

Université de Montréal

**Perspectives croisées : Les déterminants sociaux de la
vulnérabilité sexuelle chez les jeunes de 18 à 25 ans**

par Emmanuelle Arpin

Département de sociologie

Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.) en sociologie

Juillet, 2016

© Emmanuelle Arpin, 2016

Résumé

Depuis les années 1990, les indicateurs de la santé sexuelle des jeunes de 18 à 25 ans démontrent que ce groupe d'âge est sexuellement vulnérable, ce qui est observable en raison de la hausse du taux d'infections transmises sexuellement, ainsi que des lacunes de connaissances en matière de santé sexuelle. Ce mémoire propose un regard nouveau sur la santé sexuelle des jeunes à partir d'un faisceau de perspectives sociologiques axées sur les déterminants sociaux de la santé pour mieux comprendre la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes. Nous faisons appel à trois pistes analytiques en particulier : la perspective matérialiste, la perspective bio-psycho-sociale et la perspective des parcours de vie.

Notre démarche de recherche s'inscrit dans une approche issue de la théorisation ancrée, employée au sein d'une clinique jeunesse de Montréal. Nos outils d'investigation consistent en entretiens semi-dirigés réalisés avec des intervenantes de la clinique et des jeunes patients âgés de 18 à 25 ans, ainsi qu'en observations non participantes dans divers lieux de la clinique.

Les résultats de cette recherche font ressortir quatre déterminants sociaux : la question des connaissances en matière de santé sexuelle, les scripts sexuels genrés, la période de la jeunesse lors du parcours sexuel et les caractéristiques du quartier du centre-ville de Montréal. En tenant compte des perspectives croisées de ceux qui voient (les intervenantes) et de ceux qui vivent (les jeunes) la vulnérabilité sexuelle, nous pouvons mieux définir ces déterminants, leurs sources et leurs effets. Nous faisons également état de nos résultats au prisme des trois cadres analytiques des déterminants sociaux de la santé.

Nous espérons que ces résultats inciteront la poursuite de recherches dans le domaine des déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle et qu'ils seront utiles dans la formulation des recommandations pratiques pour les interventions en santé sexuelle auprès des jeunes.

Mots-clés : déterminants sociaux de la santé ; santé sexuelle ; vulnérabilité ; jeunesse ; recherche qualitative ; soins de santé

Abstract

Since the 1990s, public health indicators have continuously highlighted negative sexual health outcomes for youth aged 18 to 25, ranging from increases in rates of sexually transmitted infections, to major sexual health knowledge gaps. These indicators suggest that youth are increasingly sexually vulnerable. The objective of this study was to shed new light on the domain of youth sexual health from the vantage point of sociological perspectives on health. Our research interrogations are theoretically grounded in a social determinants of health perspective, in which three analytical perspectives were explored: materialist, bio-psycho-social and life course perspectives.

Our research methodology is inspired by a grounded theory approach, which was adopted to examine a youth sexual health clinic based in Montreal. In this milieu, it was possible for us to meet healthcare workers and youth aged 18 to 25 with the objective of better understanding the social determinants of youth sexual vulnerability. Our methods included semi-structured interviews and non-obtrusive observations in various locations of the clinic.

The results from this study underscore four social determinants of youth sexual vulnerability: youth sexual health knowledge, gendered sexual scripts, the period of youth during their sexual lives and characteristics of the downtown neighborhood of Montreal. An approach taking into account the perspectives of those who witness (the healthcare professionals) and those who experience (the youth) sexual vulnerabilities enabled us to better understand these determinants, their sources and effects. We analyze these determinants using the three social determinants of health perspectives. We hope that the results of this study will encourage further research in the field of youth sexual health within a sociological approach, as well as encourage and improve interventions for youth and their sexual health.

Keywords: social determinants of health; sexual health; vulnerability; youth; qualitative research; healthcare services

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des sigles	vii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Chapitre 1 - Les déterminants sociaux de la santé : le cadre théorique	5
1.1. Introduction.....	5
1.2. Les déterminants sociaux de la santé	5
1.2.1. Les inégalités sociales de santé.....	9
1.3. Développement historique	10
1.4. Trois perspectives analytiques	12
1.4.1. La perspective matérialiste : les conditions sociales des individus	12
1.4.2. La perspective bio-psycho-sociale : stress prolongé et comparaisons sociales	13
1.4.3. La perspective des parcours de vie	15
1.5. La perspective intersectionnelle : un regard nouveau sur la santé.....	15
1.6. Conclusion	18
Chapitre 2 - La santé sexuelle des jeunes : écarts et vulnérabilités	20
2.1. Introduction.....	20
2.2. Définitions.....	21
2.2.1. Santé sexuelle.....	21
2.2.2. Jeunesse.....	23
2.3. La santé sexuelle des jeunes de 18 à 25 ans.....	25
2.4. Les déterminants sociaux de la santé sexuelle.....	28
2.4.1. Le statut socio-économique des jeunes.....	29
2.4.2. Capital social : famille, pairs et vie associative	30
2.4.3. Les constructions de genres : rapports inégalitaires	31

2.4.4. Politiques de santé et scolaires : discours normatif	34
2.5. Conclusion	37
Chapitre 3 - Problématique de recherche.....	38
3.1. Introduction.....	38
3.2. Cadres conceptuels.....	38
3.2.1. La vulnérabilité sexuelle.....	39
3.3. Cadres théoriques et analytiques.....	41
3.4. Cadre méthodologique et terrain de recherche	41
3.5. Questions de recherche	43
3.6. Conclusion	43
Chapitre 4 - Approche méthodologique.....	44
4.1. Introduction.....	44
4.2. Une recherche qualitative	45
4.3. La théorisation ancrée	46
4.4. La sociologie clinique	48
4.5. Le terrain de recherche : une clinique jeunesse	49
4.5.1. La clinique jeunesse Accès	51
4.6. Échantillons de répondants	51
4.6.1. Approbation éthique.....	52
4.6.2. Intervenantes	52
4.6.2. Jeunes âgés de 18 à 25 ans.....	53
4.7. Méthodes employées.....	56
4.7.1. Observations non participantes	56
4.7.2. En salle d'attente.....	57
4.7.3. En salle de consultation	58
4.7.4. Entretiens semi-dirigés.....	59
4.7.5. Intervenantes	59
4.7.6. Jeunes.....	60
4.8. Logiciel d'analyses	61
4.9. Remarques sur la démarche méthodologique	61

4.10. Conclusion	63
Chapitre 5 - Perspectives croisées : Les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes de 18 à 25 ans	65
5.1. Introduction.....	65
5.2. Le niveau de connaissances des jeunes en matière de santé sexuelle.....	66
5.2.1. Pour une prise en charge de sa santé sexuelle.....	66
5.2.2. Explications des lacunes de connaissances.....	67
5.2.3. Les impacts des lacunes de connaissances.....	71
5.2.4. Lecture matérialiste.....	77
5.3. Scripts sexuels genrés	77
5.3.1. Sur quoi se basent les scripts sexuels.....	77
5.3.2. Quelles sont les sources des scripts sexuels.....	81
5.3.3. Lecture bio-psycho-sociale	82
5.4. La période de vie de la jeunesse lors du parcours sexuel	83
5.4.1. La jeunesse à l'entrée de la vie sexuelle	83
5.4.2. Intervenir auprès des jeunes : un accompagnement adapté	86
5.4.3. Lecture bio-psycho-sociale et de parcours de vie	90
5.5. Les caractéristiques du quartier du centre-ville de Montréal.....	91
5.5.1. Éléments de la « vie de ville »	91
5.5.2. Lecture matérialiste.....	93
5.6. Conclusion	94
Conclusion : pistes de réflexions	96
6.1. Retour sur nos questions de recherche.....	96
6.2. Limites	99
6.3. Recommandations : recherche et intervention.....	100
Bibliographie.....	104
Annexe A : Grilles d'observations.....	i
Annexe B : Grilles d'entretiens.....	i

Liste des tableaux

Tableau I : Les intervenantes de la Clinique jeunesse Accès	53
Tableau II : Les jeunes âgés de 18 à 25 ans	55
Tableau III : Les problématiques de santé sexuelle des jeunes	56

Liste des sigles

CLSC : Centre local de services communautaires

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CREMIS : Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations

FPS : Formation personnelle et sociale

HARSAH : Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes

ITSS : Infections transmises sexuellement et par le sang

ITS : Infections transmises sexuellement

IVG : Interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation mondiale de la santé

OPS/OMS : Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la santé

Sida : Syndrome d'immunodéficience acquise

UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VPH : Virus du papillome humain

À mes parents.

Remerciements

Tout au long de mon parcours des études du deuxième cycle, dès le développement des prémices de ce travail de recherche jusqu'à la fin de la rédaction du présent mémoire, j'ai pu bénéficier de l'appui de mes directrices de recherche, de collègues, d'amis et de proches, dont le soutien et la confiance m'ont été d'une aide inestimable.

Tout d'abord, je voudrais exprimer ma profonde gratitude à mes co-directrices de recherche, les professeures Estelle Carde, du Département de sociologie de l'Université de Montréal, et Evelyne Baillergeau, du *Amsterdam Institute of Social Science Research* de l'Université d'Amsterdam. Je les remercie chaleureusement d'avoir accepté d'entreprendre ce travail qui m'a permis de bénéficier de leurs expertises respectives. Estelle Carde et Evelyne Baillergeau ont été toutes deux une source précieuse d'inspiration à chaque étape de cette recherche. J'ai surtout apprécié leur encadrement à la fois individualisé et souple, leurs conseils judicieux et leur exemple de rigueur en matière de recherche.

Je tiens à souligner les contributions financières reçues en vue de la réalisation de ce mémoire de maîtrise de la part des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations (CREMIS) et des Fonds d'investissement des cycles supérieurs de l'Université de Montréal (FICSUM). L'octroi de ces bourses a représenté à la fois un soutien financier me permettant de compléter un projet de recherche au niveau de la maîtrise, et le signe d'un appui institutionnel aux recherches menées sur les déterminants sociaux de la santé et la santé sexuelle des jeunes.

Je tiens à remercier toute l'équipe de la clinique jeunesse où s'est déroulée cette étude. Je leur suis très reconnaissante, notamment en ce qui concerne la confiance démontrée à mon égard et leur grande disponibilité. Forte de cet encadrement, je me suis toujours sentie intégrée à l'équipe de la clinique, où les intervenantes voulaient que le projet réussisse.

Je voudrais également exprimer mes remerciements aux jeunes qui ont participé à cette étude. Sans leur apport, ce projet n'aurait jamais pu voir le jour. Leur réception face à mes interrogations, leur reconnaissance de l'importance d'étudier la santé sexuelle des jeunes, la confiance qu'ils ont démontrée à mon endroit ont grandement contribué à la réalisation et à la réussite de ce projet.

Merci à tous ceux et celles avec qui j'ai pu partager le fruit de cette recherche lors de conférences et de colloques auxquels j'ai participé durant les deux dernières années. Ces sessions d'échanges se déroulant à Montréal, à Ottawa, à Calgary, à Toronto et à Amsterdam, m'ont permis de partager certains aspects de ma recherche avec d'autres chercheurs et de bénéficier de leurs conseils judicieux.

Je voudrais également souligner le soutien de proches et de pairs : Mesdames Magali Girard et Rabeb Khlifi du CHUM, les professeures Deena White et Marianne Kempeneers, mes chères amies de *Soccority*, mes patientes colocataires Seema et Janel et le comité femmes et sociologies. Un merci chaleureux à mes collègues du programme de sociologie – Raphaëlle, Samantha, Julien, Annick, Catherine, Chloé, Laurence, Louis, Sophie et Alexandra. Merci à Ingrid et à Fanny qui, de près ou de loin, m'ont constamment encouragé. Merci à Xavier qui me suit depuis le début de ce programme. Sa persévérance et son ambition dans ses propres projets m'ont grandement inspirée dans les miens.

Enfin, je dois surtout toute ma reconnaissance à mes parents, Maurice et Cécilia. Sans votre amour indéfectible et votre soutien précieux, ce projet de recherche aurait été certainement tout autre.

Introduction

« Challenges [for youth sexual health in Canada] remain, including: unwanted pregnancies; the sequelae of sexually transmitted diseases; psychological and physical violence perpetrated against primarily women and GLBTQ teens; changing social, sexual and relationship structures; inequities in health and well-being based on geographical region, economic status, and sexual orientation; and ideological differences that restrict the access of some adolescents to the education and services they deserve. These are the realities that should stir news commentators and motivate public policy, educational programming, and improvements in health care services » (Maticka-Tyndale 2008: 92).

La Commission spéciale sur la santé des adolescents et des jeunes âgés de 10 à 24 ans de 188 pays rapporte dans un numéro du *Lancet* publié en mai 2016 que l'un des facteurs de risque les plus importants pour la santé des jeunes se situe dans les rapports sexuels non protégés, et ce, mesuré selon le mode d'évaluation de l'espérance de vie corrigé de l'incapacité (EVCI) (en anglais, *DALY*) (Patton, Sawyer, Santelli et al. 2016). L'EVCI est une mesure communément utilisée pour comprendre l'effet d'un facteur de risque pour la santé (ex. comportement à risque, infection vénéreuse) sur la qualité de vie et le nombre d'années de vie perdues des individus (Organisation mondiale de la santé (OMS) 2016). À titre d'exemple, nous pouvons penser aux mesures de l'EVCI du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui sont les plus élevées en Afrique subsaharienne. Ceci s'explique en raison du taux croissant d'individus qui sont atteints du VIH dans cette région du monde, ainsi que la qualité de vie diminuée de ces individus en raison des multiples maladies qui se rattachent au VIH (ex. tuberculose, diabètes de type 2, ostéoporose, lipodystrophie) (Ortblad, Lozano & Murray 2013). Le facteur de risque des rapports sexuels non protégés chez les jeunes est aussi un phénomène en croissance qui se rattache également à de multiples conditions sanitaires et retombées sociales, comme la transmission et la propagation d'infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS) et les grossesses non désirées ou précoces.

Revenant au constat de la mesure de l'EVCI des rapports sexuels non protégés, ce constat est tout d'abord alarmant, sentiment que nous pouvons expliquer avec une comparaison : en 1990,

les rapports sexuels non protégés représentaient le 14^e facteur de risque mesuré en unités de l'EVCI pour les jeunes hommes de 15 à 19 ans et le 11^e pour les jeunes femmes de ce groupe d'âge ; or en 2013, les rapports sexuels non protégés représentaient le deuxième facteur de risque le plus important pour les jeunes hommes de 15 à 19 ans mesuré en unités de l'EVCI et le premier pour les jeunes femmes de ce groupe d'âge (Mokdad, Forouzanfar, Daoud et al. 2016). Avec cette comparaison, le constat de la mesure de l'EVCI des rapports sexuels non protégés rapportée en 2016, d'un point de vue de recherche, devient aussi intéressant : puisque les rapports sexuels non protégés représentaient un facteur de risque mesuré en unités d'EVCI moins important pour la santé des jeunes en 1990, et que sur une période d'environ 25 ans, en 2013 et en 2016, l'un des plus importants, il nous semble que ce serait en lien avec le progrès des connaissances dans le domaine de la santé sexuelle des jeunes qui illustre les multiples retombées des rapports sexuels non protégés sur la santé sexuelle et la santé générale des jeunes, tels que soulignés plus haut. Dans ce sens, ce constat nous signale une croissance d'intérêt et de connaissances dans ce domaine de recherche, ainsi que l'importance de continuer de se pencher sur ces questions.

La présente recherche s'inscrit dans cette volonté de mieux comprendre la santé sexuelle des jeunes, et plus précisément, l'état dans lequel elle se trouve relativement à d'autres groupes sociodémographiques. Soulignons certains indicateurs descriptifs de la santé sexuelle des jeunes du Canada : les premières relations sexuelles ont lieu à un âge de plus en plus précoce, autant chez les filles que chez les garçons (en moyenne à 14.2 ans), la multiplication de partenaires sexuels s'avère un fait courant, surtout chez les jeunes hommes (par exemple, 22% des jeunes hommes auraient eu 4 à 10 partenaires vers l'âge de 16 ans, alors que 14% des jeunes femmes de ce groupe d'âge en auraient eu autant), le taux d'utilisation du préservatif masculin dans les relations sexuelles est en décroissance, situation surtout rapportée par les jeunes femmes dans leurs rapports sexuels (Boyce, Doherty, Fortin et al. 2008), les jeunes seraient de plus en plus ignorants en matière de connaissances sur la santé sexuelle (Institut national de la santé publique du Québec 2013), et le taux d'ITSS est en augmentation chez les jeunes (par exemple, nous observons une augmentation relative de 72% de cas de chlamydia rapportés entre 2001 et 2010, et que les jeunes femmes de 20 à 24 ans seraient les plus

touchées à un taux d'infection sept fois plus élevé que le taux national (Agence de la santé publique du Canada 2013)).

Ces indicateurs signalent que de manière générale les jeunes sont vulnérables à des problèmes de santé sexuelle. Au prisme de cadres sociologiques de la santé, notamment ceux des déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales de santé, nous avons tenté de mieux comprendre pourquoi les jeunes, particulièrement ceux de 18 à 25 ans, sont sexuellement vulnérables. Nous avons aussi mobilisé trois concepts pour guider nos interrogations de recherche : la santé sexuelle, la jeunesse (les jeunes âgés de 18 à 25 ans) et la vulnérabilité sexuelle. Dans le contexte d'une recherche qualitative menée au sein d'une clinique jeunesse de Montréal, il nous a été possible d'aller à la rencontre d'intervenantes et de jeunes âgés de 18 à 25 ans dans le but de déceler un certain nombre de déterminants sociaux permettant d'expliquer la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes. En tenant compte de perspectives croisées de différents interlocuteurs, nous avons pu identifier des déterminants et entrevoir leurs enchaînements. L'objectif de cette recherche revenait donc à amener un nouveau regard sur la santé sexuelle des jeunes à partir d'un faisceau de perspectives sociologiques permettant de mieux comprendre les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes.

Dans ce mémoire, nous présentons le fruit de cette recherche. Au premier chapitre, nous présentons un ensemble de pistes épistémologiques qui nous éclairent sur les processus sociaux qui influencent les états de santé ainsi que la distribution de maladies, notamment celles des déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales de santé. Nous nous penchons en particulier sur trois perspectives analytiques : matérialiste, bio-psycho-sociale et des parcours de vie. Nous présentons également la perspective intersectionnelle qui est de plus en plus appliquée aux cadres des déterminants sociaux de la santé.

Au deuxième chapitre, nous offrons une recension d'indicateurs de la santé sexuelle des jeunes et de recherches sur les déterminants sociaux de la santé sexuelle, provenant des domaines de l'épidémiologie et de la sociologie. Il sera possible de voir que les caractéristiques sociales qui définissent les jeunes - leur position sociale dans certains contextes sociaux - sont au cœur des explications de leurs états de santé sexuelle. Ensuite, au chapitre trois, à la lumière des

constats théoriques et empiriques des deux premiers chapitres, le concept de la vulnérabilité sexuelle, la problématique et les questions de recherche sont explicités.

Dans le quatrième chapitre, nous présentons la méthodologie adoptée pour répondre à nos questions de recherche. Notre démarche qui s'inscrit dans une approche de la théorisation ancrée (*grounded theory*) a été employée dans le contexte d'une clinique jeunesse située à Montréal, spécialisée dans la santé sexuelle des jeunes. Grâce à nos discussions avec les intervenantes (celles qui témoignent de la vulnérabilité sexuelle) et les jeunes (ceux et celles qui vivent la vulnérabilité sexuelle), il nous a été possible de mieux saisir les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle. Nous avons également tenu compte des pratiques d'intervention en milieu de clinique jeunesse qui permettent aux intervenantes de dépister des indices de la vulnérabilité sexuelle et d'agir sur les facteurs sociaux en amont qui l'influencent.

Nous présentons par la suite nos résultats et analyses au chapitre cinq. Nous observons s'articuler quatre déterminants: le niveau de connaissances en matière de santé sexuelle, les scripts sexuels genrés, la période de la jeunesse lors du parcours sexuel et les caractéristiques du quartier du centre-ville de Montréal. Pour tenir compte de la manière dont ces déterminants influencent la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes, nous faisons état de nos résultats en les plaçant dans les cadres analytiques des déterminants sociaux de la santé, présentés au premier chapitre.

Finalement, en guise de conclusion, nous offrons quelques remarques sur les apports de cette recherche, les limites de l'applicabilité de nos analyses et certaines recommandations pour l'intervention et la recherche, ces dernières portant surtout sur le pont théorique entre le domaine des déterminants sociaux de la santé et la perspective intersectionnelle. Nous sommes de l'avis que notre démarche de recherche dans le contexte de ce mémoire contribue aux cadres théoriques et analytiques ayant trait aux déterminants sociaux de la santé en général, et ceux de la santé sexuelle et des jeunes en particulier.

Chapitre 1 - Les déterminants sociaux de la santé : le cadre théorique

« Face aux croyances communes ou savantes qui conduisent souvent à s'accommoder d'une réalité trop vite pensée comme un fait de nature, il faut donc rappeler que si certains ont plus de risques de développer certaines affections ou une probabilité plus élevée de mourir jeunes, ce n'est pas seulement le fruit du hasard ou de l'hérédité, mais bien également le résultat d'une production par la société » (Fassin, Grandjean, Kaminski et al. 2000: 14).

1.1. Introduction

Dans ce premier chapitre, nous présentons la toile de fond théorique qui a encadré cette recherche, soit celle des déterminants sociaux de la santé. Tout d'abord, nous définissons ce cadre théorique, touchant également aux cadres analytiques des inégalités sociales de santé. Ensuite nous présentons brièvement son développement historique, pour terminer avec la présentation de trois courants théoriques de ce domaine de recherche : la perspective matérialiste, la perspective bio-psycho-sociale et la perspective des parcours de vie. Nous incluons également la « nouvelle » perspective intersectionnelle aux cadres des déterminants sociaux de la santé. Ces perspectives analytiques ont été employées dans les analyses de nos résultats, présentés au chapitre cinq.

1.2. Les déterminants sociaux de la santé

La perspective des déterminants sociaux de la santé soutient que la santé est un fait social issu d'une multitude d'influences sociales. Ces influences, ou à plus proprement parler ces déterminants sociaux, qui se présentent sous forme de ressources matérielles, pouvoirs sociaux et symboliques définis par les structures sociales plus distales par rapport aux individus, jouent un rôle important dans le bien-être et la santé des individus (Link & Phelan 1995; OMS 2012, 1986 ; Raphael 2009). Les conditions de vie durant la petite enfance, le revenu familial, l'accès aux aliments sains, l'état et l'emplacement du logement, les conditions de travail, les politiques sociales et de santé permettant l'accès aux soins, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge et la « race », sont des exemples de déterminants sociaux. L'objectif premier de la

recherche de ce domaine consiste à illustrer les liens entre les forces sociales et les comportements sanitaires¹ ainsi que la distribution des états de santé au sein des sociétés.

La perspective des déterminants sociaux de la santé nuance les perspectives biomédicales et psychologiques, comme le *Health Belief Model*, qui tentent d'expliquer les états de santé comme provenant de la composition génétique des individus ou du fruit de choix individuels (Murphy, Greene, Mihailovic et al. 2014 ; Conner & Norman 1996). Ces modèles, souvent utilisés dans des études portant sur les comportements à risque lié à la contraction du VIH par exemple, accordent à l'individu beaucoup d'agentivité, le définissant comme étant toujours capable cognitivement et réflexivement de saisir les risques associés à certains types de rapports sexuels non protégés ou à l'utilisation de seringues contaminées (Burak & Meyer 1997 ; Downing-Matibag & Deisinger 2009 ; Hiltabiddle 1996). Ces exemples rejoignent les explications culturelles/comportementales de la santé (*cultural/behavioural explanations*) (Blaxter 1990) qui représentent les premières bases des explications matérialistes telles que nous les connaissons aujourd'hui (Raphael 2009).

Plusieurs estiment que la perspective des déterminants sociaux de la santé s'inscrit dans un débat marquant de la sociologie, celui de l'agentivité versus les structures sociales pour expliquer les comportements individuels (Abel & Frohlich 2012). Ce débat se situe par rapport aux capacités individuelles – rationalité, capacité cognitive – ainsi qu'aux influences des structures sociales – politiques sociales, structure de gouvernance politique et économique – qui influencent leurs comportements. La perspective des habitudes de vie collectives peut servir d'illustration à ce débat et de tentative de réconciliation dans le contexte de la santé. S'inspirant de Weber pour son analyse des choix et des chances de vie, de Bourdieu pour la notion de l'habitus et de Giddens pour sa théorie de la structuration (Bourdieu 1986 ; Giddens 1984 ; Weber 1922 dans Cockerham 2013), Cockerham (2005 ; 2013) estime que des forces

¹ L'expression « comportements sanitaires » renvoie aux comportements et aux habitudes de vie pouvant améliorer ou dégrader la santé des individus (Statistique Canada 2015). Pensons ici à la consommation de tabac et d'alcool, à l'exercice physique, à la consommation d'aliments sains, tous ces comportements peuvent être perçus en tant que comportements sanitaires (Dodd, Al-Nakeeb, Neville et al. 2010).

sociales seraient communes aux vécus de certains groupes sociaux indiquant des caractéristiques sociales semblables. Ces forces les toucheraient de manière collective, observant donc des habitudes de vie semblables à l'ensemble d'un groupe social. Frohlich, Ross & Richmond (2006) appliquent cette théorie dans l'analyse de taux de mortalité et de morbidité observés chez les autochtones vivant dans des réserves canadiennes. Ces auteurs proposent qu'en raison de conditions semblables dans lesquelles les autochtones se trouvent, qui agissent sur leurs chances de vie, on observerait des comportements semblables entre eux (ex. taux d'alcoolisme et de tabagisme élevé). Dans ce sens, on illustre comment des forces sociales imposent des habitudes de vie non pas individuelles, mais *collectives*.

Ajoutons que les approches sociologiques des déterminants sociaux de la santé se distinguent des approches épidémiologiques, surtout pour leurs méthodes de recherche et portées épistémologiques (Frohlich & Potvin 2008 ; Goldberg, Melchior, Leclerc et al. 2002 ; Kreiger 2001). Tout d'abord, on propose que si les approches épidémiologiques arrivent à cerner les facteurs de risque pour la santé, ce ne serait que les facteurs proximaux (facteurs individuels) comme des comportements sanitaires (ex. alimentation, taux d'exercice, etc.), sans expliquer les processus sociaux, c'est-à-dire les facteurs distaux (ex. structures politiques, organisation du travail) qui influencent les facteurs proximaux. Dans ce sens, il semblerait que les courants épidémiologiques ont une faiblesse au plan épistémologique pour expliquer *comment* des facteurs distaux, situés dans le plan macrosocial influencent les comportements individuels; l'épidémiologie chercherait plutôt des associations statistiquement significatives pour illustrer des corrélations entre déterminants sociaux et taux de morbidité.

La portée du domaine des déterminants sociaux de la santé, qui se penche sur les facteurs distaux pour expliquer les facteurs proximaux des individus, se trouve au cœur de l'explication de Link et Phelan des causes fondamentales de la santé (Phelan, Link & Tehranifar 2010 ; Link & Phelan 1995). La théorie des causes fondamentales propose que la position sociale des individus définit leur accès aux ressources pour la santé. Link et Phelan illustrent cette idée en formulant une critique des modèles universels d'intervention. Ils proposent que ces modèles universels arrivent seulement à aider ceux qui ont les moyens pour y accéder, et que ces moyens seraient définis par la position sociale des individus au sein de hiérarchies sociales.

Les auteurs songent par exemple à l'offre du test Pap ou de prise de sang pour le VIH qui seraient des interventions utiles uniquement pour ceux et celles qui seraient dans une position sociale favorable pour y accéder (Link & Phelan 1995 :85). L'intérêt de cette illustration est de montrer que la majorité des interventions seraient en fait peu efficaces à rejoindre les individus, puisque la position sociale de ces individus ne serait pas favorable à l'accès de ces services. Les auteurs proposent donc un exercice de « contextualiser les risques individuels » pour tenir compte de ces positions sociales.

Entre la notion d'une cause fondamentale. Une cause fondamentale est un élément distal du contexte social de l'individu qui définit sa position sociale qui lui offre plus ou moins d'accès aux ressources pour la santé. Dans des sociétés néo-libérales, l'accès aux ressources serait surtout possible par le statut socio-économique individuel, selon Link et Phelan, puisqu'il peut assurer le plus de ressources, comme capital, les soins et services de santé, et des connaissances, du pouvoir et du prestige social, ce qui rejoint la notion du capital social de Bourdieu (1979). Dans ce sens, les auteurs dénotent la position socio-économique comme une cause fondamentale de la santé. Plus on monte dans la hiérarchie socio-économique, plus de ressources seront à notre disposition, et meilleure sera sa santé. On note que les ressources qui s'y rattachent peuvent être classées de « flexibles » (terme ajouté en 2010 à la révision de la théorie dans Phelan et al. (2010 :29)) puisqu'elles peuvent influencer plusieurs états de santé et elles peuvent être utilisées de différentes manières à travers le temps (Phelan et al. (2010 : 30)).

Deux éléments nous semblent essentiels à retenir de cette théorie : tout d'abord, une cause fondamentale assure *l'accès* aux ressources. Cet accès est défini par la position des individus dans la structure sociale, c'est-à-dire les facteurs structurels, distaux des individus. Par la structure socio-politique et l'organisation du travail par exemple, certains individus seraient mieux placés dans la hiérarchie sociale que d'autres, ce qui mènerait à plus de chances de vie pour ces derniers.

Ensuite, les *inégalités de pouvoir* expliquent cet accès. Le pouvoir peut provenir du statut socio-économique des individus dans une hiérarchie sociale, ce qui offre plus de ressources matérielles et sociales. Par extension, on pourrait tenter d'appliquer le modèle des causes fondamentales de Link et Phelan à d'autres formes de hiérarchies de pouvoir, comme de genre, de « race » ou de nationalité. Ces constats par rapport au pouvoir nous amènent donc à une discussion sur les inégalités sociales et les inégalités sociales de santé.

1.2.1. Les inégalités sociales de santé

Toutes recherches sur les déterminants sociaux de la santé abordent nécessairement la question des inégalités sociales de santé, puisque la répartition de déterminants se fait selon la position sociale ou la place relative qu'occupe un individu au sein de la société hiérarchiquement ordonnée, selon des axes économiques, de genre, de « race » et de pouvoir politique (Blane 1985 ; Fassin et al. 2000 ; Gray 1982 ; Marmot & Wilkinson 2006 ; Phelan et al. 2010 ; Wilkinson & Pickett 2007).

Les inégalités sociales s'inscrivent dans une perspective sociologique. Depuis le 19^e siècle, la sociologie se fixe comme un de ses objectifs de comprendre les inégalités sociales qui marquent les sociétés, comme des inégalités de richesse et de pouvoir, et les hiérarchies sociales qui définissent et distinguent les individus. Ces inégalités peuvent se définir selon des rapports de classes, par exemple, dans une perspective marxiste. Ces rapports de classes définissent le bien-être des individus en raison de la distribution de ressources. Touchant aux inégalités sociales et la santé, Engels dans *The condition of the working class in England* (Engels 1845), proposait déjà au 19^e siècle, un lien entre les différences de taux de mortalité des travailleurs que l'on retrouvait à Manchester et la qualité des logements et des rues dans cette ville. Engels croyait que la position relative d'un individu au sein de la hiérarchie sociale avait une incidence directe sur sa santé dans la mesure où elle déterminait son accès aux diverses ressources.

Ce type de propos a été soutenu par plusieurs études démontrant en effet que la position relative des individus dans une société est associée à leur état de santé. Nous pouvons prendre comme exemple les inégalités économiques au niveau du revenu qui influencent la santé.

