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire.

très en désaccord	assez en désaccord	légèrement en désaccord	ni l'un, ni l'autre	légèrement en accord	assez en accord	très en accord

Réponds aux questions suivantes **en imaginant que tu as commencé à avoir des relations sexuelles. Parfois, elles sont protégées, d'autres fois non, ce qui pourrait t'amener à contracter une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS).**

- 7- En consultant l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, je saurais si j'ai une ITSS.

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

- 8- En consultant l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, je serais rassuré (si je n'ai pas une ITSS).

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

- 9- En consultant l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, je préviendrais la transmission de l'infection.

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

- 10- En consultant l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, je recevrais un traitement adéquat si j'ai une ITSS.

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

- 11- En consultant l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, je me renseignerais sur les ITSS.

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

Réponds aux questions suivantes en imaginant que tu as commencé à avoir des relations sexuelles. Parfois, elles sont protégées, d'autres fois non, ce qui pourrait t'amener à contracter une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS).

- 12- En consultant l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, je perdrais mon temps.**

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

- 13- En consultant l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, cela me dérangerait car je manquerais une période de cours.**

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

- 14- Je me sentrais capable de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire.**

très en désaccord	assez en désaccord	légèrement en désaccord	ni l'un, ni l'autre	légèrement en accord	assez en accord	très en accord

- 15- Pour moi, consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire serait :**

très difficile	assez difficile	légèrement difficile	ni l'un, ni l'autre	légèrement facile	assez facile	très facile

- 16- Les encouragements des personnes importantes pour moi m'inciteraient à consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire.**

très en désaccord	assez en désaccord	légèrement en désaccord	ni l'un, ni l'autre	légèrement en accord	assez en accord	très en accord

Réponds aux questions suivantes en imaginant que tu as commencé à avoir des relations sexuelles. Parfois, elles sont protégées, d'autres fois non, ce qui pourrait t'amener à contracter une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS).

- 17- Il serait dans mes principes de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire.**

très en désaccord	assez en désaccord	légèrement en désaccord	ni l'un, ni l'autre	légèrement en accord	assez en accord	très en accord

- 18- Jusqu'à quel point crois-tu exercer un contrôle sur le fait de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS ?**

très incontrôlable	assez incontrôlable	légèrement incontrôlable	ni l'un, ni l'autre	légèrement contrôlable	assez contrôlable	très contrôlable

- 19- Si, d'ici la fin de l'année scolaire, je NE consultais PAS l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS, je le regretterais.**

très en désaccord	assez en désaccord	légèrement en désaccord	ni l'un, ni l'autre	légèrement en accord	assez en accord	très en accord

- 20- Si, d'ici la fin de l'année scolaire, je NE consultais PAS l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS, cela me préoccuperait.**

très en désaccord	assez en désaccord	légèrement en désaccord	ni l'un, ni l'autre	légèrement en accord	assez en accord	très en accord

- 21- Si, d'ici la fin de l'année scolaire, je NE consultais PAS l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS, cela m'inquiéterait.**

très en désaccord	assez en désaccord	légèrement en désaccord	ni l'un, ni l'autre	légèrement en accord	assez en accord	très en accord

Réponds aux questions suivantes **en imaginant** que tu as commencé à avoir des relations sexuelles. Parfois, elles sont protégées, d'autres fois non... ce qui pourrait t'amener à contracter une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS).

- 22- Mes valeurs personnelles m'inciteraient à consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire.

très en désaccord	assez en désaccord	légèrement en désaccord	ni l'un, ni l'autre	légèrement en accord	assez en accord	très en accord

- 23- J'évalue que mes chances de consulter l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire seraient ...

très faibles	assez faibles	légèrement faibles	ni l'un, ni l'autre	légèrement bonnes	assez bonnes	très bonnes

- 24- Est-ce que tu as une mère (biologique ou adoptive) ?

- a) Oui → Passe à la question 25
b) Non → Passe à la question 26

- 25- Ma mère approuverait/désapprouverait que je consulte l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire.

Désapprouverait fortement	Désapprouverait assez	Désapprouverait légèrement	ni l'un, ni l'autre	Approuverait légèrement	Approuverait assez	Approuverait fortement

- 26- Est-ce que tu as un père (biologique ou adoptif) ?