Marmot et Wilkinson (2006), se basant sur les données des études Whitehall dans *Social Determinants of Health : The Solid Facts*, constatent que les inégalités de revenu, expliquent les écarts de santé entre groupes sociaux, ce qui se rapproche des explications de Link et Phelan (1995). On observe donc un gradient de la santé en fonction d'un gradient social : plus on se place au sommet de cette hiérarchie sociale, meilleur sera notre état de santé. Souvent ces inégalités sociales de santé sont observées dans des sociétés qui sont largement inégalitaires au niveau économique entre les plus riches et les plus pauvres : où il y aurait des écarts de richesse, il y aurait aussi des écarts de santé (Wilkinson & Pickett 2007).

Au cœur des explications des inégalités sociales est la notion de rapports de pouvoir. Dans ce sens, bien que la notion du capital soit présente lorsque nous parlons de pouvoir, d'autres sources de pouvoir s'inscrivent dans les sociétés. Nous pouvons prendre comme exemple l'ouvrage de Fassin et collègues (2000), *Les inégalités sociales de santé*, qui se penche sur les inégalités sociales de santé dans le contexte français. Ces études démontrent empiriquement qu'il existe des inégalités sociales de santé en lien avec des rapports de genre, d'âge et de statut d'emploi, par exemple. Ces auteurs proposent que les inégalités sociales représentent un élément indissociable de la vie sociale où des inégalités de toutes formes, « toutes les composantes de la société » (p. 14), pas uniquement de revenu, sont présentes, s'inscrivant dans des hiérarchies sociales et des rapports de pouvoirs. L'intérêt de la perspective des inégalités sociales de la santé, qui mobilise comme concept les déterminants sociaux de la santé, est d'analyser la position sociale de l'individu, pour comprendre l'origine sociale des phénomènes de différenciation sociale de morbidité et les mécanismes qui les rendent possibles (Goldberg et al. 2002).

1.3.Développement historique

L'intérêt pour les déterminants sociaux de la santé se voit au 19^e siècle, en se concentrant surtout sur l'environnement physique des individus. John Snow (1813-1858) par exemple, le « père » de l'épidémiologie moderne s'est penché sur l'effet d'environnements malsains sur la santé des individus. Il a observé que c'était par l'eau de la rivière Tamise, et non par l'air, que les bactéries du choléra (*Vibrio cholera*) se transmettaient (Snow 1855). D'autres à la même époque se sont concentrés plutôt sur les conditions sociales – politiques, économiques – des

individus pour définir le taux de morbidité et de mortalité observé. Par exemple, Rudolf Virchow, pathologiste important du 19^e siècle, interrogeait l'effet des conditions sociales des individus sur la santé des individus dans sa pratique médicale. Il a proposé que les différences de taux de la maladie du Typhus observées en Silésie étaient liées à la structure socio-politique qui distinguait les chances de vie des individus (Shultz 2008). Nous pouvons aussi ajouter les apports de Louis-René Villermé. Ses interrogations se basaient à Paris en comparant la mortalité et la morbidité dans les arrondissements de la ville. Il a observé que bien au-delà de la densité de la population dans ces arrondissements, facteur commun à l'époque à la propagation d'infections, c'était les facteurs d'ordre économique (ex. le prix du logement, impôts, le prix des aliments) qui expliquaient les différences de santé (Valleron & Julia 2011).

Ces premières études ont servi de base lorsqu'est venu l'intérêt de chercher à comprendre les inégalités sociales de santé persistantes observées au 20^e siècle. Bien que l'on croyait que les inégalités sociales de santé soient choses du passé avec le contrôle des maladies infectieuses, ainsi que l'établissement d'états de Providence et de systèmes de santé universels lors de la période post-guerre des années 1950, des différences de santé notables, dans le taux de morbidité (ex. maladies chroniques, cardiovasculaires) et de mortalité, persistaient entre les divers groupes sociaux, surtout entre les riches et les pauvres (Cockerham 2013 ; Goldberg et al. 2002). Examinant les conditions sociales dans lesquelles les individus les plus touchés se retrouvaient, certains chercheurs ont découvert que les maladies étaient aggravées et augmentées par ces faits sociaux. Plusieurs études majeures du 20^e siècle ont contribué à notre compréhension des effets des conditions sociales sur la santé des individus. Notons comme exemple, les études longitudinales de Whitehall (Marmot et al. 1991 ; Marmot & Wilkinson 2006) et le Rapport Black (Gray 1982), toutes issues de la Grande-Bretagne lors des années 1970 et 1980, indiquant que les inégalités sociales expliquaient les inégalités de santé.

Le Rapport Black a représenté la première étude à entrevoir les gradients sociaux de santé comme une conséquence de hiérarchies économiques. Cette étude séminale sur les inégalités de santé observées en Grande-Bretagne se penchait sur le constat que bien que la société ait observé de taux de morbidité et de mortalité diminuer et l'espérance de vie augmenter, surtout en raison de l'intervention de programmes sociaux publics, on observait toutefois toujours de

grands écarts de morbidité et de mortalité entre les plus pauvres et les plus riches. Prenant la forme d'une étude longitudinale auprès de cinq classes économiques pour interroger ces constats, les chercheurs ont observé que chez les individus dans la classe 5 (la classe sociale la plus pauvre), bien que leur santé soit maintenant au niveau de la classe 1 (la classe sociale la plus riche), la santé de la classe 1 aurait aussi augmenté pour être toujours bien meilleure que celle de la classe 5. On explique ces différences persistantes sur le fait qu'en parallèle aux écarts de santé, des écarts économiques ont aussi lieu: les écarts de santé que l'on observe sont une fonction des écarts sociaux, définis par les classes sociales, ordonnées dans une hiérarchie sociale.

1.4. Trois perspectives analytiques

1.4.1. La perspective matérialiste : les conditions sociales des individus

Nous passons maintenant à la présentation de trois perspectives théoriques des déterminants sociaux de la santé. Tout d'abord, la perspective matérialiste postule que les conditions sociales – avantageuses et/ou désavantageuses – déterminent les ressources des individus et la qualité du développement de l'individu. Cette perspective établit un lien entre la position sociale d'un individu et les ressources qui lui ont été attribuées (Bartley 2003 ; Shaw, Dorling, Gordon et al. 1999). D'inspiration marxiste, elle soutient que ce sont les inégalités sociales à la source des disparités de chances et d'opportunités, qui expliquent le mieux les comportements sanitaires et les états de santé, ainsi que la distribution de maladies dans une société donnée.

Le Rapport Black, déjà explicité plus haut, rejoint la perspective matérialiste. Le Rapport Black proposait que c'était les facteurs distaux de classes sociales qui expliquaient les indicateurs de santé. Leur objectif analytique était donc de se séparer des explications de sélection sociale et culturelle/comportementale de la santé (*cultural/behavioural explanations*) afin de se pencher sur les facteurs en amont, c'est-à-dire distaux, fonctionnant comme facteurs médiateurs et explicatifs du bien-être matériel des individus. Il y a donc un point de mire changeant qui s'inscrit dans la perspective matérialiste, celle de considérer comment les facteurs proximaux sont conditionnés par les facteurs distaux : « In other words, disease producing behaviours are relegated from the status of independent variables to that of

intervening variables between social structure and disease » (Blane 1985 : 431). Les éléments distaux de la structure sociale influencent la distribution de ressources matérielles.

1.4.2. La perspective bio-psycho-sociale : stress prolongé et comparaisons sociales

La perspective bio-psycho-sociale met l'accent sur les effets de la perception individuelle de son état de vie sur sa santé. Ce sont les comparaisons sociales, la prise de conscience de la position sociale occupée et le sentiment de contrôle de sa vie, qui peuvent mener à un effet de stress psycho-social en réponse à ces perceptions ainsi que des comportements de compensation néfastes pour la santé (Adler, Epel, Castellazzo et al. 2000 ; Demakakos, Nazroo, Breeze et al. 2008 ; Kawachi & Kennedy 2006). Cette perspective peut être abordée conjointement avec les études d'Emilie Durkheim sur l'anomie, la cohésion sociale et le suicide, dans le sens où un individu voit sa réalité – ses chances et ses opportunités – par rapport aux autres et son milieu (Durkheim 1897/2005).

Le stress psycho-social peut être le résultat de plusieurs phénomènes (Bartley 2004). Par exemple, le degré du sentiment de contrôle d'un individu dans sa vie, comme dans son travail, tel qu'expliqué par le modèle de Karasek, peut mener à des états de stress. Ce modèle explique les tensions au travail (le *job strain*) comme résultant de peu de latitude décisionnelle ainsi qu'une grande demande de travail de la part des employeurs. Au fond, le *job strain* est le degré de contrôle des individus; en subissant beaucoup de tensions, le stress augmenterait (Karasek & Theorell 1990). L'élément du capital social est pertinent dans ce modèle : lorsque l'individu aurait peu de soutien social, le *job strain* s'accentuerait. Effectivement, le capital social fonctionne comme mécanisme de gestion de stress (*coping mechanism*) lors de périodes difficiles; le fait de ne pas avoir un milieu sur lequel on peut retomber représente également un élément qui contribue au stress. Un autre phénomène menant au stress est celui défini par Siegrist (1995), qui postule que le stress psycho-social est le résultat de ne pas observer des retours pour les efforts mis au travail. Ces formes de stress résultant de diverses sources seraient observées à de plus hautes fréquences et pour des périodes de temps plus prolongées chez ceux situés au bas de l'échelle sociale.

Ce que la perspective bio-psycho-sociale propose de plus est une explication des réponses physiologiques au stress, c'est-à-dire les réactions biologiques au stress prolongé. Lorsque le stress est prolongé, comme chez ceux qui ont peu de contrôle dans leurs vies et observent peu de récompenses pour leurs efforts, le taux de cortisol dans le sang est maintenu à un taux élevé, affectant le système immunitaire, ce qui favorise des problèmes de santé, comme les maladies cardiovasculaires (McEwen 2012). Les études longitudinales de Whitehall menées auprès de fonctionnaires en Grande-Bretagne sont exemplaires de cette explication physiologique (Budrys 2010; Marmot et al. 1991). Ces études ont d'une part observé un gradient de la santé en fonction d'un gradient social selon le grade d'emploi de fonctionnaires britanniques, s'inscrivant donc dans la perspective matérialiste; de l'autre, elles ont également observé que le niveau de stress et la capacité de gestion de stress variaient selon le positionnement social au sein de cette hiérarchie de grades d'emploi de fonctionnaires, ce qui expliquait le taux de morbidité divergeant entre ceux au bas et ceux au sommet de cette hiérarchie.

Kawachi et Kennedy (2002) et Singh-Manoux, Adler et Marmot (2003) proposent pour leur part que la prise de conscience d'une position sociale inférieure au sein d'une hiérarchie explique l'adoption de comportements de compensation à risque pour la santé chez certains individus. Un comportement de compensation serait un comportement adopté pour se faire plaisir en réaction à un stress vécu, par exemple manger des aliments gras et sucrés, même si on sait que ce n'est pas bon pour la santé. Cette prise de conscience, affectant le moral et l'estime de soi de l'individu, est au fondement de plusieurs problèmes de santé mentale, de dépression et explique l'adoption de comportements sanitaires néfastes, voire aberrants, risqués, pour la santé. Kawachi et Kennedy (2002) proposent également que le contexte économique et social des sociétés capitalistes et néo-libérales encourage ces sentiments de hiérarchisation et de comparaison entre les plus riches et les plus pauvres. Ils rejoignent ainsi l'analyse de Clare Bambra qui rajoute à ces explications que les sociétés capitalistes sont « malades » en raison précisément du maintien de positions sociales hiérarchiquement organisées et du régime de comparaison entre individus qui y prévaut (Bambra 2011).

1.4.3. La perspective des parcours de vie

La perspective des parcours de vie propose que les déterminants sociaux influencent les individus tout au long de leur vie (Davey Smith 2003 ; Gilman & McCormick 2010 ; Niedzwiedz, Katikireddi, Pell et al. 2012). Trois approches dominent cette perspective : l'approche d'accumulation (ou cumulative), le modèle latent (ou les influences de l'enfance) et le modèle des *pathways* (ou de transitions de vie).

Le modèle d'accumulation ou cumulatif postule que les événements sociaux vécus tout au long de la vie ont un effet cumulatif sur la vie et la santé d'un individu. Le présent d'un individu est défini, selon Ben-Shlomo & Kuh (1997), par le produit de l'accumulation d'expériences vécues durant sa vie passée (enfance, adolescence, jeunesse, etc.). Le modèle latent (ou des influences de l'enfance) invite à percevoir les événements qui ont lieu durant certaines périodes déterminantes de l'enfance, notamment de la naissance à l'âge de cinq ans, comme ayant un effet plus tard durant la vie adulte. Nous pensons ici aux influences provenant des milieux familiaux et éducatifs, de la socialisation proximale, par exemple, qui affecteraient les capacités cognitives de l'individu plus tard durant la vie. Il faudrait inclure dans la même catégorie les comportements alimentaires et les valeurs sociales transmis aux enfants durant l'enfance (Kelly, Melnyk, Jacobson et al. 2011 ; Steptoe & Wardle 2001). Le modèle des *pathways* ou des transitions de vie pour sa part, met l'accent sur l'importance de certaines transitions clés vers certaines trajectoires de vie. Le mariage, par exemple, peut être perçu comme une transition clé dans la mesure où il définit une trajectoire de vie, c'est-à-dire les rapports avec autrui et les positions sociales que l'individu occupera avec son statut de « marié » (Dush & Taylor 2012 ; Umberson, Williams, Powers et al. 2005). De manière générale, il est noté que la perspective de parcours de vie est très souvent employée dans les études portant sur les déterminants sociaux de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes pour comprendre les conditions sociales qui influencent leurs vécus plus tard dans la vie de jeune adulte et d'adulte (Viner, Ozer, Denny et al. 2012).

1.5. La perspective intersectionnelle : un regard nouveau sur la santé

Nous présentons la perspective intersectionnelle dans notre recherche sur les déterminants sociaux de la santé, même si formellement elle n'est pas conçue comme une perspective

analytique de ce domaine de recherche. Nous le faisons puisque de nombreuses recherches, empiriques et théoriques, ont déjà été menées sur l'apport de l'intersectionnalité aux études sociologiques sur la santé, par exemple sur la santé des individus ayant des handicaps (Warner & Brown 2011), l'étude de l'accès aux services de santé sexuelle (Agénor, Krieger, Austin et al. 2014), la santé des hommes (Griffith 2012), la santé des minorités sexuelles (Hsieh & Ruther 2016), pour n'en mentionner que quelques-unes. D'autres s'inspirent de l'intersectionnalité pour critiquer la hiérarchisation de discriminations, le travail additif que l'on observe souvent dans le domaine des déterminants sociaux de la santé et la tendance de certaines recherches à vouloir traiter les déterminants de manière autonome plutôt que de les traiter ensemble, plusieurs chercheuses canadiennes (Hankivsky & Christoffersen 2008; McGibbon & McPherson 2011). Ces chercheuses tentent donc de montrer l'utilité d'un regard intersectionnel dans l'analyse des déterminants sociaux de la santé pour une meilleure compréhension des multiples déterminants impliqués de manière simultanée dans la définition de la santé, puisque l'intersectionnalité tient compte des multiples positions sociales occupées par les individus. Nous sommes de l'avis que l'intersectionnalité représente un apport théorique important pour la perspective des déterminants sociaux de la santé ainsi que pour l'avenir de ce domaine de recherche, et c'est pour cette raison que nous l'ajoutons aux perspectives des déterminants sociaux de la santé.

L'intersectionnalité propose que les vécus des individus sont expliqués par l'imbrication simultanée de multiples identités sociales et de rapports inégalitaires. Elle propose que les individus s'inscrivent dans de multiples rapports d'oppressions et de discriminations, ce qui expliquerait les différentes formes de discriminations vécues (Bilge 2010; Jackson 2003). Dans ce sens, la notion de la co-construction d'identités est au cœur de la perspective intersectionnelle ; l'intersectionnalité voit l'existence de configurations d'identités qui seraient différentes de d'autres. On peut imaginer par exemple que la configuration identitaire d'une femme blanche différera considérablement de celle d'une femme noire en raison des différentes formes de discriminations vécues par la femme blanche et la femme noire.

Hankivsky et Christoffersen (2008) résument bien les composantes principales de l'intersectionnalité, notant que celle-ci ne priorise pas une identité sociale plus qu'une autre,

elle perçoit plutôt une imbrication des identités sociales simultanément; l'intersectionnalité présume que ces identités sont *toujours* en interaction; et finalement, elle cherche à comprendre *comment* ces catégories identitaires convergent. Ceci rejette donc les perspectives additives telles qu'expliquées par Hancock (2007) qui traitent les catégories sociales séparément (par exemple « femme » et « hispanique »), alors que l'intersectionnalité observe ces identités comme un ensemble en soi (c'est-à-dire « femme hispanique »).

L'intersectionnalité voit ses débuts au sein de mouvements militants du *Black Feminism* des années 1980 (Crenshaw 1991; Hill Collins 1990). Ces milieux prônaient la reconnaissance des réalités des femmes noires qui à l'époque ne s'identifiaient pas pleinement aux luttes de la deuxième vague du féminisme, menée surtout par des femmes blanches qui dénonçaient le patriarcat et le contrôle des corps des femmes, et non plus dans les courants des mouvements des droits civiques des noirs aux États-Unis qui étaient fondés sur des rapports de « races ». Ces luttes ne représentaient pas les femmes noires vivant des discriminations à bases raciales et sexistes. On comprendra dès lors que la perspective intersectionnelle ait d'importantes bases dans le domaine de la justice sociale pour dénoncer les rapports inégalitaires.

Nous ajoutons que la perspective intersectionnelle est riche de possibilités qui portent également sur les interactions des positions de privilèges et de désavantages dans leur rapport à la santé. Donnons quelques exemples. Faisant appel à une notion qu'elles nomment « catégories dissonantes », Carde, Bernheim, Bernier et al. (2016) postulent que l'intersectionnalité, « invite (...) à repérer les combinaisons « dissonantes » de statuts sociaux, c'est-à-dire celles qui mêlent des positions dominantes au regard de certaines stratifications sociales et des positions dominées au regard d'autres stratifications, dans le cas, par exemple, d'hommes blancs homosexuels, de femmes blanches éduquées, ou d'immigrants majoritaires d'un point de vue racial » (Carde et al. 2016 : 24). Ceci illustre bien la notion d'imbrication d'identités de privilèges et de désavantages qui ensemble influencent la santé des individus.

Pensons de plus à l'apport théorique de Leslie McCall (2005) qui développe trois méthodologies intersectionnelles. Ce serait dans son approche inter-catégorielle, qui rejoint à bien des égards la proposition de « catégories dissonantes » explicitée par Carde et al. (2016),

que nous voyons la notion d'imbrication de positions de privilèges et de désavantages. Dans la méthodologie inter-catégorielle plus particulièrement, McCall propose une démarche comparative, examinant l'imbrication de différents avantages et désavantages sociaux des individus. Elle tente donc de prendre en compte toutes les catégories sociales – par exemple le genre, la « race », le statut d'emploi – et toutes leurs dimensions – par exemple, homme, femme, noir, blanc, employé, chômeur – pour comprendre les différentes réalités des différentes combinaisons d'identités. Cette co-construction est forte au niveau pratique pour comprendre quelles interventions sont efficaces pour certains groupes (voyant les sources de leurs discriminations).

1.6.Conclusion

La perspective théorique des déterminants sociaux de la santé est bien établie depuis le 20^e siècle, avec des bases en épidémiologie et en sociologie. L'objectif de cette perspective est de saisir comment les éléments du contexte social des individus influencent le bien-être des individus et expliquent la distribution de maladies. On constate également à partir de cette perspective que la distribution de déterminants sociaux se fait souvent de manière inégalitaire, selon la position sociale qu'occupe un individu au sein d'une société hiérarchiquement organisée. Dans ce sens, la perspective des déterminants sociaux de la santé est souvent mobilisée au sein de perspectives des inégalités sociales de santé, qui proposent que les inégalités sociales de santé sont une fonction des inégalités sociales.

Il existe plusieurs approches analytiques pour expliquer comment des facteurs sociaux influencent la santé et le bien-être des individus. Nous en avons présenté trois, matérialiste, bio-psycho-sociale et des parcours de vie, ainsi que du « nouvel » ajout de la perspective intersectionnelle. Chacune à sa manière est utile pour expliquer comment les facteurs distaux de l'organisation sociale influencent la santé des individus. Par exemple, la perspective matérialiste propose que les contextes macrosociaux dans lesquels vivent les individus, qui sont marqués par des inégalités sociales, contextualisent les éléments proximaux des vécus des individus, c'est-à-dire leur accès aux ressources matérielles. La perspective bio-psycho-sociale met plutôt l'accent sur la réaction subjective et physiologique de diverses formes de stress chez les individus. La perspective des parcours de vie, pour sa part, précise les déterminants

particuliers de certaines périodes « charnières » de la vie et de leurs effets au long terme. Finalement, la perspective intersectionnelle représente un nouvel ajout au domaine des déterminants sociaux de la santé, qui à notre avis, peaufine les cadres analytiques des déterminants sociaux de la santé puisqu'elle tient compte des multiples rapports de pouvoirs dans lesquels les individus s'inscrivent de manière simultanée.

Les approches théoriques que nous avons présentées représentent des outils conceptuels utiles pour illustrer les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes de 18 à 25 ans, ainsi que les processus sociaux qui la propagent et la renouvellent. Dans les prochains chapitres de ce mémoire, nous nous penchons plus particulièrement sur la santé sexuelle des jeunes et ses déterminants sociaux, dans des recherches déjà effectuées et notre propre recherche ; les approches précitées des déterminants sociaux de la santé seront employées comme outils analytiques pour comprendre comment certains déterminants influencent la santé sexuelle des jeunes.

Chapitre 2 - La santé sexuelle des jeunes : écarts et vulnérabilités

« Sexual health is the experience of the ongoing process of physical, psychological, and socio-cultural well-being related to sexuality. Sexual health is evidenced in the free and responsible expressions of sexual capabilities that foster harmonious personal and social wellness, enriching individual and social life. It is not merely the absence of dysfunction, disease and/or infirmity. For sexual health to be attained and maintained it is necessary that the sexual rights of all people be recognized and upheld » (OPS/OMS 2000: 6).

2.1. Introduction

Dans le présent chapitre, nous brosons un tableau de l'état de la santé sexuelle des jeunes dans le contexte canadien. Ce faisant, nous visons à mettre en lumière les écarts en matière de santé sexuelle qui existent entre les jeunes et d'autres groupes sociodémographiques, ainsi que les divergences à l'intérieur même du groupe de jeunes de 18 à 25 ans.

En première partie de ce chapitre, afin de bien cerner l'objet de notre recherche, nous précisons certains concepts de cette étude, notamment ceux de *santé sexuelle* et de *jeunesse*. Ces éclaircissements contribueront à mettre en lumière les postulats sous-tendant notre démarche ainsi que la pertinence d'une recherche consacrée à la question de la santé sexuelle des jeunes. Nous présentons dans un deuxième temps certains indicateurs descriptifs de la santé sexuelle des jeunes, ce qui sera suivi par une recension d'études axées sur la santé sexuelle des jeunes inscrites dans la perspective sociologique des déterminants sociaux de la santé. De cet exercice, nous retiendrons des éléments essentiels permettant d'enrichir notre portrait des indicateurs descriptifs de la santé sexuelle des jeunes. L'élaboration progressive de l'ensemble de ces considérations nous permettra d'établir que les jeunes sont sexuellement vulnérables aux problèmes de santé sexuelle, notamment les ITSS, les grossesses non désirées et la violence sexuelle.

2.2. Définitions

2.2.1. Santé sexuelle

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité humaine. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité, c'est-à-dire qu'elle ne se résume pas par la notion d'une absence d'infections. Elle assure la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui sont des sources de plaisir et sans risques, ainsi que des relations consensuelles, libres de toute coercition, discrimination ou violence (OMS 2006). Cette définition souligne que la santé sexuelle est un phénomène qui n'est pas purement somatique. L'évaluation de la santé sexuelle consiste plutôt en une approche holistique qui nécessite d'accorder une attention aux aspects psychosociaux caractérisant des rapports d'intimité, c'est-à-dire le bien-être individuel et le respect mutuel. Cette acception se base sur la première définition institutionnalisée de la santé sexuelle proposée par l'OMS en 1975 (OMS 1975; Giami 2002 : 9-10), où elle prônait le plaisir et le bien-être des individus en rapports sexuels ainsi que le droit à l'accès aux informations sur la santé sexuelle pour assurer ce bien-être.

La définition de la santé sexuelle est tributaire des temps et lieux. Dans sa recension exhaustive permettant de retracer diverses transformations de la définition de la santé sexuelle depuis la fin du 19^e siècle, Giami (2002) démontre qu'il s'agit d'un concept socialement construit au point où même aujourd'hui il n'existe pas de consensus à ce sujet parmi les pays développés. Dans son étude, l'auteur souligne un certain nombre d'événements sociaux critiques qui ont grandement marqué la portée du discours social sur la santé sexuelle et sur le risque sexuel.

En se basant sur des rapports officiels de l'OMS, de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et des rapports gouvernementaux officiels des États-Unis et de la Grande-Bretagne, Giami illustre ces changements à la définition de la santé sexuelle. Pour mettre en évidence cette évolution, Giami démontre que durant une période allant de la fin du 19^e siècle jusqu'au milieu du 20^e siècle dans les pays industrialisés la conceptualisation de la santé sexuelle prônait un devoir de procréation et de planning familial. Une brisure par rapport à cette

perspective est survenue suite à l'accès à la pilule contraceptive, laquelle coïncide avec la légitimation des rapports sexuels hors-mariage, transformation sociale attribuable aux avancées de la deuxième vague du féminisme des années 1960. On assiste alors à l'émergence d'une nouvelle norme d'une responsabilisation chez l'individu vis-à-vis de la protection de sa propre santé sexuelle. Toutefois, au moment de l'avènement de l'épidémie du VIH/Sida au cours des années 1980, la sexualité et la santé sexuelle subissent un tournant marquant, intégrant la notion du risque sexuel et des comportements à risque. Shoveller et Johnson (2006) élaborent sur cette époque charnière du développement de la notion du risque sexuel : d'abord le risque sexuel fut confiné à un certain groupe sociodémographique (plus précisément, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), il fut ensuite associé à un comportement attribuable à certains individus qui étaient preneurs de risques (ceux ayant des rapports sexuels sans aucune forme de protection contre les ITSS), pour être ensuite vu comme un comportement à risque généralisable à tous les individus vers le début des années 2000. Giami précise qu'au fond, l'avènement du VIH/Sida a eu comme conséquence majeure la médicalisation du risque et de la santé sexuelle.

Vers la fin du 20^e siècle, on observe encore d'autres facteurs qui influencent la conceptualisation de la santé sexuelle, notamment la reconnaissance de la diversité d'orientations sexuelles, les besoins des minorités sexuelles ainsi que la mise de l'avant des conditions spécifiques aux femmes. Au cours des années 2000, la définition de la santé sexuelle évolue davantage dans le sens qu'elle s'assimile à un aspect des droits humains (OPS/OMS 2000); elle s'envisage alors non seulement comme une responsabilité individuelle, mais accède à une dimension collective, dans la mesure où elle cherche des fins d'épanouissement individuel. Effectivement, Aggleton et Campbell (2000) suggèrent que pour accéder à une définition réaliste de la santé sexuelle, il faudrait y inclure explicitement des aspects touchant aux droits de la personne, reposant sur quatre caractéristiques: 1) représenter des qualités positives de la santé sexuelle pour les individus (c'est-à-dire, que la sexualité ne soit pas reniée par la société), 2) dépasser les considérations touchant strictement à la santé reproductive afin de s'ouvrir sur une portée plus large du développement humain, 3) s'assimiler aux droits de la personne les plus essentiels (liberté, expressions, respect), et 4) promouvoir la réalisation du plaisir et du bien-être.

2.2.2. Jeunesse

Par la désignation *jeune*, nous renvoyons à une population dénommée *jeunesse*, âgée de 15 à 24 ans, telle que la définit l'Organisation mondiale de la santé; le terme *adolescent* ferait plutôt référence au groupe de jeunes âgés de 10 à 19 ans (OMS 2001; UNESCO 2016). Puisque nous nous sommes concentrées sur une part de ces deux groupes, notamment des jeunes de 18 à 25 ans, nous nous sommes inspirées davantage de la définition de « *emerging adulthood* » de l'OMS. Ce terme décrit la fin des années de l'adolescence (« *late teens* »), jusqu'à la fin des années de la vingtaine (Patton et al. 2016 : 2425). La période dénommée « *emerging adulthood* », ou la vie adulte émergente, s'impose lorsqu'un jeune acquiert certaines caractéristiques de la vie adulte, sans avoir atteint les étapes importantes (« *important milestones* ») par lesquelles l'on a historiquement défini la vie adulte, à savoir le départ du foyer familial, l'obtention d'un emploi, le mariage et/ou la constitution de sa propre famille.

Pour définir la période de la jeunesse telle que nous l'avons conçue davantage, certains caractérisent la jeunesse comme une période de transition et une étape charnière vers la vie adulte. On souligne à cet égard que la jeunesse se qualifie par une exposition aux stress particuliers arrivant durant cette période de la vie : stress scolaire lié au choix d'un parcours futur; création de relations nouvelles qui modifient la dynamique interactive entre famille et entre pairs; changements au plan corporel; brisure avec parents et proches accompagnée d'un certain gain d'indépendance, d'autonomie et de maturité; développement d'une identité individuelle, où structures sociales et initiatives personnelles interagissent (Viner et al. 2012; Shanahan 2000).

Maia (2009) ajoute que la jeunesse constitue une période d'incertitude et de précarité, ce qui peut provoquer dans certains cas en une période de « *crise identitaire* ». L'auteure observe que ces aspects font en sorte que les jeunes sont très sensibles aux pressions sociales, dont celles des pairs, ce qui peut les pousser vers des relations impromptues et difficiles (Maia 2009 : 82). À titre d'exemple, les pressions exercées par les pairs au cours de la jeunesse, comme la pression d'avoir une première expérience sexuelle ou de consommer des drogues, peuvent

influencer une prise de décision précoce et, dans certains cas, rendre les jeunes plus vulnérables à des problèmes pour leur bien-être physique et mental.

Il est important de noter que la définition de la jeunesse, ainsi que les balises sociales imposées sur cette période de la vie, sont changeantes. Dans ce sens, le terme s'inscrit dans une perspective constructiviste. Maticka-Tyndale (2001) éclaire bien ce constat en comparant les attentes et les réalités des jeunes de 18 à 25 ans durant les années 1950 à celles des jeunes d'aujourd'hui. Elle suggère qu'à cette époque, les jeunes devenaient « adultes » plus tôt que de nos jours en raison d'une arrivée plus précoce au stade des transitions vers les « étapes importantes » de la vie adulte, telles qu'indiquées ci-dessus. En revanche, la jeunesse d'aujourd'hui se caractériserait plutôt par une période de la vie étendue, avec une diminution de limites strictes imposées sur son développement en raison de transformations sociales et de mouvements sociaux qui ont affranchi les individus et particulièrement les jeunes par rapport aux structures traditionnelles de la famille et du travail (Furstenberg 2000 ; Sawyer, Afifi, Bearinger et al. 2012). Pour illustrer cette libération des jeunes, Cécile van de Velde (2008) suggère que le statut d'adulte est un exploit individuel, qui se définit par des expériences vécues, et surtout pas en fonction de l'âge. Il relèverait au fond d'un sentiment ou d'une identité subjective permettant de se sentir jeune ou adulte, et de choisir soi-même le moment de l'atteinte de la période typiquement définie comme celle de la vie adulte. Maticka-Tyndale ajoute que dans ce sens, bien que biologiquement les jeunes vivent une métamorphose corporelle et mûrissent physiologiquement (ex. la possibilité de porter un enfant pour les adolescentes et jeunes femmes), la période de la jeunesse est socialement définie. « We postpone entry into adulthood and prolong adolescence. These are social developments that are not tied to biology » (Maticka-Tyndale 2001: 2).

Finalement, une dernière remarque concernant la recherche menée dans le domaine de la jeunesse. Puisque les limites de ce groupe d'âge sont fluides, changeantes et socialement définies à travers le temps et les lieux, faire de la recherche axée sur les « adolescents » et les « jeunes » implique d'être confronté par des défis de catégorisation. Que ce soit à partir des bases de données ou des termes conceptuels employés dans des études scientifiques, les définitions peuvent s'avérer très variables. Effectivement, le rapport du Health Behaviours of

School-Aged Children (HBSC) de l'OMS (Kuntsche & Ravens-Sieberer 2015) souligne que souvent les jeunes sont confondus dans les études menées sur l'enfance ou sur l'adolescence. Or comme nous l'avons démontré, il faut bien comprendre qu'il s'agit de périodes distinctes, chacune marquée par des événements distincts. Ce type de considération demeure à notre avis essentiel, surtout en tenant compte de la santé sexuelle des jeunes, par exemple, puisque les premières expériences et le début de la santé sexuelle se vivent habituellement vers la fin de l'adolescence, ou vers le début de la jeunesse (entre les âges de 15 à 19 ans).

2.3. La santé sexuelle des jeunes de 18 à 25 ans

Nous présentons maintenant certains indicateurs de la santé sexuelle des jeunes dans le contexte canadien. Cette recension touche aux indicateurs d'ITSS, de grossesses imprévues, de violence sexuelle, d'âge aux premiers rapports et de satisfaction sexuelle chez les jeunes. Ces études, provenant principalement de l'épidémiologie et l'épidémiologie sociale, illustrent les écarts en matière de santé sexuelle entre les jeunes et d'autres groupes démographiques, ainsi qu'à l'intérieur du groupe de jeunes.

Au Canada depuis les années 1990, le taux d'ITSS, notamment la chlamydia et la gonorrhée, augmente de manière constante (Bushnik 2016; Agence de la santé publique du Canada 2013a, Ministère de la Santé et des Services sociaux 2011). La chlamydia par exemple est l'ITSS la plus répandue au Canada et au Québec. Depuis 1997, une augmentation forte se dénote; nous observons une augmentation relative de 72% de cas entre 2001 et 2010 au plan national. Nous constatons, de plus, que les jeunes femmes de 20 à 24 ans sont les plus touchées : selon les données de 2010, par exemple, les femmes de ce groupe d'âge avaient le taux d'infections le plus élevé, de 2005,5 cas par 100 000 individus, ce qui était sept fois plus élevé que le taux national de la chlamydia, de 277,6 cas par 100 000 individus, et plus de cinq fois plus élevé que le taux de l'ensemble des femmes au Canada, de 363,8 cas par 100 000 individus (Agence de la santé publique du Canada 2013a).

La gonorrhée est la deuxième ITS la plus répandue au Canada. Tout comme la chlamydia, le taux de gonorrhée a augmenté de manière constante depuis les années 1990, à un taux de croissance de 53.4 % entre 2001 et 2010. Elle affecte de manière disproportionnelle les jeunes,

surtout les jeunes femmes. Par exemple, en 2010, la population de femmes âgées de 15 à 19 ans avait un taux d'infection qui était quatre fois plus élevé, de 147 cas par 100 000 personnes, que la moyenne nationale de 33,4 cas par 100 000 personnes (Agence de la santé publique du Canada 2013b).

Le taux d'infection du virus du papillome humain (VPH) est une autre ITSS largement répandue. Au Canada, le taux d'infection serait plus élevé chez les femmes de 20 à 24 ans, à un taux d'infection de 24 % par rapport à l'ensemble de la population (Agence de la santé publique du Canada 2012). Dans une qualitative menée aux États-Unis, les femmes de 20 à 24 ans avaient le plus haut taux d'infection à 18.5 %, comparé aux femmes de 25 à 29 ans à un taux de 11,8 % et celles de 14 à 19 ans à un taux de 11.5 %, pour les types 6, 11, 16 et 18 du VPH (Dunnes, Sternberg, Markowitz et al. 2011). Le moyen de détection est un test de Pap (*Papanicolaou*) pour les jeunes femmes; il n'existe à ce jour aucun test pour la détection chez les hommes, à part des tests de cultures de condylomes. Gardasil et Cervarix² sont deux vaccins approuvés depuis le début des années 2000 pour prévenir l'infection chez les femmes et chez les hommes; or en raison d'une approbation tardive de ces vaccins, plusieurs jeunes et adultes âgés de 20 à 30 ans n'ont pas pu profiter de ce vaccin lors de leur jeune âge et donc sont plus vulnérables aux infections du VPH.

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une ITSS de plus en plus répandue. À son avènement lors des années 1980, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes étaient les plus affectés; aujourd'hui, nous constatons que les femmes sont de plus en plus infectées, surtout les jeunes femmes noires dans le cas des États-Unis et les femmes en général dans les pays subsahariens (Centre for Disease Control 2008). Au Canada, il a été estimé qu'en 2014, le taux d'infection était de 212,2 cas par 100 000 personnes. On constate

²Gardasil protège contre les types 16 et 18 et 6 et 11 du VPH. Il est approuvé au Canada. Cervarix protège contre les types 16 et 18 du VPH. Il est également approuvé au Canada. Il existe plus de 100 types de VPH, toutefois ce n'est pas toutes les formes qui sont cancéreuses et certains types disparaissent avec le temps (Agence de la santé publique du Canada 2012).

que 53 % des cas se trouvent chez les hommes ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes; 22 % des cas touchent la population féminine (CATIE 2014).

En général, le contrôle des ITSS est un défi, puisque dans la majorité des cas, ces infections sont asymptomatiques aux stades préliminaires d'infections; la transmission d'un partenaire à l'autre est donc indétectable, et ce n'est que lors de l'aggravation de ces infections que des symptômes peuvent se manifester et se développer en complications graves, telles que l'infertilité, des grossesses ectopiques, des lésions sur les régions génitales et diverses formes de cancers (Agence de la santé publique du Canada 2013a). Il est important de noter aussi qu'au Canada, bien que nous observions que de manière générale les femmes sont plus affectées par les ITSS que les jeunes hommes, jeunes autochtones, immigrants et minorités sexuelles sont aussi très fortement touchés. Par exemple, le taux d'infection de chlamydia chez les autochtones est sept fois plus élevé que le taux national. Le contrôle et la réduction des ITSS représentent donc des défis considérables.

Les grossesses précoces représentent un autre problème important au Canada. Il faut bien noter que ce taux se stabilise et diminue depuis les années 1990, par exemple, entre 2001 et 2010 le taux de grossesses chez les 15 à 19 ans a diminué de 20.3 %, et en général, sont plus bas comparativement aux États-Unis et à la Grande-Bretagne, ce qui peut s'expliquer par l'accès à plusieurs formes de contraception et de services d'interruption de grossesse (Statistique Canada 2009; MacKay 2006). On ajoute que depuis les années 1960, les jeunes femmes voient plus d'importance dans leurs contributions économiques et sociales que dans la fondation d'une famille (Crompton 2006).

Cependant, l'occurrence des grossesses précoces chez les jeunes femmes et les adolescentes d'un niveau socioéconomique inférieur est toujours présente et problématique. Plusieurs études suggèrent que ce serait en raison d'un faible accès à la contraception, un faible encadrement scolaire et du peu de chances de vie pour ces jeunes femmes qu'elles tomberaient enceintes et dans certains cas mèneraient ces grossesses à terme (Singh, Darroch, Frost et al. 2001). La question des grossesses précoces menées à terme est problématique pour ces jeunes femmes, surtout les cohortes de 15 ans et moins, et de 15 à 19 ans, pour les mères et pour

leur(s) enfant(s) naissant(s). Ces derniers courent le risque d'avoir un petit poids de naissance, des capacités cognitives moindres et afficher un niveau d'éducation inférieur (Larson 2007 ; Luong 2008).

La violence sexuelle, sous la forme d'agressions sexuelles et de viols, constitue un autre problème majeur qui affecte les jeunes, surtout les jeunes femmes. Au Canada, selon les statistiques relevées par l'Enquête sociale générale (ESG), le taux d'agression sexuelle était de 21 incidents par 1000 personnes âgées de plus de 15 ans; par genre, soit de 33 incidents par 1000 personnes pour les femmes et 8 incidents par 1000 personnes pour les hommes (Kong, Johnson, Beattie et al. 2006). Pour des raisons de pouvoir inégalitaire entre les femmes et les hommes et l'oppression que vivent les femmes en rapports d'intimité, les femmes sont plus victimisées (Archer 2000 ; Murnen, Perot & Byrne 1989). Les victimes de violence sexuelle subissent des conséquences graves, d'ordre physique (blessures, ITSS) ou mental (traumatisme, faible estime de soi) (Shannon, Strathdee, Goldenberg et al. 2015).

Les comportements sexuels des jeunes changent aussi. Les premiers rapports sexuels se vivent à un âge plus précoce, soit de 14.1 ans chez les garçons et 14.5 chez les jeunes filles, selon des étudiants de la 11^e année (secondaire 5) (Canadian Youth Sexual Health HIV/AIDS Study, Boyce et al. 2008). Chez ce groupe de jeunes, les garçons auraient plus de partenaires que les filles, tel qu'indiqué en introduction de ce mémoire. Finalement, d'autres études démontrent que les filles rapportent en grande majorité une insatisfaction par rapport à leurs vies sexuelles ainsi qu'un faible pouvoir de négociation en rapports d'intimité (East, Jackson, O'Brien et al. 2011; Masters, Casey, Wells et al. 2013).

2.4. Les déterminants sociaux de la santé sexuelle

Il importe d'explicitier les résultats de recherches déjà effectuées sur les déterminants sociaux de la santé sexuelle des jeunes. L'objectif de cette présentation est de faire état de la recherche dans ce domaine afin de cibler les processus sociaux qui expliquent les indicateurs descriptifs ci-dessus. Nous nous attardons plus précisément sur les facteurs tels que le statut socio-économique, le capital social des jeunes, les constructions de genres, ainsi que le discours normatif de la santé sexuelle prôné par les milieux scolaires et de santé.

2.4.1. Le statut socio-économique des jeunes

Les liens entre le statut socio-économique et la santé sexuelle des jeunes ont déjà fait l'objet de plusieurs recherches (Hogben & Leichter 2008 ; Rao, Gopalakrishnan, Kuruvilla et al. 2012). Nous observons surtout des associations faites entre les femmes économiquement et socialement démunies et des grossesses imprévues (Escarce 2003), telles que soulignées plus haut. Certains expliquent de plus ce phénomène du fait que ces jeunes femmes auraient un moindre accès aux formes de contraception, ou ne seraient pas munies d'informations adéquates pour assurer une bonne santé sexuelle. Ces dernières études s'inscrivent dans la perspective matérialiste des déterminants sociaux de la santé.

Nous pouvons ajouter des études basées sur la perception du statut socio-économique des jeunes et l'état de leur santé sexuelle. Au moyen de méthodes quantitatives, il a été trouvé que les jeunes possédant une perception moindre de leur statut socio-économique auraient des comportements sexuels à risque plus élevés, de même qu'un taux d'infections du VIH plus important (Halkitis & Figueroa 2013). D'après ces auteurs, en raison du peu de chances et d'opportunités de vie, ces jeunes seraient à la recherche de formes de compensation, et s'engageraient ainsi dans des comportements sexuels risqués. Ces études s'inscrivent dans la perspective bio-psycho-sociale des déterminants sociaux de la santé.

D'un point de vue méthodologique, les associations entre le statut socio-économique et des indicateurs de santé sexuelle peuvent être difficilement observables puisque le statut socio-économique des jeunes n'est pas directement mesurable à partir des recensements; ce type de question est normalement posée par rapport à leurs parents, ce qui aboutit, sans doute, à une image incomplète de l'impact réel du statut socio-économique des jeunes (Goodman 1999 ; Newbern 2004; Santelli, Lowry, Brener et al. 2000). Pour détourner cette difficulté méthodologique, lorsque l'on étudie les diverses composantes du statut socio-économique, notamment le niveau d'éducation et/ou celui des parents, le revenu du ménage ou du jeune, ou l'occupation du jeune et/ou de ses parents, il est possible d'observer certains liens. Par exemple, le niveau d'éducation des parents et des indicateurs de santé sexuelle des jeunes sont souvent étudiés ensemble : lorsque le niveau d'éducation des parents est plus faible, la santé

sexuelle des jeunes est moins bonne, ce qu'indiquent la fréquence des grossesses imprévues et la présence répétée d'infections transmises sexuellement (Santelli et al. 2000). Les auteurs proposent donc que le milieu social des jeunes (ex. nombre de parents dans le ménage, valeurs familiales, milieu scolaire, ouverture d'esprit envers la santé sexuelle) et l'accès aux ressources en matière de santé sexuelle, possible par des milieux familiaux marqués par une éducation élevée, auraient un impact significatif sur la santé sexuelle de ces derniers (Smylie, Medaglia & Maticka-Tyndale 2006; Newbern 2004). Ces explications rejoignent la recherche portant sur le capital social des jeunes.

2.4.2. Capital social : famille, pairs et vie associative

Le degré du capital social des jeunes représente un déterminant de la santé sexuelle chez des jeunes (Holtgrave & Crosby 2003; Miller 2002). Dans ces cas, le capital social constitue l'une des voies informelles de renseignements ayant trait à la santé sexuelle et au soutien moral que peuvent offrir le milieu familial ou la communauté. Il peut aussi être conçu en termes de source de résilience pour les jeunes, lorsque ceux-ci vivent des moments difficiles : en sachant qu'ils peuvent se retourner vers leurs pairs et leurs proches pour de l'aide ou du soutien, le degré de capital social chez des jeunes devient une ressource essentielle à leur bien-être (Ledogar & Fleming 2008). Cette dernière perspective s'inscrit dans l'approche des parcours de vie, soit celui de l'accumulation ou du modèle latent, ainsi que l'approche bio-psycho-sociale puisque le milieu familial permet du soutien social pour les jeunes.

Il est aussi tout aussi essentiel de tenir compte du fait que le capital social peut avoir un impact négatif sur le bien-être et la santé sexuelle des jeunes, notamment si ce capital produit des effets néfastes sur un individu (Barker 2013 ; Kirby 2001). Effectivement, dans le cas de groupes d'amis qui imposent des pressions sociales ou bien des gangs de rues qui n'offrent pas la possibilité de croissance ou d'épanouissement individuel, nous pouvons constater que même si le capital social d'un jeune était fort du point de vue quantitatif, dans le fond en considérant la composante qualitative de ses interactions, il serait négatif.

En ce qui touche à la recherche menée sur le capital social de la jeunesse et la santé sexuelle des jeunes, trois conceptions du capital social sont couramment employées : celui de Bourdieu

(1979), qui explique que le capital social détermine le pouvoir et le prestige social accordé à un individu; celui de Putnam (1993), qui propose que le capital social serait lié à la structure socio-politique, la vie associative et la cohésion sociale; et finalement, celui de Coleman (1994), qui propose que le capital social découle du degré de cohésion au sein du milieu familial (Smylie et al. 2006; Morrow 1999). Smylie et al. (2006) se sont inspirés de ces trois cadres conceptuels. En employant une approche quantitative, ces chercheurs ont observé que chez les garçons, le capital social tel que défini par Coleman serait plus important pour déterminer la prise de risque et les comportements sexuels à risque, alors que chez les filles, la conception de Putnam, soulignant l'importance de la vie associative et de celle avec les pairs, semblait expliquer leur prise de risque. Rapportant des résultats semblables, Langille, Hughes, Murphy et al. (2005) ont observé que la composition familiale était un déterminant important pour les jeunes garçons, bien plus que chez les jeunes femmes. Ces observations sont intéressantes puisqu'elles démontrent que des formes variables de milieux sociaux – familial, associatif – peuvent influencer différemment les jeunes. Ces recherches soulignent de plus que le capital social représente la possibilité d'ouverture envers la sexualité, par le soutien que certains milieux offrent ou par l'accès aux informations en matière de santé sexuelle.

2.4.3. Les constructions de genres : rapports inégalitaires

Il a été démontré que les constructions de genres ont une influence sur la santé sexuelle des jeunes. Ces études sont particulièrement intéressantes pour expliquer pourquoi nous observons des différences d'indicateurs descriptifs en matière de santé sexuelle entre les genres. Tout d'abord, il est nécessaire de bien comprendre et de distinguer les notions de sexe et de genre. Le terme « sexe » permet de définir les hommes et les femmes selon des caractéristiques biologiques et physiologiques. Le vocable « genre » est une construction identitaire qui distingue les hommes et les femmes selon des normes sociales (Ristvedt 2014). Dans une perspective constructiviste, le genre est perçu comme une construction sociale basée sur les normes sociales adoptées à l'intérieur d'un groupe social (ex. religieux, culturel) ou d'une société donnée. Ces normes différencient deux genres dès l'enfance, et maintiennent sur les individus une emprise tout au long de l'adolescence au moyen d'un processus de socialisation différenciée. Mensch, Bruce & Greene (1998) suggèrent, par exemple, que dans les sociétés occidentales, on socialise les jeunes filles de façon à être plus douces, patientes et attentives

aux besoins des autres, alors qu'on encourage chez les jeunes garçons un comportement plus agressif, preneur de risque, indépendant et peu émotif.

Fagot, Rodgers et Leinbach (2000) offrent des explications de ce processus de socialisation et éclairent comment ces normes genrées s'actualisent. Dans les processus cognitifs chez l'enfant, étant donné que celui-ci se voit assigner une catégorie de genre par sa famille, ses pairs et son milieu scolaire par exemple, il est tout à fait attendu qu'il soit influencé par cette catégorisation. Ces propos se rapprochent de ceux de Judith Butler (2005) qui mobilise le concept de la « performativité du genre » : en vertu d'un processus à la fois subliminal et direct d'énonciation du genre et de répétition des composantes d'un genre, le genre s'actualise chez l'enfant et se « performe » tout au long de son développement. Cela suggère que le genre est une construction sociale qui se développe au moyen d'un ensemble de faits et de gestes qui sont renforcés de manière quotidienne et continue.

Nous pouvons transposer la socialisation genrée et les rôles genrés dans un cadre de normes sexuelles, tel que suggéré par Simon et Gagnon (1973), qui proposent le concept de scripts sexuels, qui dictent les comportements admissibles chez les hommes et chez les femmes en matière de sexualité. Pour ces auteurs, il est question de la mise en œuvre de théories de scriptage dans le but de mieux saisir ces rôles genrés. D'entrée de jeu, il faut bien préciser que l'objectif premier de ces chercheurs consistait à rejeter les cadres biologiques et/ou hormonaux et le fonctionnalisme hétéro-normatif (ex. Parsons) de la sexualité. Plutôt, les auteurs voulaient souligner le fait que la sexualité est construite selon des indicateurs sociaux et ainsi indiquer la manière dont la sexualité s'actualise. Simon et Gagnon postulent qu'il y a trois niveaux où ces normes genrées interviennent et influencent les individus : culturel (ex. structures socio-politiques et normes culturelles par rapport à la sexualité et à la santé sexuelle), interrelationnel (ex. les rapports entre les hommes et les femmes) et intrapsychique (ex. l'adoption de ces normes dans la gestion de fantasmes et de désirs sexuels individuels). À chaque niveau d'influence, les individus intériorisent les images genrées, celles qui se manifestent dans leurs rapports d'intimités. Ces effets sont importants puisqu'ils définissent la dynamique des interactions sexuelles entre les jeunes et leurs propres images sexuelles de soi.

Ces auteurs illustrent la portée de ces scripts sexuels de l'homme et de la femme : la femme serait passive, docile et désemparée par rapport aux envies des jeunes hommes; l'homme serait agressif, peu émotif et choisirait les moments des rapports d'intimité. L'accent est donc mis sur un discours hétéro-normatif qui dicte les normes sexuelles attribuées aux filles et aux garçons. Tolman, Striepe, Harmon et al. (2003) ajoutent qu'une construction genrée chez la jeune femme est à la base d'une distribution inégale du pouvoir de négociation. Les jeunes femmes sont socialisées en fonction de certains comportements qui, entre autres, leur font craindre le conflit, les obligent à être constamment à l'écoute des besoins d'autrui, et leur font voir les relations sexuelles comme étant des manifestations de besoins masculins. Pour cette raison, les filles seraient moins fermes dans leurs relations intimes, lors des prises de décision et dans le processus de négociation en matière sexuelle. Elles sont donc plus susceptibles de se soumettre aux attentes des garçons (Tolman et al. 2003; Tolman 1999). Les rôles genrés représentent des inégalités sociales de genres sous-tendant la santé sexuelle chez les jeunes. Cette situation est surtout problématique pour les jeunes filles lorsque leurs partenaires masculins sont violents ou s'ils choisissent de ne pas utiliser de préservatif. Elles se trouvent ainsi exposées à une certaine vulnérabilité sexuelle, ayant comme retombées la contraction d'ITSS, les grossesses imprévues et la violence sexuelle.

En complément à cette perspective, Ricardo, Barker, Pulerwitz et al. (2006) examinent certains effets néfastes découlant des scripts genrés chez les garçons et les attentes qui leurs sont attribuées. Ces auteurs suggèrent que cette forme de socialisation genrée encourage les garçons à maintenir une posture virile et peu émotive en ce qui touche à la sexualité. Chez les garçons, les relations intimes, surtout les premières, représenteraient socialement un rite de passage vers la vie adulte. Les normes sociales entourant la question des relations intimes maintiennent donc que l'initiation des relations sexuelles relève d'une prérogative masculine. Nous observons que cette forme de socialisation attribuée aux garçons beaucoup de pouvoir de négociation lors des relations intimes, ce qui fait écho aux propos de Tolman et al. (2003). Or Ricardo et al. (2006) précisent que cette répartition inégalitaire de pouvoir serait au fond négative pour les garçons également. Du fait de leur position de pouvoir, ceux-ci seraient susceptibles d'adopter des comportements sexuels à risque et seraient donc eux aussi vulnérables sexuellement, lors d'une relation sexuelle non protégée, par exemple.

2.4.4. Politiques de santé et scolaires : discours normatif

Des éléments de la structure socio-politique notamment les politiques sociales, de la santé et scolaires, régissent la vie sexuelle des jeunes de plusieurs façons par moyen d'un discours normatif de la santé sexuelle (Shoveller, Johnson, Langilles et al. 2005; Ingham 2006).

En ce qui touche aux politiques de santé, de manière générale, Raymond Massé (1999) postule que le discours normatif sur le risque et la santé dans les services de santé a une influence déterminante sur le comportement des usagers. Massé explique qu'il y a une entreprise normative dans les services de santé, soit une nouvelle forme de culture de santé ou de moralité sociale, qui a remplacé les anciennes formes de moralité, comme la religion. De nos jours, ce sont les professionnels de la santé qui détiennent le pouvoir de dicter le vrai et le faux, le bien et le mal, le favorable et le défavorable, le sain et le malsain. « Se constituant en nouveau dépositaire du Vrai, [cette culture nouvelle] dispense, à travers le discours d'experts, des jugements, parfois absolus, qui ne font plus appel à la vertu où à la légitimité, mais plutôt au nouvel idéal de santé » (Massé 1999 : 9). Cette nouvelle moralité de la santé qui redéfinit le risque et des types-idéaux de la santé est cependant problématique, car elle offre une distribution inégale des ressources et des services dans les cas où les utilisateurs de services ne s'y conformeraient pas.

Certaines études qualitatives illustrent les effets de cette force discursive selon les attentes idéales de santé sexuelle dans les services socio-sanitaires. Wong, Pui-Hing, Chan et al. (2012) ont exploré cette question auprès de jeunes femmes provenant de quartiers défavorisés à Toronto, qui avaient des parcours sexuels marginaux, par exemple, elles avaient un taux élevé d'infections transmises sexuellement antérieures ou avaient subi des avortements dès un jeune âge. Les résultats de leur étude qualitative démontrent qu'il existe un discours social sur la santé sexuelle des femmes qui stigmatise les jeunes femmes qui ne se conforment pas au type-idéal : dérogeant aux normes de la santé sexuelle (« a female targeted and white middle class biased, that perpetuate myths of male sexual prowess and females' responsibility for safer sex practices » (Wong et al. 2012 : 76)), ces femmes sont victimes d'exclusion. Le

découragement que celles-ci ressentent explique pourquoi elles ont peu recours aux services de santé et pourquoi elles détiennent peu de ressources en matière de santé sexuelle.

Un deuxième cas, en l'occurrence dans le contexte mexicain, permet de constater comment les normes sexuelles sont reflétées dans les services de santé et dictent les responsabilités sexuelles des femmes et des hommes ainsi que les ressources en matière de santé sexuelle à leur disposition. Selon Sosa-Sanchez (2010) certains types-idéaux de la sexualité, propres aux femmes et aux hommes, dictent une forme de sexualité attendue, une sexualité qui a comme objectif la formation de la famille, sans aucune considération pour les questions de jouissance ou de liberté sexuelle. Par exemple, l'imposition de certaines méthodes contraceptives, comme la pose d'un stérilet, au détriment d'autres méthodes, ainsi que l'exclusion des hommes dans le domaine de la santé reproductive, illustre un discours social de la sexualité fondé sur la procréation et sur des rôles genrés. Ce discours qui soumet les hommes et les femmes à des normes sexuelles très spécifiques limite non seulement leur accès aux ressources, mais refrène également leur liberté de choix en matière sexuelle.

Une norme hétéro-normative dans les soins de santé est durement vécue chez les jeunes minorités sexuelles (Mayer, Bradford, Makadon et al. 2008; Dean, Meyer, Robinson et al. 2000). Ces études rapportent la culpabilité que ressentent les jeunes minorités sexuelles lorsqu'ils vont chercher des soins et que dans ces milieux les intervenants n'arrivent pas à comprendre leurs besoins et leurs réalités, comme la stigmatisation sociale et l'homophobie que les jeunes ressentent quotidiennement. On rapporte aussi que certains jeunes ressentent une certaine honte dans certaines interventions. Le regard hétéro-normatif de médecins peut mener à un repli sur soi de la part des jeunes : par exemple, des médecins qui jugent les jeunes femmes sexuellement actives, qui à prime à bord, ne souhaiteraient pas utiliser une forme de contraception féminine; ces jeunes femmes seraient gênées de devoir confronter un médecin en expliquant qu'elles n'utilisent pas une forme de contraception puisqu'elles ont des rapports sexuels avec d'autres femmes. Cet exemple s'inscrit dans l'approche bio-psycho-sociale.

Ce discours normatif sur la santé sexuelle est aussi présent dans les milieux scolaires. Les établissements scolaires fréquentés par les jeunes peuvent être plus ou moins ouverts aux

cursus qui incorporent des conceptions de la sexualité et de la santé sexuelle. Le degré d'ouverture à la promotion d'une éducation sexuelle serait essentiel dans la mise à disposition aux jeunes des ressources, matérielles et cognitives, et aurait un impact sur leurs comportements sexuels. Ces ressources matérielles peuvent prendre diverses formes et modalités, notamment l'accessibilité aux services infirmiers, les connaissances générales par rapport aux ITSS, la disponibilité de préservatifs, l'accès aux ressources cognitives, impliquant des discussions sur les rapports entre les genres et sur l'apprentissage des techniques de communication touchant à la négociation sur les relations intimes (Gelly 2013; Stone & Ingham 2006).

Effectivement, les connaissances en matière de santé sexuelle représentent un aspect important de la santé sexuelle permettant de s'informer et de s'outiller pour avoir des rapports sexuels sains (Graf & Patrick 2015; Manganello 2008) et c'est souvent dans les milieux scolaires et de santé que ces informations sont bien diffusées. Dans le contexte canadien, à la suite du constat de l'importance des connaissances et des outils en matière de santé sexuelle, nous pouvons observer l'émergence des tentatives d'apporter des changements au curriculum scolaire en matière d'éducation sexuelle, comme il se passe en Ontario et au Québec depuis l'automne 2014. Par exemple, au Québec, des projets pilotes voient le jour dans les écoles secondaires où l'intégration spontanée de discussions en santé sexuelle aurait lieu sous la forme de topos sur la santé sexuelle, peu importe le cours d'enseignement (Toulgoat 2016). En Ontario, il s'agit plutôt d'une approche progressive avec des cours de santé sexuelle commençant dès la maternelle où l'on aborde les rapports garçons-filles, pour ensuite parler de parties du corps vers la sixième année, et ensuite des infections transmises sexuellement et la communication conjugale au secondaire (Gouvernement de l'Ontario 2015). L'impact de ces programmes d'enseignement, adoptant la forme de projets pilotes, reste à être évalué.

Dans une perspective comparative, on observe que certains pays ont des indicateurs de santé sexuelle bien meilleurs que ceux du Canada et du Québec, ce que certains expliquent justement par l'enseignement en matière de santé sexuelle offert aux jeunes. Par exemple, il est possible d'évoquer l'adoption des politiques publiques vigoureuses envers la santé sexuelle, à savoir une éducation sexuelle offerte à un plus jeune âge (van den Broek, Verheij,

van Dijk et al. 2010). De plus, lorsque l'on compare les États-Unis aux pays scandinaves sur la question de l'effet des programmes scolaires en matière de santé sexuelle, nous notons une différence significative : dans les pays scandinaves où règne une très grande ouverture d'esprit dans le milieu scolaire sur la question de la sexualité, les taux relatifs de vulnérabilité sexuelle sont très bas, comparés aux États-Unis (Weaver, Smith & Kippax 2005; Lewis & Knijn 2002). Par exemple, on observe qu'aux Pays-Bas, 85 % des jeunes de 15 à 19 ans auraient utilisé une forme de contraception lors de leur dernier rapport sexuel, alors que ce taux d'utilisation serait à 65 % aux États-Unis; on remarque aussi que le taux d'infections de la gonorrhée aux États-Unis chez les jeunes filles et de garçons de 15 à 19 ans était de 1132 cas par 100 000 jeunes, ce qui est un taux d'infection 20 fois plus élevé qu'aux Pays-Bas. L'ouverture envers la santé sexuelle et la sexualité dans les milieux scolaires et sanitaires aurait un effet significatif sur la santé sexuelle des jeunes, pour l'acquisition d'une gamme de ressources et de connaissances, et pour assurer leur bien-être individuel.

2.5. Conclusion

Le portrait de la santé sexuelle des jeunes de 18 à 25 ans révèle qu'ils ont une moins bonne santé sexuelle, manifesté par de taux élevés d'ITSS, de grossesses imprévues, ainsi qu'un risque de violence sexuelle. La recension d'études sociologiques nous éclaire sur les sources de ces indicateurs et les processus sociaux qui expliquent ces indicateurs. Les déterminants à retenir sont notamment le statut socio-économique des individus, le capital social des jeunes, le genre, et le discours sur la santé sexuelle dans divers milieux sociaux, à savoir les milieux scolaires et de soins de santé. Dans leur ensemble, ces recensions épidémiologiques et sociologiques nous permettent de comprendre que la santé sexuelle des jeunes de 18 à 25 ans est précaire. Enfin, un tel état des faits rehausse la pertinence, voire l'importance d'examiner la question de la santé sexuelle des jeunes, afin de mieux saisir pourquoi les jeunes ont tendance à être sexuellement vulnérables.