- a) Oui → Passe à la question 27
b) Non → Passe à la question 28

- 27- Mon père approuverait/désapprouverait que je consulte l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire.

Désapprouverait fortement	Désapprouverait assez	Désapprouverait légèrement	ni l'un, ni l'autre	Approuverait légèrement	Approuverait assez	Approuverait fortement

Réponds aux questions suivantes **en imaginant que tu as commencé à avoir des relations sexuelles. Parfois, elles sont protégées, d'autres fois non, ce qui pourrait t'amener à contracter une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS).**

28- Est-ce que tu as un chum ou une blonde ?

a) Oui → Passe à la question 29

b) Non → Passe à la question 30

29- Mon chum ou ma blonde approuverait/désapprouverait que je consulte l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire.

Désapprouverait fortement	Désapprouverait assez	Désapprouverait légèrement	ni l'un, ni l'autre	Approuverait légèrement	Approuverait assez	Approuverait fortement

30- Mes ami(e)s approuverait/désapprouverait que je consulte l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire.

Désapprouverait fortement	Désapprouverait assez	Désapprouverait légèrement	ni l'un, ni l'autre	Approuverait légèrement	Approuverait assez	Approuverait fortement

31- Le soutien des personnes importantes pour moi m'inciteraient à consulter l'infirmière scolaire pour participer au programme de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire.

très en désaccord	assez en désaccord	légèrement en désaccord	ni l'un, ni l'autre	légèrement en accord	assez en accord	très en accord

32- Je consulterais l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, même si j'avais peur d'avoir une ITSS.

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

Réponds aux questions suivantes en imaginant que tu as commencé à avoir des relations sexuelles. Parfois, elles sont protégées, d'autres fois non... ce qui pourrait t'amener à contracter une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS).

- 33- Je consulterais l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, même si j'avais peur de me faire juger par les autres élèves.

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

- 34- Je consulterais l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, même si j'avais peur de me faire juger par l'infirmière.

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

- 35- Je consulterais l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, même si je manquais de temps.

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

- 36- Je consulterais l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, même si j'avais de l'étude.

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

- 37- Je consulterais l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, même si j'avais du travail rémunéré.

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

Réponds aux questions suivantes **en imaginant** que tu as commencé à avoir des relations sexuelles. Parfois, elles sont protégées, d'autres fois non... ce qui pourrait t'amener à contracter une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS).

- 38- Je consulterais l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, même si j'avais des examens qui m'empêchent de prendre un rendez-vous.

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

- 39- Je consulterais l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, même si j'avais autres choses de mieux à faire.

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

- 40- Je consulterais l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, même si j'avais un contretemps.

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

- 41- Je consulterais l'infirmière scolaire pour passer un test de dépistage des ITSS d'ici la fin de l'année scolaire, même si j'étais gêné(e).

très improbable	assez improbable	légèrement improbable	ni l'un, ni l'autre	légèrement probable	assez probable	très probable

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

- 42- Tu es...?
 a) Fille b) Garçon
- 43- Quel est ton âge ? _____ ans
- 44- Quel est ton niveau scolaire ?
 a) 4^e secondaire
 b) 5^e secondaire
 c) Cheminement particulier de formation (groupes spéciaux d'apprentissage)
- 45- As-tu déjà passé un test de dépistage des ITSS ?
 a) Oui
 b) Non
- 46- Au cours de ta vie, as-tu déjà eu des relations sexuelles (sexe oral, sexe vaginal ou sexe anal) ?
 a) Oui
 b) Non
- 47- Avant aujourd'hui, savais-tu que l'infirmière scolaire peut te faire passer un test de dépistage des ITSS si tu n'as pas de symptôme?
 a) Oui
 b) Non

Voilà, le questionnaire est terminé !

NOUS TE REMERCIONS DE TA PRÉCIEUSE COLLABORATION !

S'il te plaît, assure-toi :

- d'avoir répondu à toutes les questions
- de remettre le questionnaire et le formulaire de consentement

Si tu as des commentaires ou des suggestions concernant ce questionnaire et cette recherche, tu peux les inscrire ci-dessous.

COMMENTAIRES