À la lumière des constats soulevés dans ces deux premiers chapitres, nous formulons dans le chapitre qui suit la problématique de recherche sous-tendant notre démarche, laquelle nous a permis de mieux comprendre les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes de 18 à 25 ans.

Chapitre 3 - Problématique de recherche

« There is a range of reasons why researchers become involved in sexual health research: some operating from a « pure » and objective position, have a genuine wish better to understand the enigmatic nature of sexual activity, to develop theories and test methodologies. (...) Others may be motivated by a desire to enhance young people's health and rights through macro-policy or program changes. (...) Cutting across all of these motivations is a set of values regarding young people in general and sexual issues in particular; many researchers operate from a position of wishing to improve the choices available to young people within a liberal-humanist framework » (Ingham & Mayhew 2006: 215).

3.1. Introduction

À la lumière des constats théoriques, conceptuels et empiriques illustrés dans les deux premiers chapitres de ce mémoire, nous formulons maintenant la problématique de recherche de cette étude. Nous abordons d'abord les cadres conceptuels, théoriques et méthodologiques que nous avons employés lors de cette étude, et nous terminons avec la formulation des questions de recherche.

3.2. Cadres conceptuels

Au chapitre deux, nous avons défini certains concepts clés de cette recherche, notamment ceux de *santé sexuelle* et de *jeunesse*. Nous avons vu que la définition de la santé sexuelle s'inscrit dans une perspective constructiviste : en raison de forces sociales et d'événements sociaux critiques et charnières, nous construisons les images de la santé sexuelle, de la sexualité et du risque sexuel. L'évolution de la définition de la santé sexuelle que nous avons illustrée expose de plus la complexité des enjeux sous-tendant la santé sexuelle des jeunes, se caractérisant par des besoins précis et propres à cette période spécifique de la vie. Les jeunes de ce groupe d'âge ressentent souvent beaucoup de pressions sociales qui les obligent à se conformer aux normes ayant trait à la jeunesse et au genre ce qui explique leur entrée précoce bien souvent dans la vie sexuelle. La santé sexuelle des jeunes est affectée aussi par des éléments liés à la structure socio-politique d'une société donnée ; selon le degré d'ouverture sociale sur la question de la santé sexuelle et de la sexualité, la divulgation d'informations par rapport à la

santé sexuelle, à l'école par exemple, peut influencer le niveau de connaissances des jeunes en matière de santé sexuelle. Dans une perspective de parcours de vie, tous ces événements influencent leurs expériences en tant que jeune âgé de 18 à 25 ans, et leur transition vers la vie adulte.

Nous constatons l'existence d'écarts entre les jeunes et d'autres groupes démographiques sur la question de la santé sexuelle. Nous remarquons qu'à l'intérieur même du groupe de jeunes ciblés, les jeunes femmes ont une santé sexuelle plus précaire que les jeunes hommes. En somme, nous observons une certaine *vulnérabilité sexuelle* chez les jeunes en raison de caractéristiques sociales propres à la jeunesse qui définissent cette période de la vie.

3.2.1. La vulnérabilité sexuelle

D'après un certain nombre de chercheurs (Bearinger, Sieving, Ferguson et al. 2007; Ingham 2006), la vulnérabilité sexuelle est la probabilité élevée de contracter des infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS), d'avoir une grossesse imprévue et/ou d'être victime de violence sexuelle. Les auteurs cités emploient le terme « vulnérabilité » dans un sens qui se rapproche de la notion de « risque », ce qui reflète le degré auquel un individu est « à risque » de vivre des situations problématiques de santé sexuelle. Nous avons choisi de nous baser sur ces trois problèmes de santé sexuelle puisque les recensions montrent que les jeunes sont très affectés par ces problèmes tels que présentés au chapitre deux.

Nous nous inspirons de la définition de la *vulnérabilité* de Frohlich et Potvin (2008) comme base conceptuelle. Pour ces auteures, les individus vulnérables se définissent comme ceux « à risque de risques » en raison de *caractéristiques sociales partagées*. Celles-ci élaborent leur définition selon une critique du modèle populationnel (universel) d'intervention de Gregory Rose : de l'avis de ces auteures, les modèles de soins populationnels, qui visent à améliorer la santé de tous sans cibler un groupe démographique spécifique, risquent de ne pas rejoindre les individus les plus vulnérables qui ne peuvent pas rejoindre ces services ou en bénéficier pleinement. Ces individus, partageant une position sociale du fait de leur âge, de leur classe sociale, de leurs origines ethniques ou de leur culture, et caractérisés par le manque à plusieurs niveaux, - manque au plan financier souvent, de l'éducation, du capital social, du pouvoir, etc.

- sont confrontés à des inégalités sociales qui mènent à de la vulnérabilité liée à leur spécificité sociale en tant que groupe défavorisé.

Sur la question de la vulnérabilité des jeunes, nous nous tournons vers l'analyse de Arora, Shah, Chaturvedi et al. (2015). D'une part, les auteurs définissent la vulnérabilité comme étant liée à ceux qui sont plus à risque des risques, et les facteurs qui les mettraient à risque des risques seraient les conditions sociales dans lesquelles ils se trouvent. Ceci rejoint donc d'une part la définition de base de Frohlich et Potvin (2008) ainsi que les notions des inégalités sociales de santé. Ce que l'évaluation d'Arora et ses collègues ajoute est une discussion sur les inégalités particulières des enfants, des adolescents et des jeunes qui vient subséquemment définir leur vulnérabilité. Ils citent surtout Skinner, Tshko, Mtero-Munyati et al. (2006) qui proposent que la vulnérabilité chez les jeunes est reliée à l'aspect de la dépendance lors de ces périodes de la vie, dépendance soit matérielle (ex. argent, nourriture, logement), émotionnelle (ex. sentiments d'amour, de sécurité) ou social (ex. espace familial et de pairs). Dès qu'un manque à l'un de ces aspects est observé, la vulnérabilité accroit chez les jeunes. Dans ce sens, nous observons d'une part la notion de conditions sociales se développer ce qui nous invite à amener la perspective des inégalités sociales de santé des jeunes pour mieux comprendre la vulnérabilité sexuelle.

Il est donc à noter que la vulnérabilité s'inscrit dans une perspective d'inégalités sociales. La vulnérabilité serait en fait l'effet des inégalités sociales économiques, sociales et politiques. Fassin et al. (2000) proposent même un rapprochement entre les termes vulnérabilité et inégalité afin de mieux saisir les notions de désavantages sociaux et de rapports inégalitaires qui expliquent les états de vulnérabilités. En tenant compte des inégalités sociales, nous serons même à mieux déceler les influences sociales et les rapports sociaux inégalitaires à la source des états de vulnérabilités observés.

Comme le démontre la recension d'études sur la santé sexuelle des jeunes au chapitre deux, les déterminants sociaux représenteraient des *caractéristiques sociales partagées* chez les jeunes qui expliquent leur vulnérabilité sexuelle. La construction des genres, les pressions sociales, le peu de voies informationnelles dans les milieux scolaires et dans le contexte familial

constituent tous des déterminants sociaux qui jouent un rôle important dans le développement de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes, c'est-à-dire une vulnérabilité aux ITSS, aux grossesses imprévues et à la violence sexuelle. Ce n'est que muni d'une meilleure compréhension de la jeunesse et des multiples déterminants qui influencent sa santé sexuelle que nous serons mieux à même d'intervenir par action concertée pour contrer cette vulnérabilité.

3.3. Cadres théoriques et analytiques

Le cadre théorique de cette recherche est fondé dans la perspective des déterminants sociaux de la santé qui postule que les ressources et les pouvoirs découlant de la position sociale d'un individu influencent son état de santé et son bien-être (Marmot & Wilkinson 2003 ; Link & Phelan 1995 ; Raphael 2009). Nous avons présenté trois perspectives théoriques qui nous servent de guides analytiques, à savoir matérialiste, bio-psycho-sociale et de parcours de vie. Notre objectif théorique était de comprendre dans quelle mesure certains déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle s'inscrivent dans ces cadres analytiques.

3.4. Cadre méthodologique et terrain de recherche

Suite à la recension des études du domaine des déterminants sociaux de la santé sexuelle des jeunes au chapitre deux, nous constatons qu'il est un champ de recherche parcellaire. Très souvent les chercheurs se penchent sur les déterminants sociaux et sur leurs effets de manière séparée, examinant uniquement l'effet de la socialisation genrée ou seulement celui du milieu scolaire. Or ces déterminants peuvent souvent s'expliquer par les conditions sociales dans lesquelles les jeunes se retrouvent, marqués par le degré d'ouverture sociale envers la santé sexuelle et la sexualité, par exemple. La même situation se retrouve du côté des études portant sur les conséquences, les ITSS et les grossesses imprévues par exemple faisant l'objet d'études distinctes. Or les déterminants sociaux sont multidirectionnels, s'influencent réciproquement par entrecroisement, et peuvent avoir des effets simultanés et multiples sur les formes d'atteintes à la santé sexuelle des jeunes. De plus, les jeunes se trouvent dans plusieurs rapports sociaux, marqués par des inégalités, qui viennent influencer leur santé sexuelle simultanément. Pour ces raisons, il nous semble nécessaire d'étudier les déterminants pleinement afin d'avoir une vue d'ensemble sur leurs effets, afin de mieux comprendre

l'articulation et l'enchaînement de ces déterminants (De Konick 2008 ; Kotchick, Shaffer, Miller et al. 2001). Nous étions donc de l'avis qu'une *approche qualitative* de recherche nous permettrait de mieux saisir les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes, les processus qui expliquent leur distribution, ainsi que les nombreuses façons dont s'imbriquent les déterminants. La démarche méthodologique est explicitée davantage au chapitre quatre.

Le terrain de recherche de ce projet était une clinique jeunesse à Montréal. Il importe de préciser le contexte d'origine de cette recherche, ce qui explique le choix de ce terrain de recherche. En 2012, les intervenantes d'une clinique jeunesse ont soumis une demande aux chercheurs du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations (CREMIS) qu'une recherche soit menée dans leur clinique pour documenter leurs pratiques d'intervention. À ce moment-là, trois chercheuses du CREMIS ont entrepris une recherche exploratoire sur ce terrain, visant à mieux comprendre les pratiques d'intervention en clinique jeunesse, les besoins des jeunes et les inégalités sociales de santé sexuelle des jeunes (Carde & Baillergeau 2013). A la suite de cette recherche exploratoire et de ses premières conclusions, la clinique jeunesse a relancé une requête en vue de documenter davantage leurs pratiques d'intervention. Cette demande nous a ensuite été proposée. Acceptant cette invitation, nous avons tenu de nombreuses rencontres avec l'équipe de la clinique jeunesse pour développer la démarche de notre recherche. Nous avons profité de ces occasions pour partager avec le personnel de la clinique nos interrogations de recherche sociologiques, c'est-à-dire notre intérêt pour les déterminants sociaux de la santé et la santé sexuelle des jeunes.

Le fait de noter ce cadre historique est important pour deux raisons : d'une part, nous reconnaissons le geste des intervenantes de la clinique jeunesse qui se sont tournées vers la recherche universitaire en soumettant une demande de recherche; de l'autre, l'exécution de la première recherche exploratoire et de notre propre recherche permet de souligner l'enjeu particulier de la « conversion » d'une recherche inspirée par une « demande sociale » en une recherche scientifique. Il ne s'agit plus uniquement d'une question de tester une théorie

sociologique au sein d'un terrain de recherche, mais plutôt de fournir des éclairages scientifiques pertinents, de manière inductive, pour comprendre une certaine réalité.

3.5. Questions de recherche

À la lumière de ces remarques qui constituent notre problématique de recherche, à savoir les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes de 18 à 25 ans, nous avons formulé les questions de recherche de manière suivante :

- Quels sont les déterminants sociaux – caractéristiques partagées – de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes de 18 à 25 ans?
- Par quels processus sociaux les jeunes deviennent-ils sexuellement vulnérables?

3.6. Conclusion

Dans le présent chapitre, nous avons défini la problématique de notre recherche. Ayant observé que les jeunes de 18 à 25 ans ont une santé sexuelle précaire, nous avons présenté et défini le concept de vulnérabilité sexuelle qui est inscrit dans une perspective des déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales de santé. Ensuite, nous avons redéfini brièvement les cadres théoriques des déterminants sociaux de la santé qui serviront de cadres analytiques à nos données. Par après, nous avons proposé une approche qualitative de recherche, afin de répondre à certaines faiblesses actuelles du champ de recherche sur les déterminants sociaux de la santé sexuelle des jeunes. Finalement, nous avons présenté les questions de recherche qui ont guidé cette étude. Dans le prochain chapitre, nous présentons la démarche méthodologique qui nous a permis de répondre à ces questions de recherche.

Chapitre 4 - Approche méthodologique

« Si la spéculation théorique occupe une place importante dans les sciences sociales, comme dans pratiquement toutes les disciplines scientifiques, cette spéculation doit avoir « les pieds sur terre ». Les idées du chercheur doivent être en concordance avec ce que la réalité sociale laisse voir sur elle-même et pouvoir se connecter à ce qu’expérimentent et pensent les personnes concernées » (Campenhoudt & Quivy 2011 : 142).

4.1. Introduction

Lorsque le sociologue se lance dans une recherche, il ne peut se limiter aux lectures et aux modèles théoriques pour comprendre ses objets de recherche; il faut qu’il procède souvent de façon empirique, qu’il aille à la rencontre d’individus et/ou qu’il observe les contextes afin de mieux saisir les réalités de ceux qui les vivent ou en témoignent. Dans l’élaboration de tout projet de recherche, il est essentiel de bien présenter la démarche méthodologique employée permettant d’arriver aux résultats obtenus. Sous forme de chapitre méthodologique à l’intérieur d’un mémoire de maîtrise, d’une thèse de doctorat ou de plan d’enquête, les chercheurs doivent bien définir les étapes et les approches méthodologiques employées pour défendre leurs choix de méthodes et de critères d’échantillon (Bozonnet & Louvel 2011; Ballinger 2008).

Ce chapitre présente l’approche méthodologique adoptée pour répondre aux questions de recherche de cette étude. Tout d’abord, nous défendons la pertinence d’adopter une approche qualitative dans le domaine de recherche des déterminants sociaux de la santé et de la santé sexuelle, là où les approches quantitatives dominent. Dans un deuxième temps, nous présentons l’approche méthodologique qui a servi de base à notre recherche, celle de la théorisation ancrée (*grounded theory*) ainsi que certains éléments de la sociologie clinique. Ensuite, nous faisons la présentation formelle de notre terrain de recherche, soit une clinique jeunesse, ainsi que de nos deux échantillons de répondants (des intervenantes et un groupe de jeunes âgés de 18 à 25 ans). Nous présentons également de manière détaillée les méthodes qualitatives que nous avons favorisées. En terminant, nous offrons quelques remarques à posteriori sur notre démarche méthodologique employée.

4.2. Une recherche qualitative

Les approches quantitatives sont souvent employées dans le domaine de recherche des déterminants sociaux de la santé pour tenter d'illustrer des liens de causalité entre certains facteurs sociaux et les états de santé: à partir de bases de données populationnelles, des modèles de régressions sont utilisés pour observer les influences de divers déterminants, et ce, en ajoutant certains déterminants aux modèles précités et en isolant d'autres. À partir de ces modèles, il est possible de constater des corrélations entre indicateurs ou bien de prédire des probabilités d'occurrences de maladies (Frohlich et al. 2008; Hankivsky & Christofferson 2008).

Ces approches quantitatives sont toutefois limitées pour plusieurs raisons. Tout d'abord, avec des méthodes quantitatives, on tend à focaliser l'examen sur les comportements individuels ou bien des facteurs pathologiques, signalant le risque d'adopter une « méthodologie individualiste », de faire du « risk factor epidemiology » (c'est-à-dire se concentrer uniquement sur les comportements individuels) (Diez-Roux 1998 : 219) ou bien de commettre une erreur écologique³ (Loney & Nagelkerk 2014). Lorsque nous négligeons de tenir compte de facteurs en amont du contexte social qui expliquent les comportements individuels, nous ne sommes pas en mesure de savoir *pourquoi* nous observons certains comportements (Ali & Cleland 2006; Ingham 2006). Il est de notre avis qu'en employant des méthodes quantitatives dans ce domaine de recherche, nous singularisons les états de santé tout en perdant de vue les relations que maintiennent les individus, c'est-à-dire les positions relatives qu'ils occupent au sein d'une société, et nous négligeons de tenir compte des processus qui ont conduit à ces situations, les analysant comme des faits accomplis, au lieu de les analyser comme des processus dynamiques. Dès lors, reconnaissant ces limites, envisager une vue d'ensemble de

³ Une erreur écologique est lorsqu'il y a inférence ou interprétation d'explications au niveau individuel, alors que l'explication découlerait plutôt de facteurs macro/structurels. Le risque de commettre cette erreur se trouve surtout dans les recherches fondées dans des approches statistiques et quantitatives.

leur succession et mesurer leur impact véritable sur la santé exige une approche qui s'appuie sur des outils de nature qualitative (De Konnick 2008; Kotchick et al. 2001).

4.3. La théorisation ancrée

Pour identifier et comprendre les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes de 18 à 25 ans, nous avons opté pour une approche de la théorisation ancrée (*grounded theory*). En raison du fait qu'elle tient compte des données dégagées du contexte, de sa souplesse et de sa flexibilité dans le processus d'analyse et de l'ouverture qu'elle permet envers de nouveaux éléments théoriques émergents, cette approche méthodologique qualitative nous a paru la plus apte à traiter notre problématique de recherche.

Développée au cours des années 1960 par Glaser et Strauss, plus précisément dans *The Discovery of Grounded Theory* (1967), la théorisation ancrée se caractérise par un mélange d'approches inductives et déductives, élaborant son cadre théorique à partir de bases conceptuelles définies (déduction) et des données recueillies sur le terrain (induction). Elle va à l'encontre des approches positivistes traditionnelles qui partent d'une hypothèse prédéfinie. Strauss et Corbin ont bien démontré que cette approche rejette les approches fonctionnalistes et structuralistes de Parsons et Blau ; au lieu de s'en tenir à l'observation de l'état des choses, de la théorisation ancrée va plutôt vérifier sur le terrain, examiner le vécu des sujets, estimant pouvoir élaborer et établir des théories et des concepts sur une base plus juste. La théorie évolue de manière continue tout au long de la recherche, puisqu'elle permet des allers-retours constants entre les différents stades de la collecte de données sur le terrain et l'analyse des données. La malléabilité compte parmi les plus belles qualités de la théorisation ancrée dans la mesure où elle permet de tenir compte des changements contextuels qui surviennent durant la recherche. Par exemple, si on ne prend pas en considération la spécificité des changements de contexte – si on ne peut pas rendre compte de ce qui motive les changements – nous affaiblissons nos résultats et nous traitons nos données, nos concepts et nos théories de manière « idéaliste et/ou essentialiste » (Starks & Trinidad 2007: 276). L'identification des changements ayant lieu à l'intérieur du contexte est primordiale.

Notons ensuite que la théorisation ancrée offre des pistes intéressantes pour le recrutement des participants à la recherche (Glaser & Strauss 1967). La démarche de recrutement suggéré par le *theoretical sampling* est fondé sur l'idée que durant le travail sur le terrain, il peut y avoir de nouvelles données qui inciteront le chercheur à examiner des aspects qu'il ou elle n'avait pas prévu au début de la recherche. Cela étant le cas, le *theoretical sampling* offre aux chercheurs la possibilité d'inclure de nouveaux participants à la recherche et/ou de modifier les lieux du terrain si de nouvelles données rendent ces changements nécessaires. Le *theoretical sampling*, caractérisé par une grande flexibilité et se faisant tout au long du travail de recherche, peut être perçu comme un processus itératif qui se produit entre le début de la collecte de données et l'analyse de ces dernières. « Theoretical sampling shapes further data collection as the researcher pursues developing conceptual ideas rather than amassing general information » (Charmaz 1990 : 1163).

Un autre élément important caractérisant la théorisation ancrée est le codage, qui idéalement s'effectue en trois étapes successives: tout d'abord, un codage ouvert, pour compiler les données en fonction des thèmes qui émergent suite à un examen préliminaire ; ensuite un codage axial, pour assembler les catégories issues de la première étape, sur la base de rapports et/ou de similarités entre elles; et finalement, un codage sélectif, pour affiner le regroupement des catégories dominantes (Strauss & Corbin 1998 ; Glaser 1978).

Finalement, un dernier élément important de la théorisation ancrée se situe dans le concept de réflexivité qui tient compte de la position - sociale et idéologique - du chercheur dans la recherche. Pour tenir compte de préjugés préexistants à l'endroit d'éléments surgissant de la recherche, Starks et Trinidad (2007) font valoir la nécessité d'une forme de compartimentation (*bracketing*) qui permet au chercheur de tenir compte dans les étapes de la recherche ses propres *a priori*. Parmi les pratiques relevant de la réflexivité, il est recommandé au chercheur de faire part de ses positions, ou bien en notant le développement sous forme de mémos tout au long du processus de la recherche.

4.4. La sociologie clinique

Il est à noter que certains éléments de l'approche de la sociologie clinique, de Jacques Rhéaume et de Vincent de Gaulejac, nous ont grandement inspirés dans notre démarche de notre recherche. L'objet de la sociologie clinique implique une invitation « à tenir compte de la spécificité humaine et tout particulièrement de la présence tout à la fois irrécusable et irréductible de la subjectivité » (de Gaulejac & Roche 2007 : 10). Soulignant les éléments pratiques de cette approche, Rhéaume ajoute que c'est « une façon de produire de la connaissance sociologique avec des acteurs sociaux, dans un rapport de proximité et d'implication entre chercheurs et acteurs sociaux » (Rhéaume 2009 : 196). Comme approche épistémologique de recherche, la sociologie clinique conçoit les acteurs présents et impliqués dans la recherche comme des « sujet-acteurs » ; son objectif est d'assurer tout au long de la recherche la cueillette de données justes et valables.

La sociologie clinique encourage l'élaboration de démarches pratiques sur le terrain permettant de saisir de manière plus complète la perspective des sujet-acteurs durant la recherche, et la mise en place de bonnes pratiques de travail avec les sujets de la recherche. Un des concepts importants de la sociologie clinique, celui de *l'échange des savoirs*, fait référence à la reconnaissance de tous les sujets-acteurs impliqués dans la recherche et au partage des savoirs avec chacun d'entre eux, c'est-à-dire les chercheurs, les gestionnaires, les intervenants, lorsque la recherche a lieu dans le milieu de l'intervention, par exemple. Cet échange est crucial en recherche dans la mesure où il encourage une participation active de la part de tous les acteurs tout au long du processus de la recherche; il favorise la proximité entre les acteurs et évite la hiérarchisation des savoirs. Le partage des savoirs dans le développement de toutes les étapes d'un projet de recherche (ex. élaboration de problématique de recherche, repérage de terrain, recrutement de participants, rédaction de questionnaires) est essentiel si l'on veut obtenir au bout du compte des données applicables à l'intervention. Le partage peut se faire lors de réunions d'équipe, ou par des discussions suite à des observations et à des entretiens réalisés avec les participants. Ces partages, ou retours, sont des « actes concrets », selon Causse, « essentiels, moins par le contenu que par l'établissement de la confiance » et « pour faire tomber la situation de crainte (des participants de la recherche) du départ » (Causse 2007

: 226). Le retour, sous la forme préférée des acteurs impliqués - par exemple, des présentations des résultats au groupe d'intervenants, des partages individuels informels avec un intervenant - est un outil très efficace pour maintenir la confiance entre chercheurs et les participants et pour encourager une position de proximité entre tous les intervenants.

4.5. Le terrain de recherche : une clinique jeunesse

L'approche qualitative que nous avons adoptée pour ce projet de recherche a été utilisée au sein d'un contexte de recherche spécifique, soit celui d'une clinique jeunesse spécialisée en santé sexuelle. Définie comme un service de santé adapté aux besoins et aux problématiques de la jeunesse dans le domaine de la santé sexuelle (Risi, Caron & Milette 2006), comprend une équipe interdisciplinaire (ex. médecins, infirmières, sexologues, travailleuses sociales) qui a pour but de répondre aux divers besoins des jeunes. Elle est *interdisciplinaire* et non multidisciplinaire puisque les membres de l'équipe fonctionnent en interactions et non en silos (Körner 2010; Choi & Pak 2006) : les diverses spécialisations regroupées dans un même lieu travaillent ensemble en collaboration et se partagent les tâches d'intervention. Répondant aux besoins de jeunes tout en offrant des services curatifs et préventifs, une clinique jeunesse est un lieu où l'on se concentre sur un aspect spécifique de la santé ou d'un groupe démographique en particulier, dans notre cas, la santé sexuelle des jeunes.

Le modèle de clinique jeunesse se rapproche du modèle de soins intégrés. Selon Singer, Burgers, Friedberg et al. (2011), un modèle de soins intégrés est lorsque des professionnels de la santé se préoccupent d'un groupe démographique ou d'une condition médicale particulière. Selon ces auteurs, ce modèle présente quatre caractéristiques : 1) des services coordonnés entre divers professionnels et secteurs de la santé, 2) des services de visites maintenues sur le long terme avec ces professionnels, 3) des services adaptés aux besoins des patients et 4) des services conçus selon un principe de responsabilité partagée entre patients et professionnels de la santé. Plusieurs raisons justifient ces modèles, parmi lesquelles la pénurie de ressources humaines, matérielles et financières dans les soins curatifs, les demandes changeantes d'une population vieillissante et la complexification des maladies avec l'augmentation des comorbidités (Schoen, Osborn, Doty et al. 2007; Bodenheimer 2008). Il y a de nombreux exemples de ces modèles, pour les maladies cardiovasculaires (Wagner, Austin, Davis et al.

2001, 2009) et pour le VIH/Sida (Luque-Fernandez, van Cutsem, Goemaere et al. 2013)) par exemple, chacun avec des preuves de leur efficacité. Sur le sujet d'un modèle de soins intégrés axé sur la santé sexuelle des jeunes, c'est-à-dire les équipes des cliniques jeunesse, Sales, Milhausen & DiClemente (2006) soulignent que les cliniques jeunesse disposent de beaucoup de compétences auprès des jeunes, répondant avec efficacité à leurs besoins et les incitant à des changements de comportement en vue d'une meilleure santé sexuelle, comme l'utilisation de contraception et de préservatifs contre les ITSS. Comparant les cliniques jeunesse avec des soins courants, Sales et al. (2006) arrivent à la conclusion qu'en matière de santé sexuelle, les services spécialisés sont plus efficaces que les services de santé courants.

Dans une étude faisant la recension des services en santé sexuelle au sein des CLSC de Montréal mené par la Direction de santé publique de Montréal, Ouellet (2013) attribue les caractéristiques suivantes aux services spécialisés en jeunesse. Le modèle de la clinique jeunesse offre une gamme étendue de services de santé (médicaux, psychosociaux, préventifs, curatifs) adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes adultes. Généralement, ce type de clinique est située dans un endroit favorable pour la dispensation de soins à proximité des lieux que fréquentent les jeunes ; chaque clinique a un accueil central pour les jeunes uniquement, ceci dans le but d'inspirer la confiance chez les jeunes et pour leur éviter d'éventuelles rencontres avec des adultes qu'ils ne veulent pas croiser. La clinique a recours à un personnel spécialisé en santé sexuelle capable de répondre à la gamme entière des besoins des jeunes. Les soins de la clinique sont accessibles sur ou sans rendez-vous à des heures qui sont propices aux emplois du temps et aux rythmes de vie des jeunes et des adolescents. Finalement, en raison de leur proximité avec les jeunes, les équipes des cliniques jeunesse sont les mieux placées pour repérer les jeunes en situation de vulnérabilité.

À partir de ces constats empiriques et nos liens déjà établis avec une clinique jeunesse de Montréal, tels que présentés au chapitre trois, nous avons déterminé qu'une clinique jeunesse constituait un terrain de recherche propice pour les questions de recherche que nous nous posons, dans la mesure où celle-ci maintient un lien de proximité avec les intervenants spécialisés en santé sexuelle et les jeunes qui sont affectés par des problèmes de santé

sexuelle. Il nous serait possible dans un tel milieu d'analyser des perspectives complémentaires sur les facteurs menant à la vulnérabilité sexuelle.

4.5.1. La clinique jeunesse Accès

Nous avons choisi une clinique jeunesse qui ressemblait au modèle cité plus haut, à savoir la Clinique jeunesse Accès⁴ dans un Centre intégré universitaire de services sociaux et de santé d'un (CIUSSS) de Montréal qui offre des services aux jeunes âgés de 15 à 25 ans. Cette clinique jeunesse nous intéressait en vertu de son mandat spécifique : celle-ci compte en effet parmi ses objectifs de contribuer de façon active à l'enrayage des situations de risque pour la santé des jeunes (Carde & Baillergeau 2013). Sa mission s'inscrit dans le mandat général de leur CIUSSS, lequel qui entrevoit la santé est un fait social émanant des inégalités sociales de santé (Guindon, Dorval, Massie et al. 2009), et dont le travail est axé sur l'amélioration de la santé de la population vivant sur son territoire.⁵ L'approche d'intervention de cette clinique jeunesse est façonnée en fonction du vécu des jeunes et les intervenantes⁶ qui y travaillent ont pour objectif entre autres de déceler les facteurs de risque de la vulnérabilité sexuelle qui sont d'ordre social.

4.6. Échantillons de répondants

Nous avons choisi d'interroger deux groupes au sein de la clinique jeunesse, soit les intervenantes qui y travaillent en tant que professionnelles et les jeunes qui y vont dans le but d'y trouver de l'aide⁷.

⁴ Nous avons anonymisé le nom réel de la clinique jeunesse et du CIUSSS en question afin de respecter la confidentialité de tous les participants de cette étude.

⁵ Ce territoire de services est caractérisé par une diversité démographique et de nombreux problèmes de santé. Par exemple, nous observons une forte concentration de population jeune entre 20 et 34 ans ainsi que de personnes vivant seules. De plus, nous observons le plus haut taux d'ITSS et de problèmes de santé mentale dans ce territoire par rapport aux autres territoires de Montréal. Les services socio-sanitaires sur ce territoire seraient donc adaptés aux besoins et aux problématiques de ces populations (Guindon *et al.* 2009).

⁶ Nous maintenons le genre féminin lorsque nous parlons des membres de cette équipe, c'est-à-dire les « intervenantes », étant donné qu'elle était composée uniquement de femmes.

⁷ Nous tenons à noter que nous avons anonymisé les noms des répondants pour assurer la confidentialité de leurs identités et de leurs propos.

4.6.1. Approbation éthique

Une première demande d’approbation d’éthique pour notre projet de recherche a été faite auprès du Comité d’éthique de recherche (CER) du CIUSSS de la clinique jeunesse au mois de novembre 2014. Présentée sous forme de protocole de recherche, celle-ci se composait de la problématique du projet, d’une présentation de son cadre théorique, de la liste des questions de recherche et des méthodes de recherche privilégiées. Après un premier examen du projet, le comité d’éthique nous a demandé d’apporter plus de précisions quant aux méthodes de recherche préférées, notamment sur la pertinence des observations non-participantes en salle de consultation. Reprenant notre projet à la lumière des réserves exprimées par le comité d’éthique et tenant compte dans notre relecture des nombreuses suggestions que nous ont gracieusement faites, nous avons procédé à une révision de la demande d’éthique. Une deuxième présentation a été soumise à l’approbation du comité, laquelle nous a été accordée de façon définitive à la fin du mois de janvier 2015. Le travail sur le terrain a donc pu débuter en février 2015 et s’est terminé en juillet 2015.

4.6.2. Intervenantes

Dès le premier contact avec la clinique jeunesse en septembre 2014, les intervenantes de la clinique jeunesse étaient d’accord pour participer à notre recherche. Toutes se sont mises à notre disposition pour les entretiens et les séances d’observation dans leur espace de travail, dans la salle d’attente et les salles de consultation. Dans cette perspective, le recrutement des intervenantes, réalisé de manière individuelle avec chacune d’entre elles, s’est fait à l’image de ce que Bozonnet et Louvel appellent l’*accès direct* (2011 : 35-38).

Le tableau 1 indique, pour chacune d’entre elles sa spécialisation dans le milieu de la clinique jeunesse, le nombre d’années qu’elle y travaille et son horaire de travail. Nous avons interviewé toutes les membres de l’équipe d’intervenantes présentes lors de l’hiver 2015 (c’est-à-dire entre février et avril 2015) : trois médecins de famille, deux infirmières, une sexologue, une travailleuse sociale et une réceptionniste. Notons ici la complémentarité des spécialisations : certaines d’entre elles sont axées sur le domaine médical dans leurs approches à la santé sexuelle (ex. médecins et infirmières) alors que d’autres ciblent les dimensions psycho-sociales (ex. une travailleuse sociale et une sexologue).

Tableau I : Les intervenantes de la Clinique jeunesse Accès

Intervenante	Spécialisation	Années travaillées à la clinique et horaire de travail
Micheline	Médecin de famille	20 ans, temps plein
Sandra	Médecin de famille	5 ans, temps partiel
Marguerite	Médecin de famille	10 ans, temps plein
Carole	Réceptionniste	10 ans, temps plein
Linda	Travailleuse sociale	20 ans, temps plein
Maryse	Sexologue	20 ans, temps plein
Lysandre	Infirmière	8 ans, temps plein
Ghyslaine	Infirmière	4 ans, temps plein

4.6.2. Jeunes âgés de 18 à 25 ans

Il y avait deux critères de sélection pour les jeunes qui allaient participer à cette recherche : qu'ils soient âgés de 18 à 25 ans et qu'ils aient déjà eu recours aux services de la clinique jeunesse. Nous avons prévu au départ faire appel à divers moyens de recrutement, adoptant une stratégie basée sur un amalgame de *l'accès direct* et de *l'accès indirect* (Bozonnet & Louvel 2011 : 35-38), les intervenantes et le comité d'éthique nous ayant prévenue que le recrutement serait probablement une tâche difficile.

La première forme de recrutement s'est faite au moyen d'affiches publicitaires apposées dans la salle d'attente de la clinique jeunesse. Celles-ci offraient une brève description du projet, indiquaient les modalités de participation au projet et donnaient nos coordonnées. Une deuxième forme de recrutement s'est ajoutée lorsque les intervenantes nous ont proposé de nous assister dans le processus de recrutement ; celle-ci consistait à inviter - de vive voix - les jeunes qu'elles recevaient en consultation à participer à la recherche. Ensuite, les intervenantes donneraient nos coordonnées pour que les jeunes puissent communiquer avec nous pour

prendre rendez-vous. Toutefois, nous n'avions pas reçu d'appels de la part des jeunes, bien que les intervenantes ont mentionné qu'elles avaient donné nos informations à quelques jeunes intéressés. Elles expliquent ce phénomène par le fait que les jeunes auraient besoin d'une prise de rencontre immédiate et en personne avec nous. Finalement, une troisième forme de recrutement, celle d'ailleurs qui s'est avérée la plus utile et la plus fructueuse, découle de cette deuxième initiative. Nous avons choisi d'être présentes à la clinique pour rencontrer les jeunes en personne, dès qu'un jeune démontrait de l'intérêt de participer à notre recherche suite à l'invitation de l'intervenante. Nous avons grandement facilité la rencontre avec les jeunes par notre présence sur les lieux de la clinique : nous pouvions ainsi rencontrer les jeunes qui ont montré de l'intérêt à participer immédiatement après la proposition de l'intervenante. Lors de cette rencontre, soit nous effectuions un entretien immédiatement, soit nous fixions une date pour un entretien ultérieur. Accomplie de manière souple et spontanée dans le cadre d'un rendez-vous plus formel en clinique jeunesse avec une intervenante, cette prise de contact s'est révélée être la méthode la plus efficace pour inviter les jeunes à participer à notre recherche et pour les rassurer sur la nature de celle-ci.

Chez les jeunes que nous avons recrutés, il n'a pas été nécessaire lors du processus de sélection de nous enquérir de la spécificité de leur problème de santé sexuelle. Celle-ci allait se révéler plus tard lors de l'entretien sur le parcours sexuel (ex. leurs connaissances sur le sujet, les représentations qu'ils se faisaient de la sexualité, leurs activités sexuelles, leurs prises de décisions en matière sexuelle, etc.) et sur leurs liens avec la clinique jeunesse.

Nous avons interrogé huit jeunes patients de la clinique jeunesse, sept jeunes femmes et un jeune homme, un groupe dont la moyenne d'âge était de 20,8 ans. Tous les entretiens se sont déroulés en français, sauf celui avec le jeune homme qui s'est déroulé surtout en anglais⁸; puisque l'anglais était sa langue maternelle, il était plus à l'aise de parler de manière approfondie de la santé sexuelle en anglais qu'en français. Le tableau 2 donne les informations sociodémographiques sur les jeunes répondants. La majorité des répondants étaient des

⁸ Le verbatim du répondant anglophone est présenté en anglais dans le texte.

étudiants au cégep ; deux répondantes étaient sur le point de terminer leur secondaire. Notons qu'une des jeunes avait un enfant de deux ans et une autre était travailleuse du sexe. Finalement, la majorité d'entre eux vivaient en appartement, seul ou avec des colocataires. Une jeune vivait dans un centre d'hébergement pour femmes et une autre vivait chez ses parents. Plus d'informations particulières par rapport aux vécus des jeunes seront explicitées et analysées au chapitre cinq.

Tableau II : Les jeunes âgés de 18 à 25 ans

Jeunes	Âge	Emploi du temps	Habitation
Amina	19	Étudiante, cégep	Centre d'hébergement pour femmes
Martine	23	Étudiante, cégep	Appartement, seule
Caroline	19	Étudiante, cégep	Chez ses parents
Justine	22	Étudiante, secondaire	Appartement, avec copain et fils de deux ans
Mélanie	20	Étudiante, cégep	Appartement, avec deux personnes
Léonie	18	Étudiante, cégep	Appartement, avec deux personnes
Michel	23	Étudiant, collègue post-secondaire privé	Appartement, avec une personne
Léa	22	Travailleuse du sexe; étudiante, secondaire	Appartement, seule

Le tableau 3 résume les liens qu'entretiennent les jeunes avec la clinique jeunesse et les problématiques de santé sexuelle qui les y ont menés. La majorité d'entre eux sont venus à la clinique pour un dépistage d'ITSS ; deux jeunes femmes sont venues pour un suivi d'une interruption volontaire de grossesse (IVG)⁹. La majorité d'entre eux sont venus à la clinique

⁹ Il est à noter qu'avant l'automne 2013, la clinique jeunesse travaillait en étroite collaboration avec une clinique d'interruption volontaire de grossesse, située dans le local à côté de la clinique. Les intervenantes assuraient un suivi de pré-IVG et un suivi de post-IVG. Toutefois, depuis l'automne 2013, elles n'ont plus le mandat de faire ces suivis.

jeunesse grâce à la référence d'un autre service de santé, par l'entremise d'amis ou suite à une recherche sur internet.

Tableau III : Les problématiques de santé sexuelle des jeunes

Jeunes	Temps écoulé depuis la première visite	Pourquoi sont-ils venus à la clinique ? / Comment ont-ils appris l'existence de la clinique ?	Problématiques majeures
Amina	2 ans	Contraception ; référence de son ancien copain	Violence conjugale; IVG (pas à la clinique jeunesse); herpes
Martine	6 mois	Services IVG; référence-hôpital	IVG
Caroline	1 ans	Dépistage; référence du cégep	N/A
Justine	6 ans	Services IVG; recherche internet	IVG
Mélanie	1 ans	Dépistage ; référence du cégep	Chlamydia
Léonie	1 ans	Dépistage; recherche internet	N/A
Michel	3 ans	Dépistage; référence de son ancienne copine	Chlamydia
Léa	4 ans	Référence de la clinique CACTUS ¹⁰	Dépistages bimensuels; chlamydia et gonorrhée

4.7. Méthodes employées

4.7.1. Observations non participantes

Tout d'abord, en faisant des observations, nous voulions tenir compte des lieux et des espaces de la clinique, estimant qu'une meilleure connaissance de sa spatialité nous aiderait à comprendre la spécificité de notre terrain de recherche et du mode d'intervention des intervenantes. Nous avons donc choisi d'incorporer à notre recherche des formes d'observations non participantes. Ces observations qui nécessitaient notre présence en tant qu'observatrice (dans divers lieux) à la clinique pour des périodes de temps assez longues ont

¹⁰ La clinique CACTUS est un organisme communautaire à Montréal pour la prévention des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS). Elle offre ses services aux toxicomanes et aux travailleurs du sexe principalement.

donné un aspect ethnographique à notre recherche. Ce qui caractérise l'ethnographie est l'immersion et l'implication du chercheur dans un milieu donné en tant que témoin et interprète, dans le but de mieux comprendre sa dynamique et pour aller au-delà des dires des individus. La démarche ethnographique permet de tisser des liens plus solides avec les acteurs en raison du temps passé sur les lieux et encourage une intégration plus complète du chercheur « à l'intérieur » du groupe sujet (Laprise & Loignon 2013). Les observations non participantes laissent les acteurs œuvrer dans leurs états « naturels ». L'observateur reste en dehors de l'action ; les participants ne tiennent pas compte de sa présence, même s'ils savent que le chercheur est présent. L'observateur prend des notes systématiques sur le lieu et sur les actions qui s'y déroulent, sous forme de *fieldnotes* (Handley 2004; Geertz 1973). Deux formes d'observations non participantes ont été réalisées durant notre recherche : en salle d'attente et en salle de consultation (voir Annexe A pour les grilles d'observations).

4.7.2. En salle d'attente

Les observations non participantes dans la salle d'attente ont eu lieu dans le but d'examiner tout d'abord ce que font les jeunes et les intervenantes dans les espaces communs, et ensuite ce qui se passe avant les rencontres avec les intervenantes. L'examen de la structure et de l'organisation physique de la clinique nous a permis non seulement de mieux comprendre le fonctionnement général de la clinique jeunesse, mais aussi de saisir, dans toutes ses nuances, toute la complexité des modalités d'intervention que l'on y retrouve. Les informations affichées sur les murs dans la salle d'attente par exemple et les ressources physiques – dépliants, mobilier, sanitaires, etc. - mises à la disposition des jeunes comptent parmi les premières formes d'intervention dans une clinique jeunesse. Ces observations n'ont requis aucun formulaire de consentement puisqu'il s'agissait d'examen de lieux uniquement et non de discussions ou d'échanges avec les intervenantes ou les jeunes.

En tout, trois séances d'observation de 30 minutes ont eu lieu, une en avant-midi et deux en après-midi. Ce programme d'observation a été fixé en consultation avec une intervenante qui nous a expliqué l'horaire des activités à la clinique et la spécificité des clientèles qui se succèdent au cours d'une journée donnée: en avant-midi, comme il s'agit de la période des rendez-vous et qu'il y a moins de cas d'urgence, la clientèle est moins nombreuse et souvent

se présente avec moins de problématiques graves; en après-midi par contre, étant donné que les consultations se font sans rendez-vous, c'est une clientèle généralement plus jeune, plus « vulnérable » qui se présente, nécessitant une intervention plus prompte, parfois même des soins d'urgence.

4.7.3. En salle de consultation

Des observations non participantes en salle de consultation au moment précisément des échanges entre les intervenantes et les jeunes nous ont permis un examen plus approfondi de la pratique des intervenantes. Puisqu'elles ont eu lieu après nos entretiens avec les intervenantes, ces observations en salle de consultation furent un excellent moyen pour apprécier leur pratique en action. Il nous a été possible dans cet exercice de compléter les propos des intervenantes avec leurs interventions en salle de consultation, et de noter certains aspects de leur pratique qu'elles auraient oublié de verbaliser lors de l'entretien. Nous croyons que cette complémentarité de méthodes représente un moyen d'aller au-delà des formes d'observations ethnographiques traditionnelles. Tout comme celles effectuées dans la salle d'attente, les observations non participantes en salle de consultation permettent de voir sous un angle nouveau les stratégies d'intervention et de dépistage auxquelles font appel les intervenantes dans leur pratique. Nous tenons à préciser que pour l'essentiel, ces observations portaient sur les stratégies d'intervention et les propos des intervenantes, et non sur les problématiques des jeunes en consultation.

Le choix des consultations que nous avons observées s'est fait de concert avec les intervenantes, selon leurs emplois du temps et l'horaire des activités de la clinique. En tout, huit séances d'observation lors de consultation avec des jeunes ont eu lieu, ce nombre ayant été déterminé par la disponibilité des intervenantes. Suite à un échange avec les intervenantes sur la faisabilité de ces observations en salle de consultation, nous avons procédé selon le *modus operandi* suivant. Tout d'abord, il a été convenu qu'en tant que chercheuse, nous allions être dans la salle de consultation de l'intervenante avant l'arrivée du jeune. Ensuite, une fois le jeune installé dans la salle de consultation, l'intervenante allait nous présenter et expliquer brièvement notre projet de recherche. Suite à la présentation, l'intervenante allait demander au jeune s'il approuvait d'une observation non participante durant la consultation; si

nous recevions une réponse positive, nous allions inviter l'intervenante et le jeune à lire et à signer les formulaires de consentement pour ces observations; si nous recevions une réponse négative, nous allions quitter la salle. Nous tenons à noter que toutes les réponses à nos demandes d'observation ont été positives. Lors de ces observations, la prise de notes a été faite à la main: nous documentons les diverses stratégies d'intervention, notamment les questions posées et les interactions entre les intervenantes et les jeunes.

4.7.4. Entretiens semi-dirigés

Nous avons fait des entretiens semi-dirigés d'une durée d'environ quarante-cinq à soixante minutes chacun avec les intervenantes et les jeunes (voir Annexe B pour les grilles d'entretiens). Les données recueillies à partir de ces entretiens auprès de ces deux groupes nous fournissent un croisement de points de vue sur la vulnérabilité sexuelle des jeunes. Nous avons privilégié les entretiens semi-dirigés pour cette recherche en raison de leur très grande souplesse; ceux-ci nous permettent d'aborder des thèmes de recherche basés sur des recherches antérieures. Ils accordent aux répondants la liberté d'ajouter d'autres éléments sur la santé sexuelle ou sur les stratégies d'intervention qu'ils jugent pertinents (Bloor & Wood 2006; Weiss 1994). De plus cette flexibilité permet au chercheur de proposer des *relances* si un répondant est peu expressif ou pour approfondir certains concepts inattendus abordés par les répondants lors de l'entretien (Roulston 2008).

4.7.5. Intervenantes

Les entretiens avec les intervenantes, dans leurs bureaux ou en salle de consultation, ont eu lieu de février à avril 2015. Ceux-ci ont été enregistrés et subséquemment retranscrits. Ils se sont tous déroulés durant les heures de travail des intervenantes, qui ayant reçu l'autorisation de leur supérieur immédiat, n'ont pas été pénalisées au niveau de la rémunération pour leur participation à notre recherche. Les intervenantes ont eu à lire et à signer le formulaire de consentement approuvé par le comité d'éthique, indiquant qu'elles avaient compris les modalités de l'entretien et les implications de leur participation à notre recherche. Nous étions également signataires du formulaire pour rassurer leurs intervenantes quant à leur anonymat et la confidentialité sur le contenu des entretiens que nous allions avoir.

Avec ces entretiens auprès des intervenantes, nous cherchions à comprendre ce que leur intervention en clinique jeunesse ou leurs stratégies d'intervention nous enseignent sur la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes. Ayant un mandat spécialisé en santé sexuelle de la jeunesse, les intervenantes doivent repérer les jeunes qui sont vulnérables sexuellement et plus globalement cerner les facteurs de risque qui influencent la santé sexuelle des jeunes. Parce qu'elles élaborent des pratiques de ciblage, chacune selon son domaine de spécialisation et dans le cadre spécifique d'une clinique de santé sexuelle, les intervenantes en milieu clinique jeunesse sont très bien placées pour comprendre les déterminants sociaux qui sont à la base de problèmes sexuels chez les jeunes et expliquent la vulnérabilité sexuelle.

Nous avons élaboré des questions par rapport au travail d'intervention, sur la cueillette d'informations auprès des jeunes, sur le travail en équipe au sein de la clinique et sur les modalités d'intervention habituelles auprès des jeunes. Les guides d'entretiens ont été légèrement modifiés selon la spécialisation des intervenantes. Par exemple, lorsqu'il était question de la délégation de tâches d'intervention, c'est-à-dire de référer un jeune à une autre intervenante de la clinique, la question se rapportant à cette responsabilité a été modifiée dans le cas de la sexologue et de la travailleuse sociale dans la mesure où les jeunes que celles-ci reçoivent en consultation leur sont envoyés habituellement par des médecins et/ou des infirmières. Recevant des jeunes pour qui la cueillette et l'analyse de l'information de base ont déjà été effectuées, l'intervenante spécialisée en sexologie et la travailleuse sociale ont un contact avec les patients qui est forcément différent de celui des autres intervenantes qui établissent les premiers contacts.

4.7.6. Jeunes

Les entretiens avec les jeunes ont eu lieu au cours de l'été 2015, à partir du mois de juin se terminant à la mi-juillet, après les entretiens avec les intervenantes. Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits. Aucune forme de compensation n'a été offerte pour leur participation. Comme ce fut le cas pour les entretiens avec les intervenantes, les jeunes avaient à lire et à signer un formulaire de consentement, indiquant qu'ils avaient compris les modalités de l'entretien et ce qu'impliquait leur participation à notre projet de recherche. Nous avons

également signé le formulaire pour rassurer les jeunes sur les questions touchant l'anonymat et la confidentialité suite à l'entretien.

Lors de ces entretiens, nous cherchions à comprendre selon leurs vécus en tant que jeunes ayant une vie sexuelle, les déterminants d'ordre social qui mènent à la vulnérabilité sexuelle. Nous leur avons posé des questions sur leurs parcours sexuels, soit leurs connaissances en matière sexuelle, leur représentation de la sexualité, leurs sources d'information sur la sexualité et leurs modèles sexuels. De plus, nous voulions avoir des informations sur leurs expériences à la clinique jeunesse, savoir comment la clinique les avait aidés (et les aide toujours) et s'ils avaient des recommandations à faire à la clinique.

4.8. Logiciel d'analyses

Pour l'organisation, la gestion et la classification de nos données, nous nous sommes inspirées de l'approche de la théorisation ancrée qui permet au chercheur de faire des allers-retours entre les données recueillies, le terrain de recherche et la théorie/littérature établie. De plus, avec le processus de codage - ouvert, axial et spécifique - supporté par le logiciel MaxQDA, nous avons regroupé nos données en thèmes selon les catégories et les divisions les plus englobantes.

4.9. Remarques sur la démarche méthodologique

En terminant, nous offrons quelques remarques sur la méthodologie employée pour cette recherche. Nous croyons que certaines de ses composantes seront utiles pour des recherches subséquentes dans ce domaine. Tout d'abord, soulignons le questionnaire que nous destinions aux jeunes dans le but de les inviter à parler de sujets délicats et intimes à une étrangère qu'ils venaient tout juste de rencontrer. La progression des questions, allant des plus simples et anodines aux plus difficiles et personnelles, a facilité l'établissement de liens de confiance avec les jeunes. Le questionnaire ménageait plusieurs ouvertures où les jeunes pouvaient s'exprimer librement et aisément, et tout cela dans un espace de temps assez réduit, soit d'environ 45 minutes (suivant les conseils de Jacob & Ferguson (2012)). Nous pensons notamment à des situations en particulier où des jeunes nous ont rencontrées à notre bureau, nous disant qu'ils étaient intéressés à participer à l'étude et à un entretien, bien qu'ils soient

gênés de parler de santé sexuelle. Or au fur et à mesure que se déroulait le questionnaire, c'était fascinant d'observer une sorte d'éclosion chez ces jeunes ; certaines jeunes par exemple, qui étaient gênées au début et refusaient d'aborder certains sujets, nous confiaient tout à coup avoir eu une ITS ou subi un avortement.

Ensuite, l'approche d'échantillonnage de la théorisation ancrée, notamment celui du *theoretical sampling*, nous a donné beaucoup de latitude devant les données émergentes, c'est-à-dire celles que nous n'avions pas prévues. À titre d'exemple ni l'entretien avec la réceptionniste de la clinique, ni celui avec la jeune travailleuse du sexe, ne faisaient partie des éléments de recherche sur le terrain. Or dès les premiers entretiens avec les intervenantes et les jeunes, il est devenu évident que ces entretiens non planifiés s'imposaient. L'intérêt d'un entretien avec la réceptionniste est venu suite aux trois premiers entretiens avec les intervenantes à la clinique qui ont insisté sur le rôle clé de la réceptionniste dans le fonctionnement de la clinique, indiquant que celle-ci faisait une forme de pré-intervention auprès des jeunes, voire une sorte de triage à la réception. Nous avons donc proposé un entretien à la réceptionniste, ce qu'elle a accepté immédiatement. Cet entretien a mis en lumière certains aspects inattendus du travail d'équipe à la clinique, notamment la question de la logique de priorisation des cas vulnérables selon l'âge des jeunes. En ce qui touche à la jeune travailleuse du sexe, c'est encore une fois après des échanges avec les intervenantes qu'il nous est apparu important de parler avec quelqu'un travaillant dans ce domaine pour comprendre certains facteurs de risque propres aux femmes, notamment la profondeur des scripts sexuels (voir le chapitre cinq). Pour ces deux entretiens imprévus, nous avons dû modifier les guides d'entretiens afin de nous assurer que les questions étaient appropriées, ce qui a nécessité une nouvelle recherche avant chaque entretien. Ces entretiens ont fait ressortir des thèmes intéressants, qui nous ont poussés vers d'autres pistes théoriques, notamment les théories portant sur les modèles de soins intégrés et sur la construction sociale du genre féminin et du script sexuel féminin.

De plus, notons que les éléments de la sociologie clinique nous ont grandement aidés pour assurer des liens de confiance entre tous les acteurs impliqués, ce qui a grandement facilité la collecte de données. À cet effet, nous avons eu la chance d'assister à plusieurs réunions

d'équipe de la clinique jeunesse, ce qui nous a amplement permis de présenter notre projet de recherche et d'en établir les paramètres. Nous avons pu faire part au personnel de la clinique des méthodes de recherche que nous comptions utiliser durant le travail sur le terrain ; en retour nous avons reçu une multitude de conseils. Par exemple, concernant notre intention de faire des observations non participantes en salle de consultation, les intervenantes nous ont proposé d'y être avant l'arrivée du jeune pour faciliter le contact, et d'assister à la consultation. Par ailleurs les mises à jour constantes du projet de recherche lors des réunions d'équipe pendant l'hiver 2015 ont favorisé et facilité l'ajustement des pistes de recherche, notamment en ce qui touchait au recrutement des jeunes. Les deux exemples que nous venons de mentionner représentent bien l'implication de tous les acteurs de la recherche à chaque étape de l'étude ; nous avons valorisé leurs interventions et leurs suggestions, ce qui nous a permis d'éviter une hiérarchisation des savoirs.

Finalement, l'exercice de faire des *retours* aux intervenantes à la suite des entretiens et des observations que nous avons faites en salle de consultation, dans le but de partager avec elles nos impressions de leur pratique, a été très bénéfique. Cela a permis, d'une part, de favoriser la tenue de discussions plus approfondies au sujet de leurs pratiques, de l'autre, de bâtir des liens de confiance entre nous et les intervenantes. Les entretiens avec les jeunes se sont déroulés de façon semblable ; des explications transparentes et des retours concrets sous forme de discussions informelles suite aux entretiens ont eu lieu avec les jeunes, ce qui a permis de consolider les liens de confiance entre nous et les jeunes. En somme, nous croyons que, pour avoir grandement facilité et normalisé la recherche sur le terrain, l'incorporation des aspects clés de la sociologie clinique dans notre démarche de recherche qualitative et dans ses cadres connexes en général a favorisé une collecte de données plus juste et représentative.

4.10. Conclusion

Dans ce chapitre méthodologique, nous avons présenté des justifications pour une approche qualitative dans le domaine des déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes. L'approche méthodologique de la théorisation ancrée, des éléments de la sociologie clinique ainsi que nos méthodes ont été présentés. De plus, le terrain de recherche d'une clinique jeunesse et nos échantillons de répondants ont aussi été présentés. Dans le chapitre

qui suit, nous présentons les résultats sur les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle qui ont émergé en employant cette démarche méthodologique de recherche.

Chapitre 5 - Perspectives croisées : Les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes de 18 à 25 ans

« Avoir une santé sexuelle c'est comme avoir une santé globale; c'est d'avoir cette partie de ta vie plus agréable et saine. Pour s'en assurer, il y a souvent des enjeux à régler ailleurs et il y a des répercussions à plein de niveaux aussi plus tard [si on ne s'en occupe pas] » (Ghyslaine, infirmière).

« [En milieu de clinique jeunesse] on s'intéresse de manière posée à savoir qui est la jeune, ce qu'elle ressent, quel genre de problème elle présente et de proposer des solutions au long terme » (Micheline, médecin de famille).

5.1. Introduction

Dans le présent chapitre, nous présentons les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes de 18 à 25 ans tels qu'ils se sont dégagés dans les entretiens avec les intervenantes et les jeunes ainsi que des observations non participantes dans divers lieux de la clinique. Chacun des participants a défini les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle selon son propre vécu, sa position sociale et son expérience particulière à la clinique jeunesse. Il est intéressant de noter que même si les propos de chaque groupe sont distincts les uns des autres, il y a complémentarité entre eux sur la question des déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle ce qui offre une image plus complète de ces derniers. D'entrée de jeu, nous signalons que les déterminants relevés et analysés sont les suivants : le niveau de connaissances des jeunes en matière de santé sexuelle, les scripts sexuels, la période de la jeunesse lors du parcours sexuel et les caractéristiques du quartier du centre-ville de Montréal. Un exercice d'analyse au prisme des trois cadres d'analyse des déterminants sociaux de la santé, présentés au chapitre un, se retrouve dans chaque présentation de déterminants pour mieux comprendre comment ils influencent la vulnérabilité sexuelle.

5.2. Le niveau de connaissances des jeunes en matière de santé sexuelle

5.2.1. Pour une prise en charge de sa santé sexuelle

Tout d'abord, le niveau de connaissances des jeunes en matière de santé sexuelle a été relevé comme un déterminant de la vulnérabilité sexuelle par les intervenantes et les jeunes de manière unanime. Quand ces derniers parlaient de connaissances - en évoquant aussi des termes comme « informations », « éducation sexuelle », « outils » -, ils faisaient référence aux connaissances sur les types d'ITSS et les moyens de transmission, les formes de contraception et l'importance de la communication et du respect en rapports d'intimité. Aux yeux des intervenantes, par exemple, ces formes de connaissances sont parmi plus importants déterminants parce qu'elles constituent une source d'outils permettant aux jeunes de « prendre leur santé sexuelle en main » (Micheline, médecin de famille) et surtout pour assurer un début sain à l'entrée de leur vie sexuelle. Linda, la travailleuse sociale, propose que ces connaissances représentent des « informations de base ». Elle ajoute : « *Par exemple, comment faire pour que ça ne fasse pas mal pour les filles, c'est-à-dire autant les informations de base comme la lubrification chez les filles que de la communication de couple* » (Linda, travailleuse sociale). Ces informations seraient essentielles pour assurer un bon début dans leur vie sexuelle et des rapports sains, tant au plan somatique et physique, qu'au plan psycho-social, ce qui rejoint la définition de la santé sexuelle promue par l'OMS, telle que vue au chapitre deux.

La perspective des jeunes sur l'importance des connaissances en matière de santé sexuelle vient étoffer celle des intervenantes. Par exemple, certains ont rapporté l'importance d'une sensibilisation par rapport à la communication, la transmission des ITSS, le respect dans le couple, la diversité sexuelle et le partage de responsabilités dans les rapports d'intimité. Les remarques que faisaient les jeunes sur l'importance de certaines connaissances faisaient écho à leurs propres vécus. Illustrons quelques-uns de ces exemples.

Caroline, une jeune âgée de 19 ans, parlait surtout du manque considérable de sensibilisation par rapport à la diversité sexuelle, c'est-à-dire les diverses orientations et les pratiques sexuelles, dans les milieux scolaires en raison de la pérennité du discours hétéro-normatif. Cette importance chez Caroline s'explique surtout par le fait que depuis l'élémentaire, elle a

suivi les réalités difficiles de son ami transgenre durant l'enfance et l'adolescence : « *au primaire c'était mon amie Charlotte et maintenant c'est mon ami Alex* ». Elle explique que c'était difficile pour Alex à cette époque d'avoir des amis et un entourage qui étaient sensibilisés à ses besoins, au point où il a quitté leur école au secondaire. Pour Caroline, une sensibilisation à ces réalités dès un jeune âge dans les milieux scolaires est très importante pour l'ensemble des jeunes.

« Je m'en rappelle j'avais un cours là-dessus [la santé sexuelle] au primaire et j'ai réalisé plus tard que ça m'a dérangé : il n'y avait pas de questions sur la bisexualité et l'homosexualité. C'était petit gars petite fille et si ce n'est pas ça, tu n'as pas rapport. Donc ça c'est quelque chose qui devrait être intégré parce qu'il y a sûrement des moments de torture pour certains jeunes qui passent par tout ce questionnement. Quelle est mon orientation sexuelle ? Donc la diversité sexuelle devrait être mieux intégrée dans l'apprentissage des jeunes » (Caroline, 19 ans).

Nous pouvons aussi prendre l'exemple d'Amina, également âgée de 19 ans, qui parlait plutôt d'un manque de connaissances et d'apprentissage au niveau de la communication, du respect de l'autre et des aspects émotifs de la vie sexuelle. Ce constat peut aussi être expliqué par son propre vécu. En raison d'avoir été victime de violence conjugale, surtout psychologique de la part de son ancien copain très contrôlant, elle partage qu'elle aurait voulu être sensibilisée aux aspects émotifs de la vie sexuelle dès un plus jeune âge. « *Il faudrait qu'il y ait plus de prévention sur la violence conjugale parce que ça arrive à du monde plus jeune que moi. Tu sais à cet âge-là on croit que c'est de l'amour [le contrôle du partenaire], mais on ne sait pas c'est quoi la différence* » (Amina, 19 ans).

5.2.2. Explications des lacunes de connaissances

Prenant ces perspectives ensemble, nous pouvons constater que les intervenantes et les jeunes proposent que ces informations sont très importantes pour assurer une bonne santé sexuelle, et que sans ces informations, la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes augmenterait. « *Je dirais vraiment qu'il me semble que les jeunes les plus vulnérables sont ceux qui n'ont pas d'informations. Pour moi il faut qu'ils aient un minimum pour qu'ils soient équipés* (Linda,

travailleuse sociale). Ce qui est décevant est qu'effectivement, les intervenantes observent « *un réel manque de connaissances chez les jeunes* » (Linda, travailleuse sociale)). La question se formule à savoir *pourquoi* les jeunes auraient des lacunes de connaissances ainsi que des méconnaissances ? Quelles sont les sources de leurs informations qui expliquent la qualité et la quantité de leurs connaissances en matière de santé sexuelle?

Tout d'abord, les intervenantes proposent pour leur part que les coupures des cours de Formation personnelle et sociale (FPS) dans les secondaires du Québec depuis 2005 expliquent grandement les manques de connaissances observés chez les jeunes. Dans ces cours on abordait dès le début du secondaire des éléments de la sexualité et de la santé sexuelle, surtout sur les types d'ITSS et les moyens de prévention de leur transmission. Les cours de FPS ont été abolis dans le cadre des réformes scolaires au début des années 2000 pour mettre plus l'accent sur des « cours de base » comme le français et les mathématiques (Dion-Viens 2010 ; Paradis 2015). Bien que ces cours n'étaient pas très approfondis et souvent contestés par plusieurs parents, les étaient malgré tout exposés à un certain bagage d'informations un milieu soi-disant objectif et neutre. Pour les intervenantes, l'école comme milieu d'apprentissage de la sexualité représentait une bonne source pour recevoir certaines informations et connaissances.

Le contexte scolaire a aussi été illustré comme un lieu propice pour l'acquisition de connaissances, selon les jeunes, mais de manière nuancée. Par exemple, Caroline (19 ans) a partagé qu'à l'école, elle a reçu une éducation sexuelle assez complète, mais seulement à partir du secondaire, ce qui s'explique selon elle par le fait qu'elle soit allée dans une école privée où des cours sur la sexualité et la santé sexuelle étaient plus approfondies (sauf en ce qui touchait à la diversité sexuelle, comme elle nous le souligne plus haut dans ses propos). D'autres, comme Justine (23 ans) et Amina (19 ans), ont plutôt dit que le milieu scolaire n'a pas été un lieu propice d'apprentissage puisque les enseignants et les jeunes étaient mal à l'aise quand ils en discutaient, faisant en sorte que les informations étaient mal diffusées par les enseignants et mal reçues par les jeunes. Les jeunes illustrent davantage sur le milieu scolaire en ajoutant que bien qu'il y ait eu des services infirmiers, à savoir une infirmière sur les lieux capable de répondre à leurs questions par rapport à la santé sexuelle ou bien de faire des interventions en

salle de cours sur des pratiques sexuelles saines, les jeunes ont rapporté ne pas avoir fait recours à ces services, soit en raison de la « gêne » d'aller chercher ces soins dans le milieu scolaire où se trouvaient également les amis et les pairs (Amina, 19 ans), soit en raison d'un « désintérêt » envers la promotion de la santé sexuelle attribuable à cet âge, c'est-à-dire entre 15 et 17 ans (Martine, 23 ans).

Les jeunes ont aussi parlé du contexte familial comme source d'informations, mais encore d'une manière nuancée. Nous pouvons prendre l'exemple de Martine (23 ans) qui a partagé que dans son milieu familial, la santé sexuelle et la sexualité n'ont jamais vraiment été abordées en raison d'une grande gêne de la part de tous les membres de sa famille à cet égard. *« On est vraiment gêné par rapport à la sexualité à la maison. Dans le fond, je n'ai jamais eu cette relation avec mes parents de pouvoir en parler »* (Martine, 23 ans). Amina (19 ans) ajoute aussi que le milieu familial n'a jamais été un lieu propice aux discussions à ce sujet en raison de rapports difficiles de communication avec sa mère. D'autres jeunes, comme Justine (23 ans) et Léonie (18 ans) ont plutôt dit que le contexte familial était seulement utile pour des informations sur la santé reproductive féminine, comme en ce qui touche aux menstruations (Justine) et aux types de traitements pour des infections vaginales (Léonie).

Pour d'autres, comme Léa (22 ans) et Caroline (19 ans), le milieu familial de ces jeunes était très ouvert envers la sexualité ce qui leur a aidé à avoir une gamme de connaissances. *« À la maison, je n'ai jamais été gênée d'en parler [de santé sexuelle]. C'est même ma mère qui m'a acheté ma première boîte de condoms quand j'ai eu mon premier chum! »* (Caroline, 19 ans). Léa, notre répondante qui était travailleuse du sexe, a même proposé que c'est en raison des bonnes valeurs et de l'apprentissage reçus à la maison qu'elle n'est pas « écorchée » et « psychologiquement affectée et affaiblie » par le milieu du travail du sexe, comme le seraient la grande majorité des jeunes filles dans ce domaine. À ce sujet, il est important de noter que Léa a partagé que la majorité des travailleuses du sexe ont beaucoup de difficultés dans le milieu pour avoir un certain contrôle dans les rapports avec leurs clients. Effectivement, on peut bien dire qu'être travailleuse du sexe dans ce sens est un facteur de vulnérabilité sexuelle en soi. Toutefois, dans le cas de Léa, elle aurait « une bonne tête sur les épaules » et ne serait

pas affectée par les difficultés qui marquent le milieu, ce qu'elle explique en raison de l'encadrement reçu à la maison.

« Je pense que c'est les valeurs et l'éducation de mes parents, et tout ce que mes parents m'ont donné quand j'étais petite. (...) J'ai toujours eu cette envie en moi de vouloir découvrir et tout en gardant les valeurs de mes parents, comme quoique c'est important d'aller à l'école, tu ne seras pas toujours belle et jeune toute ta vie, il va falloir que tu sois indépendante un jour, donc j'ai comme eu une base familiale solide de quand j'étais jeune qui m'a grandement influencée et qui m'aide aujourd'hui » (Léa, 22 ans).

Il est difficile de bien juger si le milieu familial est une source favorable ou défavorable d'informations et de connaissances. Toutefois, nous pouvons voir que les jeunes qui auraient eu un encadrement familial plus ouvert par rapport à la santé sexuelle et la sexualité à la maison ont eu plus d'informations et de connaissances en matière de santé sexuelle ainsi que moins de problèmes sexuels lors de l'adolescence et la jeunesse; alors que ceux qui auraient eu moins d'encadrement familial ont subi plus de malchances au niveau de leur santé sexuelle. À titre d'exemple, Amina (19 ans) et Martine (23 ans), deux jeunes qui ont évoqué ne pas avoir eu un espace ouvert par rapport à la santé sexuelle dans le milieu familial, ont toutes deux vécu des avortements en raison de grossesses imprévues. Ceci rejoint la littérature sur la santé sexuelle des jeunes et le capital social du milieu familial, qui offre une source informelle d'informations et de soutien aux jeunes, telles que vu au chapitre deux.

Les intervenantes ont aussi ajouté sur la possibilité du milieu familial à être un espace favorable pour des connaissances en matière de santé sexuelle. Pour les intervenantes, un milieu familial qui est ouvert par rapport à la santé sexuelle et la sexualité représente une source d'informations, un espace pour poser des questions et « dire sa différence » (Linda, travailleuse sociale) pour bâtir une estime de soi dans les rapports d'intimité. Sans cette ouverture, il y aurait une possibilité de vulnérabilité sexuelle chez les jeunes, puisqu'une transmission d'informations de base et le développement de l'estime de soi ne sont pas possibles. *« Peut-être par rapport aux parents il y aurait moins d'ouverture. Donc la santé sexuelle et l'intimité seront être plus cachés, plus tabous » (Ghyslaine, infirmière).* Une autre

intervenante rajoute, sur la question de l'estime de soi : « *Si tu n'as pas un espace où tu peux dire ta différence, où tu peux t'opposer, avoir confiance en soi et avoir confiance en soi en relations sociales, c'est plus difficile dans d'autres relations. Tu peux être compétent dans plein de choses, mais sur le plan relationnel, un jeune aurait peu d'habiletés, donc je pense que l'expérience familiale est déterminante pour dire ce que tu veux dire, pour t'autoriser à vivre ce que tu veux vivre* » (Linda, travailleuse sociale).

5.2.3. Les impacts des lacunes de connaissances

Quels sont les effets de ces lacunes de connaissances ? Comment influencent-elles la vulnérabilité sexuelle ? Nous pouvons prendre les propos de Micheline (médecin de famille) qui illustrent ces effets en parlant du manque de connaissances observé chez les jeunes qui a suivi les coupures des cours de FPS dans les écoles. Elle parle de l'effet « désastreux » de ces coupures sur la santé sexuelle des jeunes qui la rendent très inquiète : « *On a vu sur un nombre d'années l'effet désastreux du retrait des cours de FPS dans les écoles. On a vu l'impact, nous [en clinique jeunesse]. C'est sûr que c'est eux [les jeunes qui n'ont pas profité des cours de FPS] qui sont les plus à risque* ». Effectivement, sur la question de « l'impact » de ces coupures, les différences sont surtout observées dans les connaissances des jeunes sur les parties du corps et les moyens de transmission et de protection contre les ITSS : « *les jeunes ne savent même plus les mots, les filles ne savent plus les ITSS, ni les parties du corps* » (Micheline, médecin de famille). Certaines associent même l'instauration de nouveaux programmes éducatifs en santé sexuelle dans les écoles en Ontario et au Québec, tels que présenté au chapitre deux, pour répondre à ces lacunes de connaissances.

Pour illustrer davantage ce manque au niveau des connaissances des jeunes, les intervenantes ajoutent que dans leurs consultations avec les jeunes les « *questions [des jeunes] ont régressé* » (Maryse, sexologue), en signalant qu'il y a un manque de vocabulaire pour même formuler leurs besoins et un réel manque de fond dans leurs questions. « *À un moment donné, leurs questions avaient commencé à régresser. Et les jeunes ne savaient pas le nombre de trous, ou comment jouir. (...) Donc j'avais l'impression de reculer dans le temps. Tu sais, on était rendu là, [avec l'acquisition de cours de santé sexuelle dans les écoles] et ensuite on a reculé dans l'offre d'informations* » (Maryse, sexologue).

Pour soutenir les propos de cette intervenante, nous pouvons ajouter les constats de France Duquet, sexologue de l'Université du Québec à Montréal, qui analyse certaines questions de jeunes de 11 et 12 ans avant et après les coupures de cours de FPS dans le cadre de ses recherches qualitatives. Des exemples de questions posées avant les coupures sont les suivants : les garçons ont-ils une virginité ? ou bien, comment sait-on qu'on est prêt à faire l'amour ? qui selon elle ont une « curiosité légitime » ; des exemples de questions après les coupures sont les suivantes : faut-il éjaculer dans la face des filles ? ou bien est-ce qu'on doit faire les trois trous la première fois ? (Dubé 2014). Ces questions ont tant « régressé » qu'une infirmière partage qu'en entendant des questions semblables en consultation avec les jeunes, elle se dit qu'elle est « *soulagée et contente que les jeunes soient passés par la clinique* » pour recevoir les bonnes informations (Ghyslaine, infirmière).

Suite aux coupures de programmes dans les milieux scolaires, les intervenantes constatent que les jeunes se retrouvent maintenant avec de mauvaises sources d'informations, comme les sites pornographiques ou des plateformes en ligne avec de fausses informations ou avec des informations qui se contredisent. Dans le cas de la pornographie par exemple, ces modèles présentent des images dégradantes de la sexualité, du couple et de la femme, ainsi que des modèles qui ne tiennent aucunement compte des besoins de base pour la santé sexuelle. Ceci est aussi un élément qui explique la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes par rapport aux lacunes de connaissances, c'est-à-dire le développement de méconnaissances. Pour illustrer, la médecin de famille, Sandra, prend l'exemple des relations anales qui sont maintenant pratiquées beaucoup chez les jeunes. Ces pratiques seraient vues dans des films pornographiques et les jeunes se sentiraient comme s'ils doivent suivre ces modèles, puisqu'ils n'ont pas d'autres modèles de la sexualité et des rapports d'intimité autres que ceux retrouvés sur ces plateformes médiatiques.

« Tu sais quand les jeunes regardent de la « porno » et qu'ils ont ce modèle-là, ils pensent que c'est ça la sexualité normale. Il faut leur apprendre que non, ce n'est pas cela, ce n'est pas pareil, c'est deux choses différentes. Par exemple, les relations anales, il y'a plein de filles qui n'aiment pas ça et c'est très correct. Ce n'est pas parce que c'est pratiqué dans les films

pornographiques que c'est un mode sexuel de base qui devrait être suggéré » (Sandra, médecin de famille).

La sexologue a aussi souligné qu'elle voit que les jeunes sont très influencés par les images de la pornographie. Cette dernière, qui travaille avec les jeunes au niveau du plaisir et du désir sexuel, explique que serait l'influence de ces images qu'ils croient être « normales » qu'une insatisfaction envers la sexualité chez les jeunes est observable. Elle prend l'exemple d'une intervention de couple qu'elle a menée à ce sujet : « *La jeune fille pensait que c'était normal et lui aussi parce qu'ils avaient vus ses images dans les films pornographiques, donc ils croient que les rapports doivent durer très longtemps et que le gars doit éjaculer et la fille doit venir à chaque fois* » (Maryse, sexologue).

Les jeunes ont également parlé des effets de ces lacunes de connaissances. Ces manques font en sorte que les jeunes découvrent et vivent leur santé sexuelle et vivent une vie sexuelle par essai-et-erreur. Michel (23 ans) a souligné cette notion de manière explicite : « *sexual health is a learn-as-you-go experience, where you really don't know much* ». C'est au fond un apprentissage qui se fait par tâtonnements : faute d'information valable sur le sujet de la santé sexuelle, les jeunes doivent tout apprendre par l'expérience, très souvent en vivant des expériences sexuelles très difficiles, telles que celles observées dans les vécus de nos jeunes répondants. Par exemple, reprenant toujours les propos de Michel, ce dernier illustre la notion d'essai-et-erreur par son expérience d'avoir contracté la chlamydia à 18 ans :

« When I was 18 years old I caught chlamydia from my girlfriend who had just had sex with one guy before me and he had only had sex with one girl before her, so there were very little chances of it [transmission d'une ITSS] happening, but it did. And it's such a little thing, you can get rid of it really quickly, but it is still so scary! I remember that moment when she called me and said she had chlamydia and that she got it from her ex-boyfriend and that I probably had it too, I thought my life was over! (rires) And then I got the treatment and it was easy: take four pills and don't have sex for a week, that's it. So I think there is not enough education about sexual health and I guess my sources were not great so sexual health really learn-as-you-go » (Michel, 23 ans).

On peut retrouver cette notion d'essai-et-erreur dans les propos d'Amina. Cette dernière va même jusqu'à déclarer que sa véritable éducation au plan sexuel est issue de ses mésaventures sexuelles. L'histoire d'Amina qui a vécu de la violence conjugale, que nous avons présenté plus haut, se complique. En plus de la violence sexuelle qu'elle a vécue avec son ancien copain qui lui a blessé psychologiquement, elle a aussi contracté l'herpès et elle s'est fait avorter entre les âges de 16 et 19 ans. Elle propose qu'en raison d'avoir vécu autant de difficultés physiques et mentales, elle serait aujourd'hui capable de savoir comment mieux s'orienter pour une vie sexuelle saine. « *C'est parce que je l'ai vécu, que je suis venue ici à la clinique, que maintenant je suis à l'aise, plus connaissante, moins gênée de poser des questions, et aussi plus affirmée après avoir été blessée* » (Amina, 19 ans). Bien que dans les deux cas présentés, ces jeunes se disent maintenant plus informés sur les risques à la santé sexuelle et à l'aise et capable de prendre leur santé sexuelle en main, un poids pèse toujours chez ces derniers, c'est-à-dire que psychologiquement, et dans certains cas physiquement, ils sont marqués par ces tentatives par essai-et-erreur.

Nous pouvons ajouter que les relations intimes et sexuelles subséquentes avec autrui des jeunes sont aussi marquées. Nous pouvons voir les ravages de ces expériences dans le cas de Mélanie, une jeune âgée de 20 ans. Elle aussi fait référence aux notions d'essai-et-erreur, lorsqu'elle partage son expérience d'avoir contracté la chlamydia, tout comme Michel, dans un rapport non protégé avec un inconnu. Cette expérience l'a blessée, mais l'a surtout marquée.

« J'ai fait l'erreur une fois de coucher avec un gars que je venais de rencontrer, et j'ai eu la chlamydia, et là je me dis, si ce gars-là avait la chlamydia, il avait peut-être le VPH je ne sais pas! Maintenant, je suis très responsable et j'ai une bonne santé sexuelle, mais seulement après cette expérience, et on dirait que je m'en veux » (Mélanie, 20 ans).

Elle partage qu'aujourd'hui elle aurait un sentiment de vouloir constamment se protéger dans ses rapports sexuels. Ce désir si important de se protéger se voit dans sa relation actuelle où elle utilise encore des préservatifs avec son copain. « *On dirait que je n'ai pas encore appris*

ma leçon parce que le gars duquel j'ai eu la chlamydia avant mon copain, et au départ avec mon copain on ne s'est pas protégé donc il a eu la chlamydia de moi ». Elle est donc devenue plus responsable à l'endroit des formes de protection contre les ITSS depuis cette expérience. *« Si ça finit là avec mon copain actuel je ne vais plus jamais refaire ce que j'ai fait avec l'autre gars. Je vais attendre de connaître le gars, on ira pour des dépistages ensemble »* (Mélanie, 20 ans).

Dans ce sens, pour venir aider les jeunes, les intervenantes essaient de corriger les méconnaissances des jeunes et d'offrir des outils pour encourager un meilleur apprentissage. Ces formes d'apprentissage ont été mentionnées en entretiens et vues lors des observations en salle de consultation avec les jeunes. Par exemple, en connaissant les problématiques courantes de santé sexuelle des jeunes ou bien les lacunes constamment observées, certains médecins vont offrir des topos informatifs. Ceci représentait une technique d'apprentissage et de correction des méconnaissances de Marguerite (médecin de famille). Par exemple, lorsque nous tenions notre recherche à la clinique, Marguerite a mentionné une certaine hausse d'herpès génital chez ses jeunes patients ; dans ce sens, elle cherchait à offrir ces informations sur la contraction de l'herpès.

« Je termine chaque consultation avec un petit topo d'informations en lien avec le but de la consultation, comme la pilule du lendemain, ou l'oubli de la pilule contraceptive, ou de plaisirs et de douleurs lors des relations sexuelles, c'est comme des petits dadas. (...) Il y a aussi des indices qui vont me faire cliquer sur des jeunes et des problématiques pour me faire un topo du temps. Par exemple, si je vois deux filles dans la même semaine avec l'herpès génital et elles me disent que leurs copains avaient des feux sauvages, j'ai envie de prévenir dans les deux semaines d'après d'autres jeunes. (...) J'essaie toujours de faire un topo d'enseignement pour boucler la consultation avec le jeune » (Marguerite, médecin de famille).

De plus sachant que les jeunes sont branchés aux réseaux sociaux en ligne, Marguerite offre aux jeunes une gamme de ressources sur internet. Ceci vient aider les jeunes de manière efficace en leur donnant des pistes pour de bonnes sources d'informations qui est selon Marguerite est un moyen adapté à leurs réalités branchées aux réseaux internet.

« J'essaie de faire en sorte qu'ils repartent tous avec un papier avec des informations, pour savoir quoi faire quand il y a un oubli de prise de pilule. [Elle nous montre sa fiche de ressources en ligne] Par exemple, ici j'ai des ressources en ligne et des informations sur la santé sexuelle. Avec le jeune, on lit le papier ensemble puis en arrière de la feuille, il y a le site internet de Planning Rimouski que je trouve très accessible pour les jeunes. Souvent ils mettent le site web en « bookmark » [sauvegarder] dans leurs téléphones » (Marguerite, médecin de famille).

Un autre exemple de tentative de correction de méconnaissances des jeunes et d'apprentissage constant a été vu en salle de consultation avec la médecin de famille Micheline. Dans ce cas, elle expliquait la controverse qui entourait la pilule contraceptive, Yaz, puisque sa jeune patiente insistait sur le fait qu'elle voulait prendre cette pilule puisqu'elle l'avait toujours prise. Ici, nous observons la profondeur des explications de Micheline.

Micheline fait une intervention sur la pilule contraceptive, Yaz, pour s'assurer que la jeune comprenne la controverse entourant cette pilule. Micheline explique que des études ont été faites sur la prise de plusieurs pilules contraceptives et sur la coagulation du sang ; que celles-ci démontrent que les jeunes femmes prenant la pilule Yaz avaient un taux élevé de coagulation par rapport aux autres femmes prenant d'autres pilules ; et que cela augmentait le risque d'avoir un AVC ou d'autres complications graves. Micheline explique en revanche que l'échantillon retenu pour ces études n'était pas complètement valide puisque la majorité des participantes avaient des antécédents familiaux d'AVC. Micheline demande à la jeune s'il y a eu des AVC parmi les membres de sa famille. Micheline lui dit de l'aviser s'il y a des changements dans la famille de la jeune au niveau de la santé cardiaque. Micheline ajoute que toute pilule contraceptive multiplie par deux le risque de coagulation, mais que Yaz le fait peut-être un peu plus, jusqu'à quatre fois plus. Micheline dit à la jeune qu'elle aimerait que la jeune se sente bien d'en parler si jamais on la confronte à ce sujet, pour qu'elle soit à l'aise de défendre son choix de pilule contraceptive (Notes prises en salle de consultation avec Micheline (médecin de famille), le 11 mars 2015).

5.2.4. Lecture matérialiste

Nous voyons l'importance des connaissances en matière de santé sexuelle pour les jeunes. Ces connaissances représentent des outils pour que les jeunes puissent prendre leur santé sexuelle en main; sans ces outils essentiels de base, leur vulnérabilité sexuelle augmente. Nous voyons comment les contextes sociaux dans lesquels se trouvent les jeunes définissent les ressources et les informations auxquelles ces derniers auront droit. Par exemple, des contextes fermés, soit scolaires ou familiaux, à l'endroit de la santé sexuelle et de la sexualité, font en sorte qu'ils auront moins d'informations. Sur cette question d'ouverture par rapport à la sexualité et la santé sexuelle, nous pouvons ajouter la notion d'inégalités sociales de santé : les milieux plus ouverts auraient des retombées sexuelles positives, et des milieux fermés auraient des retombées sexuelles négatives. Les inégalités au fond se trouveraient dans le degré d'ouverture de certains contextes sociaux envers la santé sexuelle, ce qui peut avoir une incidence très importante sur la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes. Dans ce sens, une lecture matérialiste est envisageable puisqu'elle permet de comprendre comment les conditions sociales et le positionnement social des jeunes définissent la possibilité d'avoir accès à ces connaissances. Le degré de connaissances des jeunes est lié à l'accès aux informations dans un certain contexte. Nous pouvons donc établir des liens avec les propos de Link et Phelan (1995) sur les causes fondamentales et la notion de la position sociale dans un contexte social qui permet l'accès à ces ressources.

5.3. Scripts sexuels genrés

5.3.1. Sur quoi se basent les scripts sexuels

Un déterminant social de la vulnérabilité sexuelle qui est ressorti de manière unanime chez les jeunes était celui des scripts sexuels, c'est-à-dire les attentes et les normes attribuées à chaque genre dans les rapports sexuels. Nous nous inspirons ici de la typologie de Simon et Gagnon (1973) des scripts sexuels, présentée au chapitre deux. Le script sexuel qui a été le plus souligné lors des entretiens avec les jeunes était celui de la femme, ce qui peut être expliqué par le fait que la grande majorité de nos jeunes répondants étaient de jeunes femmes. Celles-ci estimaient que les femmes étaient plus vulnérables sexuellement que les hommes parce que le script sexuel féminin serait marqué par des caractéristiques de docilité et de soumission aux

désirs masculins, ainsi que par un faible pouvoir de négociation. Les propos de Caroline (19 ans) illustrent ces caractéristiques.

« Selon moi souvent la fille va avoir plus de difficultés à dire non. Elle va se sentir obligée de faire ce que l'homme veut faire. Puis elle va se fermer la gueule, puis elle hésite de dire ce qu'elle aimerait avoir ou faire parce que ce n'est pas toujours facile pour elle de mettre en avant ce qu'elle voudrait explorer. Il y a une partie de moi qui pense que la fille a peut-être un peu plus de pressions à se sentir comme si elle doit donner au gars, assurer que le gars ait du plaisir, comme par fellation ou autres choses » (Caroline, 19 ans).

Pour certaines, le script sexuel féminin définit la capacité *limitée* des jeunes femmes à exprimer ce qu'elles veulent et leur peu de volonté de refuser les choses qu'elles ne veulent pas faire en rapports sexuels. Cette capacité limitée de pouvoir de négociation augmente leur vulnérabilité sexuelle. Nous offrons quelques exemples du vécu des jeunes qui illustrent ces scripts sexuels féminins.

Prenons tout d'abord l'exemple de Léa. Léa est une jeune femme âgée de 22 ans qui est travailleuse du sexe, comme nous l'avons vu plus haut, depuis l'âge de 18 ans. Elle estime qu'elle gère bien sa vie sexuelle personnelle en parallèle avec sa vie sexuelle professionnelle de travailleuse du sexe. C'est justement en observant ces « deux vies sexuelles », professionnelle et personnelle, que nous avons observé une illustration de scripts sexuels genrés. Alors que Léa se voit très détachée de sa vie sexuelle professionnelle, elle se voit très investie dans ses rapports sexuels personnels : il était possible de voir comment dans le travail de Léa, les rapports sexuels ne représentent qu'une source d'argent et de pouvoir. *« Pour moi, [le travail du sexe] c'est juste pour me faire de l'argent. Si je veux en faire ailleurs [sans avoir à faire des choses avec des clients qu'elle ne veut pas faire], je me trouve un moyen pour avoir une autre clientèle sans me mettre à risque. (...) Je n'ai pas d'attachement au client. Je fais ce travail au bénéfice de ce que je vais en retirer, et là, c'est de l'argent »* (Léa, 22 ans). Contrairement à ses rapports professionnels, dans ses rapports sexuels personnels, elle semblait vouloir répondre aux désirs de son copain et se soucier de tous les aspects émotifs de ses rapports avec lui. Dans ce sens, nous observons dans ses propos des indices des scripts

sexuels genrés. « *Dans ma vie privée, je me sens plus à risque parce qu'avec mon copain on n'utilise pas de protection, et il étudie à l'étranger donc il est parti quasiment 5 mois de l'année, donc je ne sais pas ce qu'il fait pendant qu'il est là-bas. C'est clair qu'on fait des dépistages quand il revient, mais on a des relations à part [à l'extérieur de leur couple] et ça fait en sorte que j'ai des doutes sur notre vie de couple très souvent* ». La différence dans les descriptions de ses deux vies sexuelles, professionnelle et personnelle, était évidente. Même le ton de voix de Léa avait changé; de très joyeux avec beaucoup de rires lorsqu'elle parlait de sa vie sexuelle professionnelle, à très sobre quand elle évoquait sa vie sexuelle personnelle.

Un autre exemple de scripts sexuels a été illustré par Caroline (19 ans) lorsqu'elle parlait encore de son ami Alex qui est transgenre. Ce dernier aurait partagé avec Caroline qu'il voit son rôle sexuel maintenant changé : dans un rôle féminin auparavant, il avait l'impression « de donner » alors que dans un rôle masculin il a l'impression « de recevoir ». Nous pouvons également ajouter les propos d'Amina (19 ans) qui explique qu'elle acceptait la violence psychologique de son ancien copain en raison d'une intériorisation de ces normes genrées de soumission. Elle nous l'illustre ainsi : « *Avant que je quitte cette relation, mes amies me disaient que mon ancien copain abusait de moi, qu'il ne me traitait pas bien, mais je ne les croyais pas et surtout je ne le voyais pas. (...) Mais quand il y a eu plus d'épisodes de violence, c'est là que je me suis dit que ce n'est pas correct et pas normal. Par exemple, il disait un jour qu'il voulait me voir, et l'autre qu'il ne voulait pas voir ma face. Ce qu'il avait c'était du vrai contrôle sur moi et je ne le voyais pas* » (Amina, 19 ans).

Les jeunes ont aussi partagé qu'ils voient la manifestation de normes genrées au niveau de la responsabilité de la contraception, qui serait une responsabilité féminine. Même notre répondant masculin, qui percevait la question des scripts sexuels et des responsabilités genrées de manière assez critique (surtout en raison du fait d'avoir vécu son enfance et son adolescence avec 14 sœurs, un contexte familial qui sera expliqué plus loin), il était toutefois d'accord sur le fait que la contraception est une responsabilité réservée aux femmes.

« *I think that contraception is a woman's responsibility. I mean, I am a guy, fine, but I understand how the pill works, yet I think it's a woman's responsibility because that is just*

how contraception works. But I mean, I wish there were ways where men could take a pill, and I think that if the world was a safer place for women, but it is not, so I think that women need to be responsible for that » (Michel, 23 ans).

Amina (19 ans) a partagé qu'elle ressentait ces responsabilités genrées de la contraception dans ses rapports sexuels aussi. *« Je crois qu'il devrait avoir un partage de responsabilités, surtout du rappel de la contraception. Tu sais dans mon cas, c'est toujours moi qui y pense. Même si je dis à mon copain que je ne suis pas protégée, il ne va pas faire de démarches pour aller chercher des condoms. Il n'ira pas par lui-même, il faut vraiment que je le lui dise. Alors il faudrait que les gars s'y mettent aussi. Tu sais y'a beaucoup de gars qui mettent des filles enceintes et qui fuient. C'est le partage au fond qui est important. Et je crois que les gars, ils devraient plus y penser, ils devraient se soucier plus de ça, et ils devraient penser plus à l'autre. C'est injuste ! D'accord, il a son plaisir, mais si la femme tombe enceinte, quoi ensuite ? » (Amina 19 ans).*

Un dernier exemple de l'illustration de ces scripts sexuels se retrouve dans les propos de Mélanie (22 ans). Elle prend l'exemple de son expérience d'avoir contracté la chlamydia en raison d'un rapport sexuel non protégé avec un garçon qu'elle venait tout juste de rencontrer dans une soirée. Elle explique que son partenaire ne lui avait « pas tordu le bras » pour ne pas utiliser un préservatif, mais plutôt qu'elle avait accepté sa proposition immédiatement puisqu'elle voulait assurer son plaisir.

« Si je prends l'exemple de ce qui s'est passé avec le gars que je ne connaissais pas et pourquoi on n'a pas pris de condom, et la chlamydia que j'ai eue après ce rapport, il disait qu'il ne voulait pas utiliser un condom parce qu'il disait qu'il ne serait pas capable d'avoir une érection. Dans cette de situation, on [les femmes] se dit, « oh pauvre lui, il ne peut pas avoir du plaisir s'il le porte », donc tu as comme une pression de te dire, « OK, je veux qu'il aime ça ». Mais ce n'est pas tant l'attitude du gars qui nous pousse, c'est à l'intérieur de nous, parce que tu sais, il ne m'a pas tordu le bras pour que je dise oui. Il n'a même pas insisté ! C'est peut-être même moi qui ai proposé sur le coup, donc on dirait qu'à l'intérieur de nous on sent une pression de plaire » (Mélanie, 20 ans).

L'intériorisation de normes genrées est explicite ici. Il semble que les scripts sexuels soient intériorisés comme le suggèrent Butler (2005), et Simon et Gagnon (1973). Ce déterminant nous permet de voir comment les normes genrées touchent les jeunes de 18 à 25 ans dans leurs rapports d'intimité. Ces rapports seraient marqués par des scripts sexuels qui influencent le degré de pouvoir de négociation des jeunes femmes et leur épanouissement sexuel.

5.3.2. Quelles sont les sources des scripts sexuels

Ces scripts sexuels voient leurs sources dans les normes sociales, par exemple, les mœurs hétéro-normatifs, où « c'est petit gars-petite fille » (Caroline, 19 ans), comme nous l'avons vu plus haut dans les milieux scolaires. Léa (22 ans) rajoute que genre féminin est marqué par des contraintes et des exigences qui rendent l'épanouissement des jeunes femmes difficile à atteindre. Selon elle, il y aurait beaucoup plus d'exigences pour les femmes que pour les hommes, ce qui expliquerait la pression que ressentent les jeunes femmes à plaire à leurs partenaires masculins, et rendrait la prise de conscience de ses propres désirs difficile à envisager.

« La femme est plus vulnérable, parce que dans nos valeurs occidentales, la femme doit avoir une certaine pudeur: elle ne doit pas avoir une liberté de son corps, elle doit se couvrir, elle doit être attirante, mais pas trop sexy, elle doit avoir un certain savoir-vivre dans sa façon de s'habiller. En même temps, on lui dit qu'elle doit se maquiller, qu'elle doit être charmante, donc c'est certain qu'on va se perdre plus facilement. Le gars, il n'aura pas cette pression sociale de plaire de manière politiquement correcte. Pour les femmes, si ta robe est trop serrée, tu es une pute ; si tu mets trop de mascara, tu n'es pas naturelle, mais plutôt superficielle, mais si tu ne te maquilles pas, tu n'es pas soignée, alors c'est certain que les femmes vont se perdre, c'est trop clair. Il y a tellement plus d'exigences sur la femme que sur l'homme. Elle va se perdre plus facilement que lui, c'est trop clair ! » (Léa, 22 ans).

Pour certaines intervenantes, les sources de ces rôles genrés se trouvent dans le milieu familial. Par exemple, si les parents des jeunes se conforment à des rôles et à des rapports genrés inégalitaires dans le contexte familial, les jeunes seraient influencés par ces images en

raison de la socialisation proximale qui se déroule dans le milieu familial. Dans ce sens, dans leurs interventions, surtout celles qui ont une formation en interventions psycho-sociales, les intervenantes vont tenter d'identifier des éléments du milieu familial des jeunes qui seraient teintés de rapports genrés inégalitaires.

« La vulnérabilité me semble être la représentation du couple des jeunes. Il y a des jeunes qui viennent de familles où vraiment il y a des rapports de domination, ce qui les rend particulièrement vulnérables. Si tu as eu des parents excessivement sévères, tu as vu tes parents dans des relations asymétriques, tu as vu ta mère abusée, il y a de fortes chances que tu te situes de la même façon, que tu n'arrives pas à dire ce que tu veux, ou ce que tu ne veux pas. Alors je pense que la représentation du couple, des relations hommes-femmes peuvent influencer tes propres rapports. (...) Ça va faire quelque chose sur les filles surtout. C'est comme si la première expérience de l'amour s'est empreinte de tout ça. » (Linda, travailleuse sociale).

Michel (23 ans) a aussi parlé du milieu familial comme étant une source importante pour lui, qui lui permettait d'être sensible et critique par rapport aux scripts sexuels féminins en tant que jeune homme. Pour ce dernier, ayant vécu avec 14 sœurs à travers de familles reconstituées, il a toujours été entouré de jeunes femmes; le respect des femmes était important dès un jeune âge pour lui. *« Most of my sisters are just little girls and I don't want them to get hurt. Once they do stuff and get convinced to do things by stupid guys eventually, I want them to know what they are getting into »* (Michel, 23 ans). L'idée qui se dégage est que le milieu familial représente une source des rôles genrés et un moyen de socialisation proximale des jeunes; en observant ces images genrées à un jeune âge, les jeunes sont influencés par ces images dans leurs propres vécus.

5.3.3. Lecture bio-psycho-sociale

Une lecture bio-psycho-sociale des scripts sexuels peut être envisagée aussi. Par exemple, en ce qui touche aux scripts sexuels féminins, voyant leur position soumise à celle des hommes dans des rapports sexuels, les jeunes femmes se sentent comme si elles doivent plaire à leurs partenaires masculins. On constate alors que ces scripts sexuels genrés sont définis par des

rapports inégalitaires de genres. À la lumière de ce que fait remarquer Léa (22 ans), on peut dire que les inégalités de genres se traduisent en inégalités dans des contextes sexuels. Ceci aurait un effet négatif sur leur estime de soi, leur épanouissement sexuel et sur leurs comportements sexuels qui seraient marqués par la prise de risque, comme l'acceptation de ne pas utiliser de préservatif lors des rapports sexuels. Ces actes qui leur sont « imposés » en raison d'une intériorisation des normes genrées augmentent leur vulnérabilité sexuelle à des ITSS, des grossesses imprévues et de la violence sexuelle. Au fond, elles auraient peu de contrôle et de pouvoir de négociation dans des contextes d'intimité.

5.4. La période de vie de la jeunesse lors du parcours sexuel

5.4.1. La jeunesse à l'entrée de la vie sexuelle

Les intervenantes voient la période de la jeunesse dans le parcours sexuel comme étant un déterminant de la vulnérabilité sexuelle en raison des caractéristiques qui définissent les jeunes à l'entrée et au cours de leur vie sexuelle.

Tout d'abord, selon les intervenantes, le fait d'être au début ou à l'entrée du parcours sexuel rend les jeunes vulnérables. « *C'est dans le début de son expérience. Ça rajoute un gros facteur de vulnérabilité selon moi* » (Marguerite, médecin de famille). Les intervenantes mettent l'accent sur l'entrée de la vie sexuelle puisqu'à leurs yeux, entamer une vie sexuelle requiert de l'autonomie, de la maturité, une capacité de réflexion, une prise de conscience qu'il est important de se préoccuper de sa santé sexuelle, une bonne estime de soi, des connaissances du système de santé en plus des connaissances sur la santé sexuelle en général. Cependant, les intervenantes ajoutent que ces compétences ne sont pas toujours acquises ou bien définies durant la jeunesse.

Pour les jeunes, la prise en charge de la santé sexuelle représente habituellement la première prise en charge sans leurs parents, souvent pour cacher cette partie très intime de leur vie de leurs parents. Marguerite illustre cette idée en disant que très souvent entamer une vie sexuelle représente la première expérience « sans la guidance de leurs parents », tant dans la prise de décision de s'engager dans des rapports sexuels ou une vie de couple, que dans l'entretien de

cette partie de sa santé. Dans ce sens, une grande responsabilité retombe sur les épaules des jeunes. « *Souvent, les jeunes vont chercher des soins en cachette des parents, contrairement à avant ou ils avaient demandé à leurs parents toute leur vie pour de l'aide. (...) Tout à coup ils se retrouvent face à eux même et ils ne veulent pas ou bien ne peuvent pas en parler à leurs parents* » (Marguerite, médecin de famille).

Ce qui complique cette prise en charge davantage pour les jeunes est le fait que les jeunes ont une faible littératie en matière de santé¹¹. Les jeunes en sauraient peu sur le fonctionnement du système de santé, c'est-à-dire, comment fonctionne une pharmacie ou la prise de rendez-vous dans une clinique. Dans ce cas aussi, les parents représentent une source de guidance pour naviguer à l'intérieur du système de santé et offrir une forme de littératie de santé. « *Quand on leur remet une prescription médicale, on leur dit, « bon amène ça à la pharmacie, ça va être dans l'ordinateur, comme ça chaque mois tu peux aller à l'autre Jean-Coutu même si ton père est à l'autre bout de la ville. Donc ils n'ont pas la guidance de leurs parents là-dedans. Ça c'est un peu effrayant tout seul, quand ils ne savent pas comment le système de santé fonctionne* » (Marguerite, médecin de famille). Ne comprenant pas comment le système de santé fonctionne, les intervenantes proposent que certains jeunes risquent de passer à côté des services ou de les éviter.

Les intervenantes ajoutent que l'âge des jeunes est également un facteur important dont il faut tenir compte chez les jeunes au début du parcours sexuel; c'est-à-dire, le fait d'être plus jeune rajoute à la vulnérabilité sexuelle, puisque souvent les plus jeunes (15 à 19 ans) ont moins de maturité que les jeunes qui sont plus vieux (20 à 25 ans). Cette idée de voir les plus jeunes – c'est-à-dire les adolescents - comme étant plus vulnérables a été soulevé par plusieurs intervenantes. Par exemple, dans leur triage des jeunes qui arrivent à la clinique, comme le mentionne la travailleuse sociale : « *[i]l y a une sorte de gradation qu'on s'est donnée. La*

¹¹ Nous avons préféré employer le néologisme « littératie » puisqu'il regroupe des connaissances par rapport au fonctionnement du système de santé et de la lecture et la compréhension de termes et de soins médicaux, comme les traitements et les vaccins contre les problèmes de santé sexuelle, ainsi que la notion de la capacité à comprendre et à utiliser ces informations. Nous nous inspirons de l'utilisation du terme *health literacy* (Agence de la santé publique du Canada 2014).

porte est grande ouverte et ensuite c'est les plus jeunes, donc les moins de 18 ans, qui sont plus vulnérables, ensuite autant du territoire que hors territoire » (Linda, travailleuse sociale). La sexologue, Maryse, ajoute à ce constat en disant que la maturité qui se trouve plutôt chez les plus jeunes filles qui sont vieilles. *« Je vois la différence quand ils viennent. Les adolescents, je les vois deux ou trois fois, ou des fois six mois après puisqu'ils sont difficiles à gérer et à surveiller, alors que les plus vieilles, elles viennent à leurs rendez-vous de manière régulière, et elles font les exercices qu'il leur faut elles-mêmes. Elles sont plus matures, plus vieilles et capables de se préoccuper de leur santé sexuelle » (Maryse, sexologue).*

Cette notion de maturité est très importante pour les intervenantes. Effectivement, bien que certaines mentionnent que la notion d'âge est importante pour définir la maturité, d'autres proposent que la maturité peut être acquise, peu importe l'âge. La question de l'âge des jeunes comme indicateur de la maturité et par extension de la vulnérabilité doit donc être nuancée. *« Ce n'est pas systématique que tu sois vulnérable à 14 ans. Tu peux l'être à 24 ans aussi » (Carole, réceptionniste).* Cette maturité peut se trouver chez les plus vieilles ou les plus jeunes. *« Il y a un élément de la prestance de la personne qui est devant moi, parce qu'il y a vraiment une grosse variation dans l'âge où il y a des jeunes de 16 ans qui sont très matures puis qui ont un contrôle : ils viennent ici, leurs parents sont au courant ou pas, ils ont un encadrement puis ils sont solides puis ça va. Alors que je vois qu'il y a des jeunes de 18, 19, 20, 22 ans qui n'ont pas cela. Donc ce n'est pas juste l'âge, mais la maturité du jeune » (Marguerite, médecin de famille).*

Les intervenantes ajoutent que les jeunes plus jeunes - les adolescents - sont aussi moins souples au niveau de leurs emplois du temps. Ils auraient donc besoin de plus d'encadrement et de services immédiats. La réceptionniste illustre cette logique dans son triage des jeunes qui arrivent à la clinique : *« Je regarde beaucoup les 23 à 25 ans qui arrivent et j'essaie de les envoyer ailleurs, ou quand je leur donne un rendez-vous il faut que je le donne plus tard parce que je dois le donner [prioritairement] aux jeunes de 15 à 19 ans qui ont moins de souplesse au niveau du temps et moins de sous pour pouvoir aller ailleurs » (Carole, réceptionniste).* Ils auraient donc besoin de services immédiats en raison de leurs méconnaissances sur le fonctionnement du système de santé, de la difficulté qu'ils ont à verbaliser leurs besoins, et

surtout en raison du peu de fois que les jeunes peuvent se rendre dans une clinique jeunesse en raison des difficultés qui limitent leur accès à la clinique. « *Si une jeune se présente à la clinique, ça lui a probablement pris beaucoup de temps, d'efforts, et de courage. C'est aussi loin venir ici pour certains, même si ce n'est qu'à deux stations de métro. C'est compliqué pour certains aussi de quitter l'école pour venir ici ou venir ici sans que les parents le sachent* » (Lysandre, infirmière).

Les intervenantes ajoutent que les plus jeunes ressentent beaucoup plus de pressions venant de leurs pairs, et que ces derniers seraient très susceptibles à ces pressions. Dans certains cas, ils se sentent contraints de s'engager dans des rapports sexuels, même s'ils ne se sentent pas prêts. « *Les petits garçons par exemple c'est les pairs, où des pairs entre eux se disent, « Est-ce que tu l'as eue la fille! Elle t'a fait une pipe ? » Tu sais, ils se sentent obligés de faire certaines choses intimes* » (Maryse, sexologue).

5.4.2. Intervenir auprès des jeunes : un accompagnement adapté

Les intervenantes sont de l'avis que ces éléments ensemble de la jeunesse lors du parcours sexuel viennent influencer la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes. Gérer leur santé sexuelle est difficile. En vertu d'être jeune, surtout plus jeune, lors du parcours sexuel, ils sont vulnérables sexuellement. Comment est-ce que les intervenantes agissent sur ces caractéristiques des jeunes pour les aider? Énumérons quelques exemples de leur pratique en faisant référence aux éléments plus haut. Au fond les intervenantes vont tenter « d'accompagner » les jeunes dans leur parcours sexuel (Marguerite, médecin de famille).

Pour répondre aux besoins des jeunes qui seraient gênés, en manque de vocabulaire pour verbaliser leurs besoins et de littératie en matière de santé, les intervenantes adoptent un questionnaire qui se caractérise par de la souplesse qui les aident à bâtir des liens de confiance avec les jeunes. Définissons cette souplesse. Les intervenantes ne sont pas restreintes par un questionnaire fermé, et se donnent beaucoup de liberté quant aux questions qu'elles vont poser, les formulant selon les problématiques particulières des jeunes. « *Je vais avoir un questionnaire global, parce que si on se limite au problème en question, beaucoup de choses nous échappent* » (Linda, travailleuse sociale). Les intervenantes ne se sentent pas « balisées »

par des questionnaires fermés (Micheline, médecin de famille). Les interventions dans la clinique jeunesse se caractérisent par un temps d'intervention plus long (en moyenne de 15 à 20 minutes selon les intervenantes et d'après nos observations en salle de consultation). Tous ces éléments permettent aux jeunes de se sentir à l'aise en intervention et de s'ouvrir pleinement auprès des intervenantes « à leur propre rythme » (Micheline, médecin de famille). À titre d'exemple, Micheline illustre la flexibilité de cette approche d'intervention. Tout d'abord, elle part de la demande initiale du jeune pour ensuite explorer les espaces « connexes ». « *Des fois, entrer dans des domaines connexes c'est plus facile, comme de parler de nausées, d'habitudes de vie et d'alimentation, c'est plus facile que d'entrer directement dans les questions de sexualité pour certains jeunes* » (Micheline, médecin de famille).

Les intervenantes vont aussi profiter de l'équipe interdisciplinaire pour offrir des soins rapidement et à proximité des jeunes qui sont présents à la clinique, en raison du fait que « *les membres de l'équipe sont tous un à côté de l'autre* » (Micheline, médecin de famille). Dans ce sens, les jeunes peuvent avoir des services complémentaires à proximité sans avoir à changer d'établissement de soins, par exemple. Chacune à sa façon, a insisté sur l'importance des « interactions » entre les intervenantes (Micheline, médecin de famille), sur le fait que c'est un groupe qui « travaille ensemble » (Marguerite, médecin de famille), que c'est une équipe où domine l'esprit de « collaboration » (Linda, travailleuse sociale), une équipe qui n'est « pas hiérarchique » (Lysandre, infirmière) dans le partage des tâches et des responsabilités dans ses interventions auprès des jeunes. Les exemples sont nombreux où les intervenantes révèlent avoir profité de cette proximité de services complémentaires, comme pour un suivi d'herpès et d'abus sexuel, tant dans les aspects médicaux que psycho-sociaux de cette problématique.

« *S'il y a une jeune qui vient me voir pour l'herpès, comme après avoir reçu un diagnostic du médecin, suivi des informations de prescriptions de l'infirmière, la jeune est en état de crise. On va donc me [sexologue] l'envoyer pour gérer le problème pour aborder plusieurs facettes de l'herpès dans sa vie, comme ce que ça fait au jeune de vivre seul et en couple avec l'herpès, par exemple. Et moi aussi par la suite je peux retourner demander des informations à l'infirmière au besoin* » (Maryse, sexologue).

« Si je dépiste un problème d'abus sexuel ou de violence avec le partenaire, j'ai des ressources pour bien intervenir, alors que le médecin qui travaille tout seul en clinique dans son bureau il a intérêt à faire quoi avec ça [la problématique] après? C'est plus difficile d'intervenir à fond en santé sexuelle et auprès des jeunes sans une équipe de professionnelles » (Micheline, médecin de famille).

Puisque les jeunes ont peu de connaissances sur le fonctionnement du système de santé, les intervenantes tentent d'offrir des services immédiats pour répondre à leurs besoins, et ce, en profitant de la présence des jeunes à la clinique. « Il ne faut pas que tu lui dises, « tiens voilà le téléphone, tu rappelles et tu prends rendez-vous », ou, « il faut que tu te rendes dans une autre clinique ou un hôpital », non ça ne marche pas ça. Pour que le jeune puisse s'aider, il faut que ce soit maintenant » (Micheline, médecin de famille). Les intervenantes sont unanimes à dire que si l'on ne donne pas le service immédiatement, le risque est grand que les besoins des jeunes passeront à côté.

L'offre immédiate de services se voit de plusieurs façons dans la pratique des intervenantes. Pensons au travail de l'équipe interdisciplinaire (tel que présenté plus haut où les intervenantes travaillent en complémentarité et à proximité l'une de l'autre) et aux ordonnances collectives. Les ordonnances collectives sont possibles dans des équipes d'intervention lorsqu'un médecin offre aux membres de son équipe médicale, notamment aux infirmières, la prérogative de prescrire des médicaments (Ordre des infirmières du Québec 2016 ; CSSS-IUGS 2016). Ce genre d'ordonnance permet aux infirmières d'élargir la gamme de soins qu'elles peuvent offrir aux jeunes, comme « faire des examens gynécologiques, ordonner des prescriptions et effectuer des dépistages » (Lysandre, infirmière).

Les intervenantes vont aussi assurer l'offre de services confidentiels pour rassurer les jeunes. Cette confidentialité assure que les jeunes se sentent à l'aise et les encouragent à s'ouvrir pleinement auprès des intervenantes. La confidentialité est assurée de plusieurs façons. Par exemple, il y a souvent des jeunes qui ne veulent pas que leurs parents soient au courant de leur quête de services de santé sexuelle. Dans ce cas, il est possible d'offrir une forme de

contraception gratuite pour contourner le dépositaire de l'assurance, c'est-à-dire le parent. « *On va leur donner une contraception gratuite. On va leur donner des trucs pour que maman et papa ne le sachent pas. On travaille ensemble pour que les services soient complètement confidentiels* » (Lysandre, infirmière).

Une autre dimension de la confidentialité dans le milieu de clinique jeunesse est le fait d'avoir une réception propre à eux, ce qui permet aux jeunes d'éviter le risque de croiser des voisins ou leurs parents. L'arrivée à la clinique pour les jeunes est moins intimidante, ce que propose par Sandra (médecin de famille). L'aspect d'une réception propre à eux rejoint les recommandations de l'OMS en ce qui touche aux interventions en santé sexuelle auprès des jeunes ainsi que celles de la Direction de Santé publique de Montréal (McIntyre, Williams & Peattie 2002 ; Ouellet 2013). À cet égard, les jeunes apprécient l'accueil personnalisé, avec une réceptionniste qui est « toujours la même personne » qu'ils connaissaient. Ils aimaient aussi le fait qu'ils pouvaient être à la clinique sans risque de « rencontrer ses voisins » (Léa, 22 ans) à l'intérieur d'un espace réservé aux jeunes.

Une autre dimension de la clinique jeunesse qui assure la confidentialité de services se trouve dans la neutralité de son titre, soit de « clinique jeunesse ». Si l'on se fie uniquement à l'affichage institutionnel, c'est-à-dire l'enseigne que l'on voit à l'extérieur du bâtiment, il est impossible de savoir pour quelle raison un jeune vient à la clinique. Ne comportant aucun terme explicite renvoyant à la santé sexuelle, au dépistage d'ITSS ou d'interruption volontaire de grossesse (IVG) par exemple, le titre de la clinique assure la confidentialité des interactions avec les jeunes et diminue la peur de stigmatisation qui peut être ressentie chez les jeunes qui viennent y chercher des soins. Cette discrétion est apparente aussi à l'intérieur de la clinique ; nous avons pu constater que les affiches dans la salle d'accueil comportent des informations générales sur la santé sexuelle, la santé générale, la santé mentale, la réussite sociale et scolaire, mais rien qui puisse lier la clinique à des problèmes sexuels en particulier (Notes d'observation en salle d'attente les 3 et 5 février 2015). Dans ce sens, les jeunes peuvent se sentir à l'aise à l'intérieur de la clinique et libres de tout jugement lorsqu'ils vont chercher des soins. Cependant, d'une perspective critique, Michel (23 ans) suggère qu'avoir un titre institutionnel neutre pourrait aussi cacher les services. « *The services are helpful but hidden,*

that is my brief explanation. (rises) They are extremely useful but not known enough to everyone who needs them ». Ceci peut donc rendre l'accessibilité à la clinique plus difficile pour certains jeunes, comme les plus jeunes, les moins autonomes et ceux qui ont peu de littératie de la santé.

5.4.3. Lecture bio-psycho-sociale et de parcours de vie

Une lecture bio-psycho-sociale peut être envisagée dans l'explication des caractéristiques de la jeunesse lors du parcours sexuel, par exemple, en évaluant les pressions sociales que les jeunes ressentent lors du parcours sexuel, qui les poussent à vivre des expériences sexuelles parfois précoces. Les intervenantes ont indiqué qu'étant sensibles à leurs environnements, mesurant leur position sociale par rapport à celles des autres, aux standards et aux attentes de la jeunesse, de leurs pairs ou même des adultes, les jeunes risquent d'avoir une faible estime de soi, s'ils sentent que leur position ne se conforme pas à celle de leur entourage, et adopteraient des comportements sexuels à risque. C'était surtout la sexologue qui nous a parlé de ces actes sexuels et pressions que ressentent les jeunes, comme donner ou recevoir des fellations, faire tout son possible pour jouir à chaque rapport sexuel, et faire des positions sexuelles vues dans des sites pornographiques.

La perspective des intervenantes indiquant que la période de la jeunesse est un déterminant de la vulnérabilité sexuelle s'associe avec le fait que la période de la jeunesse représente une période charnière ou de transition vers une certaine trajectoire de vie. La jeunesse serait perçue comme une transition vers la vie sexuelle adulte et dans plusieurs cas vers la santé reproductive. Ceci s'inscrit dans la perspective de transitions de vie (Dush & Taylor 2012 ; Umberson et al. 2005) et nous aide à mieux définir la période de la jeunesse comme période déterminante. Les intervenantes ont insisté sur l'importance d'assurer un début sain en matière de vie sexuelle, c'est-à-dire durant la jeunesse. Sur ce dernier point, il y aurait des gains à faire pour la jeunesse si l'on entrevoyait la santé sexuelle des jeunes comme une période de vie distincte dans le parcours sexuel.

5.5. Les caractéristiques du quartier du centre-ville de Montréal

5.5.1. Éléments de la « vie de ville »

Les caractéristiques du territoire de services de la Clinique jeunesse Accès, c'est-à-dire le centre-ville de Montréal, ont aussi été relevées comme un déterminant social de la vulnérabilité sexuelle par les intervenantes. Des exemples de ces caractéristiques de « vie de ville » (Guylaine, infirmière) comptent des lieux marqués par « de la pauvreté » (Sandra, médecin de famille) avec un « très haut taux d'ITSS » (Linda, travailleuse sociale) et des espaces propices à la rencontre de souteneurs (« pimps »), de bars de danseuses ainsi que la proximité au quartier gai de la ville (Guylaine, infirmière).

En ayant un emplacement dans le centre-ville de Montréal, les intervenantes proposent qu'elles auraient développé un certain regard sur les jeunes du centre-ville, identifiant des facteurs de vulnérabilité propres à ce quartier. Par exemple, une intervenante, comparant la clinique à d'autres services de la ville, nous permet de voir comment les intervenantes voient ce territoire comme étant problématique pour la santé sexuelle des jeunes. *« Ailleurs ils voient peut-être moins de jeunes du centre-ville ou avec des problématiques moins complexes. Ici on est peut-être un peu plus conscients, on en voit plus. (...) Je pense que tu développes un regard en travaillant ici »* (Lysandre, infirmière).

Concernant les liens qu'entretiennent les jeunes avec certains espaces du centre-ville, Guylaine (infirmière) et Linda (travailleuse sociale) étaient toutes les deux d'accord sur le fait que la proximité au quartier gai ou des bars de danseuses dans le centre-ville peut augmenter la vulnérabilité sexuelle de certains jeunes. Ce qui est problématique de cette proximité est qu'il y a possibilité « d'abus de comportements » (Lysandre, infirmière), c'est-à-dire d'aller souvent dans ces espaces. Cet abus est problématique puisque les jeunes ont des lacunes de connaissances en ce qui concerne la protection et le maintien de leur santé sexuelle, élément qui caractérise beaucoup les jeunes aujourd'hui, tel que vu plus haut. Certains jeunes seraient donc très influencés par ces coins de la ville, mais auraient peu de ressources pour assurer de bons rapports en modération.

Les intervenantes ont aussi parlé de la proximité de la clinique aux souteneurs (« pimps ») dans le centre-ville. Elles proposent même que certains passeraient dans la clinique jeunesse, tentant de « recruter des jeunes filles » ce que la réceptionniste a déjà observé. Ce type d'interaction avec des souteneurs représente une caractéristique de la clinique et de son territoire du centre-ville. Sur la question de « pimps » qui passent dans la clinique, on propose que l'élément de surveillance possible dans un accueil propre à la clinique leur permet « *d'amener les jeunes filles en salle d'attente rapidement vers les intervenantes* » pour qu'elles évitent ces rencontres. La réceptionniste élabore: « *On en a des fois des pimps qui viennent s'installer ou se promener dans la salle d'attente, alors on essaie de rentrer la jeune [la fille vers les intervenantes] rapidement pour éviter qu'elle se fasse ramasser par le pimp en salle d'attente* » (Carole, réceptionniste).

Sachant que le territoire a des éléments qui encouragent la vulnérabilité sexuelle, c'est-à-dire des caractéristiques du centre-ville, les intervenantes vont donner une priorité d'offre de service à ces jeunes aussi, surtout la travailleuse sociale. « *On sait qu'on a un très haut taux d'ITSS et de pauvreté sur notre territoire donc on veut se garder de la place pour notre population parce qu'on sait qu'on a une population vulnérable* » (Linda, travailleuse sociale).

Dans leur pratique, les intervenantes vont donc essayer de donner des ressources matérielles aux jeunes et de les aider de manière posée dans leur vie quotidienne. Par exemple l'offre de contraceptions gratuites, et des prescriptions moins chères : *Pour la prescription d'une crème contre les mycoses de peau sur les mains d'une jeune, Sandra explique à la jeune que c'est une crème très chère. La jeune réplique qu'elle n'a pas envie de la prendre parce qu'elle n'en a pas les moyens de se le procurer. Sandra lui propose alors une crème générique moins chère qu'elle pourra utiliser avec une autre crème générique, également moins chère* (Notes d'observation en salle de consultation le 12 mars (Sandra, médecin de famille)).

Un autre exemple d'un encadrement dans la vie quotidienne des jeunes du centre-ville s'est vu dans une séance d'observation en consultation avec la travailleuse sociale. Nous illustrons ici les démarches prises par la travailleuse sociale pour une jeune socialement défavorisée qui avait annoncé à Linda qu'elle déménageait à Québec pour être plus proche de son copain :

Linda, sachant que cette jeune avait beaucoup de besoins pour sa santé sexuelle et mentale, lui avait donné une gamme de ressources à Québec et lui a même offert de faire un suivi téléphonique avec certaines cliniques pour la jeune ((Notes prises en salle de consultation avec Linda (travailleuse sociale), le 9 mars 2015). Linda a fait ces démarches puisque la jeune fille avait peu d'argent et peu de ressources sociales pour prendre sa santé en main.

5.5.2. Lecture matérialiste

Les caractéristiques de quartier du centre-ville, ont déjà été largement étudiées pour mieux comprendre la santé sexuelle des individus. Par exemple, les caractéristiques de la pauvreté des jeunes, de l'accès réduit aux services de santé et le côtoiement de certains groupes sociaux comme les gangs de rues ou de services de prostitution ont été relevés. Les jeunes se retrouvant dans ces contextes auraient moins de ressources matérielles à leur disposition et un faible entourage positif pour leur bien-être (Chase & Aggleton 2006). Au fond, on se penche sur les caractéristiques du contexte du centre-ville (ou d'un quartier en particulier) qui peuvent être favorables ou défavorables au bien-être des jeunes. Les effets de ces contextes sont le sentiment d'une forte pression de s'engager avec certains groupes et subséquemment des rapports sexuels néfastes (lecture bio-psycho-sociale), et un réel manque de ressources pour protéger sa santé sexuelle et de la maintenir (lecture matérialiste).

Nous voyons comment les caractéristiques du centre-ville à proximité de certains jeunes peuvent influencer et augmenter la vulnérabilité de certains jeunes. Souvent, c'est en lien avec un manque d'infrastructure pour ces jeunes pour assurer un bon encadrement pour leur bien-être. Dans ce sens, une explication matérialiste est possible. Effectivement, la pauvreté de certains quartiers, comme celui du centre-ville, représente pour les intervenantes la possibilité d'un *manque* au niveau des ressources pour les jeunes. Ces ressources prennent diverses formes, comme l'encadrement social, le logement, la proximité aux services de soins, qui permettent tous à l'individu une bonne gestion de sa vie sociale et par extension vie sexuelle. La discussion sur les caractéristiques du quartier du centre-ville revient donc aux propos de Link et Phelan (1995) sur la position sociale d'un individu au sein de certains contextes qui lui permet l'accès aux ressources essentielles pour la santé.

5.6. Conclusion

Dans le présent chapitre, avons présenté et analysé les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes selon les propos de huit intervenantes à la clinique et d'un groupe de huit jeunes de 18 à 25 ans. À partir des perspectives croisées, quatre déterminants majeurs sont ressortis : le niveau de connaissances en matière de santé sexuelle, les scripts sexuels, la période de la jeunesse lors du parcours sexuel et les caractéristiques du quartier du centre-ville de Montréal.

Comment est-ce que les perspectives croisées ont pu alimenter nos résultats? Le fait de prendre en compte les perspectives de deux groupes nous a grandement aidé, pour faire ressortir certains déterminants et pour une compréhension approfondie de ces déterminants. Sur le premier élément, le fait d'avoir parlé à deux groupes avec des expériences différentes par rapport à la vulnérabilité sexuelle a fait en sorte que des déterminants différents sont ressortis chez ces interlocuteurs. Par exemple, les intervenantes ont parlé majoritairement de la jeunesse et de l'âge des jeunes comme déterminant, alors que les jeunes ont plutôt parlé majoritairement des scripts sexuels. Dans ce sens, chaque groupe, à partir de leurs vécus et pratiques, retient des perspectives différentes, mais importantes, et au fond complémentaires, sur la question de déterminants de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes.

Ensuite, tenant compte des perspectives croisées, nous avons pu mieux étoffer notre compréhension de certains déterminants, c'est-à-dire leur portée, leurs sources et leurs effets. Par exemple, prenons l'exemple du niveau de connaissances en matière de santé sexuelle : alors que les intervenantes ont pu nous éclairer sur les effets de ces lacunes, les jeunes ont pu parler de sources de ces informations. De plus, les jeunes ont pu parler de manière plus directe sur des lacunes dans l'éducation sexuelle à partir de leurs expériences vécues. Ensemble, en tenant compte de ces perspectives, nous avons pu explorer plusieurs éléments de ces déterminants.

Nous ajoutons également qu'en tenant compte de la pratique des intervenantes en milieu de clinique jeunesse nous avons pu saisir comment les intervenantes tiennent compte de ces

déterminants dans leur pratique, c'est-à-dire comment ils détectent ces déterminants et tentent de réduire leurs effets néfastes. Comme nous l'avons observé, par exemple, elles vont éduquer les jeunes et servir de guidance, pour aider les jeunes à mieux naviguer dans leur parcours sexuel. Cette approche représente un exemple concrètement observé pour agir sur les déterminants et les inégalités sociales en amont de vulnérabilités en aval. En tenant compte de la pratique d'intervention, il nous est possible de comprendre comment les intervenantes dépitent des indices de vulnérabilité sexuelle et tentent de les réduire.

Notre analyse s'est aussi étendue à tenter d'inscrire les déterminants sociaux dans certaines perspectives théoriques présentées au chapitre un - matérialiste, bio-psycho-sociale, et parcours de vie - illustrant comment ces déterminants influencent la santé sexuelle des jeunes, en passant de plans macrosociaux aux états de santé sexuelle. Cet exercice a été utile au niveau théorique pour comprendre le processus d'influence, en observant par exemple que le déterminant des connaissances est expliqué par la perspective matérialiste et que l'influence des scripts sexuels sont plutôt expliqués par une perspective bio-psycho-sociale. Aussi, notre exercice d'étoffer nos connaissances sur la période de la jeunesse lors du parcours sexuel emprunte les explications de parcours de vie.

Dans le prochain et dernier chapitre de ce mémoire prenant la forme d'une conclusion, nous faisons un retour sur les apports de ce mémoire ainsi que les limites de cette étude, et proposons des recommandations.

Conclusion : pistes de réflexions

« A focus on people's lifestyle and behaviour alone is not adequate in alleviating long-term sexual and reproductive health problems if such interventions fail to redress the social conditions that drive poor health outcomes » (Rao et al. 2012: 106).

La littérature théorique et la recherche empirique dans le domaine de sociologie de la santé soutiennent que la santé sexuelle est influencée par de nombreux éléments d'ordre social, plus précisément le positionnement social des jeunes au sein de certains milieux sociaux. Le milieu familial, le contexte scolaire, la soumission aux attentes genrées, le degré d'ouverture sociale envers la sexualité, tous ces éléments peuvent être évoqués pour expliquer les comportements sexuels des jeunes ainsi que l'état de leur santé sexuelle.

La recherche que nous avons menée sur les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes s'inscrit dans une volonté de mieux cibler et comprendre ses déterminants sociaux. Passant les données recueillies sur notre terrain de recherche, une clinique jeunesse de Montréal, au crible de cadres des déterminants sociaux de la santé, il nous a été possible d'avoir une meilleure compréhension de la façon dont le social influence la santé, plus particulièrement la vulnérabilité sexuelle des jeunes de 18 à 25 ans.

En guise de conclusion, nous offrons des retours sur les apports de ce mémoire, nous soulignons certaines limites à l'applicabilité de nos analyses et nous formulons des recommandations pour de futures recherches et des interventions dans le domaine de la santé sexuelle des jeunes. Nous offrons également quelques commentaires sur l'apport d'une lecture intersectionnelle de nos données et pour des recherches futures dans le domaine de la santé sexuelle des jeunes.

6.1. Retour sur nos questions de recherche

Tout d'abord, nous faisons un retour sur nos interrogations de recherche, qui se formulaient ainsi : quels sont les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes ? Par quels processus sociaux les jeunes deviennent-ils sexuellement vulnérables ? Notre démarche

de recherche de nature qualitative nous a permis de saisir les déterminants à partir de perspectives croisées de ceux qui voient et ceux qui vivent la vulnérabilité sexuelle. Les déterminants relevés sont les suivants : le niveau de connaissances en matière de santé sexuelle des jeunes, les scripts sexuels genrés, la période de la jeunesse lors du parcours sexuel et les caractéristiques quartier du centre-ville de Montréal.

Les intervenantes et les jeunes ont tous partagé comment de faibles connaissances en matière de santé sexuelle représentent un déterminant social de la vulnérabilité sexuelle. Les intervenantes regrettent la coupure de certains programmes scolaires dont le mandat était spécifiquement de fournir de l'information en matière de santé sexuelle aux étudiants. Les jeunes pour leur part, soulignant les lacunes de renseignements dans le contexte scolaire, ont mis de l'avant le manque d'information sur la diversité sexuelle et sur la nécessité de la communication dans les rapports d'intimité et dans le couple. Ces informations représentent des outils importants pour assurer une bonne prise en charge de la santé sexuelle. Les intervenantes estiment que les jeunes, laissés à eux-mêmes depuis ces coupures, ont désormais comme sources d'information certaines plateformes d'internet et des sites de pornographie pour « s'auto-éduquer » (Ghyslaine, infirmière), ce dernier propos se rapprochant de la notion d'essai-et-erreur soulignée par les jeunes. Par l'entremise de la perspective matérialiste, et plus précisément la perspective des causes fondamentales de Link et Phelan (1995), nous avons pu comprendre que l'accès aux connaissances selon la position sociale des jeunes dans certains contextes définit le niveau de connaissances qu'ils auront.

Ensuite, les scripts sexuels genrés ont surtout été relevés par les jeunes femmes de notre étude. À la source, les mœurs sociales sur le genre et la sexualité, définies au sein du contexte familial ou les milieux scolaires, seraient intériorisées par les jeunes. En évoquant des éléments de leur parcours sexuel, il nous a été possible de voir comment des scripts sexuels définissent leur pouvoir de négociation et leurs prises de risque. Nous penchons plus particulièrement sur les scripts sexuels féminins, nous observons comment ces scripts augmentent la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes femmes puisqu'elles sont socialisées pour répondre aux désirs masculins. Une lecture bio-psycho-sociale a été employée pour

comprendre la prise de conscience subjective de la position des jeunes femmes qui expliquent leurs choix et prises de risques.

La période de la jeunesse, les réalités auxquelles ils font face, au début et au cours de leur parcours sexuel, définissent leur vulnérabilité sexuelle. L'entrée vers la vie sexuelle requiert de la maturité et une responsabilisation de soi; puisque cette entrée se fait lors de l'adolescence et la jeunesse, en vertu de leur âge, leurs faibles connaissances sur le système de santé, le peu de guidance de leurs parents, les jeunes, en raison d'être des *jeunes* lors du parcours sexuel seraient vulnérables. Les intervenantes dans leurs pratiques viennent donc tendre la main, assurer un accompagnement posé et donner une guidance aux jeunes lors leur entrée dans la vie sexuelle. Une lecture bio-psycho-sociale était envisageable, ainsi qu'une lecture de parcours de vie afin de mieux comprendre comment la jeunesse est une période de vie charnière, ainsi que les facteurs qui définissent cette période et influencent la vie adulte plus tard.

Finalement, certaines caractéristiques du quartier du centre-ville de Montréal, définissent les ressources et les opportunités de vie des jeunes, pour leur santé générale et leur bien-être, et par extension leur santé sexuelle. Ce quartier explique au fond le contexte dans lequel certains jeunes se trouvent, qui est défini par une proximité à certains espaces et lieux qui peuvent influencer leur vulnérabilité sexuelle. La perspective matérialiste a été mobilisée ce cas. Les intervenantes tentent par leur pratique en clinique jeunesse de venir en aide pour offrir les bases sociales et économiques pour contrer les influences néfastes de ce contexte.

Sur la question alors de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes de 18 à 25 ans, nous pouvons parler de scripts sexuels, de maturité des jeunes, de ressources économiques et sociales et le niveau de connaissances des jeunes en matière de santé sexuelle. En reconnaissant ces déterminants, nous pouvons mieux agir sur ces inégalités sociales qui sont à la source de la vulnérabilité sexuelle, suivant donc les recommandations de Link et Phelan (1995).

Nous ajoutons qu'il nous a été possible, à travers d'interrogations sur les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle, de mieux comprendre la pratique des intervenantes en milieu de

clinique jeunesse: une équipe interdisciplinaire, travaillant à proximité de services complémentaires, offre un service de qualité et immédiat aux jeunes ; le centre d'accueil permet aux jeunes de se sentir en sécurité sans préjugés ; la souplesse de leur questionnaire marqué par un long temps d'intervention permet aux jeunes de se sentir à l'aise en intervention ; et l'approche éducative en clinique jeunesse permet la chance aux jeunes d'acquérir certaines connaissances. Nous observons qu'effectivement, cette pratique s'inscrit dans une perspective de déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales de santé. Elles vont donc non seulement répondre à la demande initiale de manière curative, mais elles vont venir en aide aux jeunes de manière holistique, éduquer les jeunes, prévenir les risques et agir sur les déterminants et inégalités sociales en amont.

6.2. Limites

Nous passons maintenant aux limites de l'applicabilité de nos interprétations. Tout d'abord, notre échantillon de jeunes répondants était majoritairement composé de femmes, avec un seul répondant masculin. Ceci a sans doute eu comme effet que lorsque les jeunes parlaient des constructions de genres, des scripts sexuels, ceux ayant trait aux femmes ressortaient le plus en tant que déterminants importants de la vulnérabilité sexuelle. Il aurait été intéressant de parler à plus de répondants masculins, afin de creuser plus loin la question des scripts sexuels masculins qui peuvent influencer la vulnérabilité. La masculinité ne représente pas un état meilleur que la féminité pour ce qui de la santé sexuelle, mais plutôt un état différent. Les hommes sont vulnérables au plan sexuel, mais pour des raisons différentes, selon un script sexuel masculin, notamment celui d'être socialisé à prendre des risques, à être viril et à être dominant dans les rapports d'intimité, ainsi que peu attentif au maintien de sa santé sexuelle (Ricardo et al. 2006 ; Santana, Raj, Decker et al. 2006 ; Chimaraoke 2008). Dans l'état actuel de notre recherche, nos indices de vulnérabilité sexuelle chez les jeunes selon la notion de constructions de genres, sont plus applicables aux jeunes femmes qu'aux jeunes hommes. Nous ajoutons que nous avons uniquement parlé à des jeunes hétérosexuels, même si dans le propos de Caroline (19 ans) il a été possible de faire allusion à des enjeux propres aux minorités sexuelles. Pour cette raison également, la représentativité de nos données est limitée. Par ailleurs, nous notons que l'échantillon de nos répondants était très petit, et ce pour nos deux groupes de répondants. Comme nous n'avons parlé qu'à huit jeunes et huit intervenantes,

et que notre terrain de recherche s'est restreint à une seule clinique jeunesse, la représentativité de nos données est trop limitée pour servir de base à des recommandations pour l'ensemble des jeunes du Québec.

Finalement, nous ajoutons que nos résultats portant sur les pratiques des intervenantes que nous avons documentées font allusion à l'organisation de la clinique avant qu'elle perde sa salle d'attente et sa réceptionniste, c'est-à-dire avant août 2015. Effectivement, il est essentiel de noter qu'en août 2015, la Clinique jeunesse Accès a dû changer ses locaux. Avec ces changements, la clinique a perdu sa réceptionniste ainsi que l'espace de la salle d'accueil. Le tri des jeunes qui arrivent à la clinique se fait désormais par une réception générale à l'entrée du CLSC auquel la clinique jeunesse est affiliée. En mars et en juin 2016, nous avons eu la chance de discuter avec les intervenantes de ce changement majeur à leurs services aux jeunes. Elles estiment que ce changement restreint l'offre de service de la clinique rendant l'accès aux services plus difficile et intimidant pour les jeunes. Toutefois, le changement de locaux a eu lieu à la fin de la collecte de données, après que nous puissions réellement en tenir compte dans nos analyses, même si nous croyons que cela aurait été pertinent. Nous croyons qu'il serait important d'examiner ces changements et leurs conséquences dans l'offre de services des jeunes et plus particulièrement dans leur dépistage de la vulnérabilité sexuelle.

Dans ce sens, nos résultats sont en quelque sorte limités aux modèles de cliniques jeunesse ayant une réception propre à eux. Cependant nous croyons que ces résultats puissent servir de données pour soutenir l'importance de centres d'accueil: pour la confidentialité, la sécurité des jeunes, le travail de triage de jeunes et de pivot entre les jeunes et les intervenantes, une réception propre à une clinique jeunesse semble grandement influencer pour le mieux le travail d'intervention en clinique jeunesse, comme nous l'avons présenté au chapitre cinq.

6.3. Recommandations : recherche et intervention

En ce qui touche aux recommandations pour des recherches futures, nous sommes de l'avis qu'une meilleure intégration de pistes analytiques et méthodologiques intersectionnelles plus explicites renforcerait les perspectives des déterminants sociaux de la santé. Il devient intéressant de commencer avec ces pistes pour le développement de questions de recherche et

de la problématique, ainsi que le développement de guides d'entretiens, par exemple. De manière générale, nous proposons que la perspective intersectionnelle éclaire les perspectives matérialiste, bio-psycho-sociale et de parcours de vie.

En se plaçant plus explicitement dans de cadres intersectionnels, une meilleure attention à la co-construction de déterminants nous informent sur le positionnement des individus au sein de multiples rapports de pouvoir qui influencent la santé. Dans le cadre de notre étude par exemple, en ayant défini les axes de pouvoirs dans lesquels les jeunes s'inscrivent qui définissent leur vulnérabilité sexuelle, il aurait été possible pour nous de mieux saisir les différentes dimensions de ces axes pour mieux comprendre l'ensemble de « catégories dissonnantes », dans une approche inter-catégorielle, par exemple, qui définissent les réalités des jeunes. Non seulement aurions-nous pu mieux nous concentrer sur l'âge et le genre, par exemple, en tenant compte des différentes dimensions de ces catégories, mais aussi d'autres catégories sociales, comme la pauvreté et les origines culturelles.

Bien que nous aurions pu nous pencher sur les dimensions de l'âge et du genre puisqu'ils ont émergé dans nos résultats, nous avons uniquement parlé à des jeunes, surtout des jeunes femmes, entre les âges de 18 à 25 ans. Dans ce sens, si nous avions eu un plus grand échantillon de jeunes hommes et aussi d'adolescents, nous aurions pu répondre à certaines questions dans une approche explicitement intersectionnelle de nature inter-catégorielle. Par exemple, comment est-ce que les inégalités d'âge se traduisent chez les garçons tout comme chez les filles ? Comment évoluent ces rapports d'âge ? Est-ce que les scripts sexuels féminins définis par les rapports inégalitaires de genre se voient différemment entre les adolescentes et les jeunes femmes ? Nos interrogations auraient pu être plus définies selon certains rapports inégalitaires d'intérêt.

Finalement, nous tenons à rappeler que cette recherche s'inscrit dans un contexte provincial québécois de restructurations et de restrictions budgétaires dans les services socio-sanitaires, surtout les services spécialisés pour les jeunes. À titre d'exemple, la clinique jeunesse où nous avons tenu notre recherche se retrouve souvent sous les projecteurs pour évaluer la nécessité de soins spécialisés et adaptés auprès des jeunes. Dans ce sens, les résultats de cette recherche

pourront servir dans l'évaluation de ces services spéciaux ainsi que dans la formulation de recommandations, puisque ces résultats mettent en lumière les vulnérabilités et les besoins spécifiques des jeunes, ainsi que les moyens par lesquels ces services viennent en aide aux jeunes sexuellement vulnérables.

En ce qui concerne la Clinique jeunesse Accès plus particulièrement, nous recommandons de bien tenir compte des besoins des jeunes de 18 à 25 ans. En intervention comme en recherche, il est essentiel de percevoir les différences entre les membres du groupe même qui est échantillonné, dans la mesure où à l'intérieur d'un même groupe, on retrouve différentes réalités et différents besoins en matière de santé sexuelle. À cet égard, pour le moment, la clinique jeunesse voit surtout les plus jeunes, c'est-à-dire les 15 à 19 ans, comme étant les cas les plus vulnérables, les plus « à risque » en raison de facteurs rattachés à l'âge, comme le démontrent nos résultats. Or il ne faut pas oublier les vulnérabilités des plus âgés; l'âge n'empêche pas les 20 à 25 ans soient soumis aux scripts sexuels par exemple, et d'être positionnés dans des contextes sociaux avec peu d'ouverture envers la sexualité. Dans ce sens, les multiples déterminants de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes relevés dans cette étude et présentés dans ce mémoire représentent des indices pour tenir compte des vulnérabilités des jeunes particulièrement de 18 à 25 ans.

En terminant, nous voulons rappeler que la santé sexuelle est une partie intégrante de la santé globale et du bien-être individuel. C'est lors de la jeunesse que cette composante de la vie se développe, puisque plusieurs vivent leurs premières expériences sexuelles à ces âges. Elle représente aussi souvent une première prise en charge individuelle de la santé, donc les outils et les connaissances acquises lors de cette prise en charge seront utiles plus tard. Nous soulignons les propos de jeunes et d'intervenantes de notre recherche, qui voient la santé sexuelle comme un investissement dans leur santé générale et santé sexuelle pour aujourd'hui et demain :

« Je pense que la santé sexuelle a un lien avec l'hygiène de vie en général, physique et mentale, comme bien s'alimenter ou se tenir en forme et entretenir de relations saines »
(Caroline, 19 ans).

« La santé sexuelle est en lien avec les premiers rapports d'intimité. (...) On veut que ce soit des rapports égaux. On doit donc travailler le respect et l'écoute, ce qui se trouve dans tous les rapports humains et sexuels plus tard » (Sandra, médecin de famille).

« [Lorsque la vie sexuelle se développe] c'est un moment où on apprend à se connaître, où on a des expériences révélatrices. (...) La santé sexuelle, c'est quelque chose qui se trouve dans une sphère de la vie mais qui se situe dans la globalité du développement » (Linda, travailleuse sociale).

Les propos ci-dessus illustrent que la santé sexuelle n'est pas uniquement liée à une seule facette de la santé; elle déborde et en influence d'autres. La conserver et la maintenir est essentiel. Plus de recherche sur la santé sexuelle et ses déterminants sociaux est donc recommandée, surtout pour tenir compte des multiples déterminants qui l'influencent. Dans ce sens, les études théoriques et empiriques indiquées dans ce mémoire ainsi que les résultats de notre propre recherche qui illustrent les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle peuvent servir de pistes analytiques pour poursuivre de la recherche dans ce domaine. Il est donc notre espoir que ce mémoire pourra contribuer à l'enrichissement des connaissances sur la santé sexuelle des jeunes, ainsi qu'inspirer de futures recherches et de meilleures interventions.

Bibliographie

- Abel, T., & Frohlich, K. L. (2012). Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine (1982)*, 74(2), 236–244.
- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. *Health Psychology*, 19(6), 586–592.
- Agence de la santé publique du Canada. (2014). Health Literacy: Resources.
- Agence de la santé publique du Canada. (2013a). The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada: Infection Disease – The Never-ending threat. *Agence de la santé publique du Canada*.
- Agence de la santé publique du Canada. (2013b). Gonococcal Infections. *Canadian Guidelines of Sexually Transmitted Infections*. Public Health Agency of Canada. Catalogue HP40-1/1-2013E-PDF
- Agence de la santé publique du Canada (2012). Disease Facts and Information : Human Papillomavirous (HPV)
- Agénor, M., Krieger, N., Austin, S. B., Haneuse, S., & Gottlieb, B. R. (2014). At the intersection of sexual orientation, race/ethnicity, and cervical cancer screening: assessing Pap test use disparities by sex of sexual partners among black, Latina, and white U.S. women. *Social Science & Medicine (1982)*, 116, 110–118.
- Aggleton, P., & Campbell, C. (2000). Working with young people - towards an agenda for sexual health. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(3), 283–296.
- Ali, M. & Cleland, J. (2006). Uses and abuses of surveys on the sexual behaviour of young people. Dans Ingham, R. & Aggleton, P. (Eds.) *Promoting Young People's Sexual Health: International Perspectives* (pp. 9-26). Routledge : Taylor and Francis Group.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126(5), 651–680.

- Arora, S. K., Shah, D., Chaturvedi, S., & Gupta, P. (2015). Defining and Measuring Vulnerability in Young People. *Indian Journal of Community Medicine : Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 40(3), 193–197.
- Ballinger, C. (2008). Research Justification. Dans Lisa M. Given. (Ed.). *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. (pp. 781-784). Thousand Oaks. CA : SAGE Publications, Inc.
- Bambra, C. (2011). *Work, worklessness, and the political economy of health*. Oxford University Press.
- Barker, J. D. (2013). Negative cultural capital and homeless young people. *Journal of Youth Studies*, 16(3), 358–374.
- Bartley, M. (2004). *Health inequality: an introduction to theories, concepts, and methods*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J., & Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *The Lancet*, 369(9568), 1220-1231.
- Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 285–293.
- Bilge, S. (2010). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogenes*, 225, 70–88.
- Blane, D. (1985). An assessment of the Black Report's explanations of health inequalities. *Sociology of Health and Illness*. 7(3), 423-445.
- Blaxter, M. (1990) *Health and Lifestyles*. Tavistock/Routledge, London.
- Bloor, M., & Wood, F. (2006). Interviews. *Keywords in Qualitative Methods*. (pp. 105- 110). London, England: SAGE Publications Ltd.
- Bodenheimer, T., Wagner, EH., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2. *JAMA*, 288(15), 1909–1914.
- Bourdieu, P. (1979). Les trois états du capital culturel. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 30(1), 3–6.
- Boyce, W., Doherty, Fortin et al. (2008) *Canadian Youth Sexual Health HIV/AIDS Study*. Council of Ministers of Education. ISBN 0-88987-149-3

- Bozonnet, J.-P., & Louvel, S. (2011). Préparer un plan d'enquête. Dans Bréchon, P., *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. (pp.313-345). Presses Universitaires de Grenoble.
- Budrys, G. (2010). *Unequal Health : How Inequality Contributes to Health or Illness*. (2^e éd.) Rowan & Littlefield Publishers : New York.
- Burak, L. & Meyer, M. (1997). Using the health belief model to examine and predict college women's cervical cancer screening beliefs and behaviour. *Health Care for Women International*, 18(3), 251–262.
- Bushnik, T. (2016). The health of women and girls in Canada. *Women in Canada* (7th Edition). Statistics Canada. No. 89-503-X.
- Butler, J. (2005). Trouble dans le genre : Pour un féminisme de la subversion. Traduit de l'anglais par J. Vidal et C. Vivier. Paris, Éditions Amsterdam.
- CATIE (2014) L'épidémiologie du VIH au Canada : La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C.
- Carde, E., Bernheim, E., Bernier, D. & Gidùère, N. (2016). Intersectionnalité et inégalités sociales de santé. *Voir les (in)égalités: Le positionnement des acteurs Intersectionnalité, inégalités, santé Réduction identitaire et approche globale*. 8(2), 22-27
- Carde, E. & Baillergeau, E. (2013). L'offre de services en santé sexuelle destinés aux jeunes de Montréal : quelle adaptation aux besoins et quelle accessibilité. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS).
- Causse, L. (2007). Au plus près des acteurs. Dans de Gaulejac, V. *et al.*, *La sociologie clinique*, (pp. 217-222). ERES.
- Campanhoudt, L. V., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales - 4e édition*. Dunod.
- Centre for Disease Control (2008). HIV/AIDS Among Women. Centre for Disease Control.
- Charmaz K. (1990). 'Discovering' chronic illness: using Grounded Theory. *Social Science & Medicine* 30(11), 1161–1172.

- Chase, E. & Aggleton, P. (2006). Meeting the sexual health needs of young people living on the streets. Dans Ingham, R. & Aggleton, P. (Eds.) *Promoting Young People's Sexual Health : International Perspectives* (pp. 81-97). Routledge : Taylor and Francis Group.
- Chen, X.-K., Wen, S. W., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, G. G., & Walker, M. (2007). Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 368–373.
- Choi, B., & Pak, A. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, 29(6), 351–64
- Coleman, J. (1994). The realization of effective norms. Dans R. Collins (ed.) *Four Sociological Traditions: Selected Readings* (pp. 171-189). New York: Oxford University Press.
- Cockerham, W. C. (2013). *Social causes of health and disease* (2^e éd.). Cambridge: Polity Press.
- Cockerham, W. C. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51–67.
- Conner, M. & Norman, P. (1996). *Predicting Health Behavior: Search and Practice with Social Cognition Models*. Open University Press: Ballmore: Buckingham.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.
- Crompton, R. (2006). *Employment and the Family: The Reconfiguration of Work and Family Life in Contemporary Societies*. Cambridge University Press.
- Davey Smith, G. (2003). *Health Inequalities: Lifecourse Approaches*. Bristol: The Policy Press.
- Dean L, Meyer IH, Robinson K, et al. (2000). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: findings and concerns. *Journal of Gay and Lesbian Medical Association*. 4:102–151.
- De Konnick, M. (2008). Un regard multidisciplinaire sur la construction des inégalités sociales de santé. Dans Frohlich, K., De Konnick, M., Demers, A., & Bernard, P. (Eds.), (pp. 57-84). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., & Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and

- health: The role of subjective social status. *Social Science & Medicine*, 67(2), 330–340.
- Dion-Viens, D. (2010). Vers un retour des cours d'Éducation sexuelle à l'école. *La Presse*.
- Diez-Roux, A. V. (1998). Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *American Journal of Public Health*, 88(2), 216–222.
- Dodd, L. J., Al-Nakeeb, Y., Nevill, A., & Forshaw, M. J. (2010). Lifestyle risk factors of students: a cluster analytical approach. *Preventive Medicine*, 51(1), 73–77.
- Downing-Matibag, T. M., & Geisinger, B. (2009). Hooking Up and Sexual Risk Taking Among College Students: A Health Belief Model Perspective. *Qualitative Health Research*, 19(9), 1196–1209.
- Dryburgh, H. (2000). Teenage Pregnancy. Health Reports. Statistics Canada, catalogue 82-003. 12(1), 9-19.
- Dubé, C. (2014). Éducation sexuelle : la réforme inachevée. *L'Actualité*. 7 octobre 2014.
- Dunne, E. F., Sternberg, M., Markowitz, L. E., McQuillan, G., Swan, D., Patel, S., & Unger, E. R. (2011). Human papillomavirus (HPV) 6, 11, 16, and 18 prevalence among females in the United States--National Health And Nutrition Examination Survey, 2003-2006: opportunity to measure HPV vaccine impact? *The Journal of Infectious Diseases*, 204(4), 562–565.
- Durkheim, E. (1897) 2005. *Suicide*. Taylor & Francis
- East, L., Jackson, D., O'Brien, L., & Peters, K. (2011). Condom negotiation: experiences of sexually active young women. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 77–85.
- Engels, F. (1845) 2003. The Condition of the Working Class in England. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1246–1249.
- Escarce, J. J. (2003). Socioeconomic Status and the Fates of Adolescents. *Health Services Research*, 38(5), 1229–1234.
- Fagot, B., Rodger, C. S., & Leinbach M. (2000). Theories of gender socialization. *The developmental social psychology of gender*, 65-89.
- Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T., & Leclerc, A. (2000). *Introduction. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé*. La Découverte.

- Fortenberry, J. D., McFarlane, M. M., Hennessy, M., et al. (2001). Relation of health literacy to gonorrhoea related care. *Sexually Transmitted Infections*, 77(3), 206– 211.
- Frohlich, K. L., Corin, E., & Potvin, L (2008). La relation entre le contexte et la maladie : une proposition théorique. Dans Frohlich, K., De Konnick, M., Demers, A., & Bernard, P. (Eds.), (pp. 141-164). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the Known in Public Health Practice. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216–221.
- Frohlich, K. L., Ross, N., & Richmond, C. (2006). Health disparities in Canada today: some evidence and a theoretical framework. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 79(2-3), 132–143.
- Frohlich, K. L., Corin, E., & Potvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health & Illness*, 23(6), 776–797.
- Furstenberg, F. F. (2000). The Sociology of Adolescence and Youth in the 1990s: A Critical Commentary. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 896–910.
- Gaulejac, V & Roche, P. (2007) Introduction. Dans Gaulejac, V. de, Hanique, F., & Roche, P. (Eds.). (pp. 7-18). *La sociologie clinique: enjeux théoriques et méthodologiques*. Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Geertz, C. (1973). Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture. *The Interpretation of Cultures*. (pp. 311-323). Basic Books.
- Gelly, M. (2013). Les inégalités sociales, objet invisible pour l'éducation sexuelle? Enquête ethnographique sur l'éducation sexuelle dans les collèges. *Sciences sociales et santé*, 31(4), 73-96.
- Giami, A. (2002). Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept. *Annual Review of Sex Research*, 13(1), 1–35.
- Giddens, A. (1986). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. University of California Press.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory*. Sociology Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967) 2009. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Transaction Publishers.

- Gilman, S. E., & McCormick, M. C. (2010). Insights from life course epidemiology. *Academic Pediatrics, 10*(3), 159–160.
- Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A., & Lert, F. (2002). Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé, 20*(4), 75–128.
- Gouvernement de l'Ontario (2015). *Sex Education in Ontario*. Ministère de l'Éducation.
- Goodman, E. (1999). The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *American Journal of Public Health, 98*, 1522-1528.
- Graf, A. & Patrick, J. (2015). Foundations of life-long sexual health literacy. *Health Education, 115*(1), 56–70.
- Graham, H. (2004). Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *Milbank Quarterly, 82*(1), 101–124.
- Gray, A. M. (1982). Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation, 12*(3), 349–380.
- Griffith, D. M. (2012). An intersectional approach to Men's Health. *Journal of Men's Health, 9*(2), 106–112.
- Guindon, M. et al. (2009). Portrait de la population du territoire du CSSS Jeanne-Mance. *Quartiers à la loupe: un portrait pour l'action*. CSSS Jeanne-Mance, Montréal (Québec).
- Halkitis, P. N., & Figueroa, R. P. (2013). Sociodemographic characteristics explain differences in unprotected sexual behavior among young HIV-negative gay, bisexual, and other YMSM in New York City. *AIDS Patient Care and STDs, 27*(3), 181–190.
- Hancock, A.-M. (2007). When Multiplication Doesn't Equal Quick Addition: Examining Intersectionality as a Research Paradigm. *Perspectives on Politics, 1*, 63–79.
- Handley, K. (2008). Non-Participant Observations. Dans Thorpe, R. & Holt, R. (Eds.), *The SAGE Dictionary of Qualitative Management Research*. (pp. 143-145). London, United Kingdom: SAGE Publications Ltd.
- Hankivsky, O., & Christoffersen, A. (2008). Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. *Critical Public Health, 18*(3), 271–283.

- Hiltabiddle, S. J. (1996). Adolescent condom use, the health belief model, and the prevention of sexually transmitted disease. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 25(1), 61–66.
- Hill Collins, P. (1990) *Black Feminist Thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. New York, Routledge.
- Hogben, M., Ford, J., Becasen, J., & Brown, K. (2014). A Systematic Review of Sexual Health Interventions for Adults: Narrative Evidence. *The Journal of Sex Research*. (pp.1-26).
- Holtgrave, D. R., & Crosby, R. A. (2003). Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhoea, syphilis, chlamydia and AIDS case rates in the United States. *Sexually Transmitted Infections*, 79(1), 62–64.
- Hsieh, N., & Ruther, M. (2016). Sexual Minority Health and Health Risk Factors: Intersection Effects of Gender, Race, and Sexual Identity. *American Journal of Preventive Medicine*.
- Ingham, R. (2006), The importance of context in understanding and seeking to promote sexual health. Dans Ingham, R. & Aggleton, P. (Eds.) *Promoting Young People's Sexual Health : International Perspectives* (pp. 41-60). Routledge: Taylor and Francis Group.
- Ingham, R. & Mayhew, S. (2006). Research and policy in young people's sexual health. Dans Ingham, R. & Aggleton, P. (Eds.) *Promoting Young People's Sexual Health: International Perspectives* (pp. 209-225). Routledge : Taylor and Francis Group.
- Institut canadien d'informations sur la santé (CIHI). (2012). *Induced Abortions Performed in Canada in 2010*. Canadian Institute for Health Information.
- Institut national de la santé publique du Québec (2013). Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec: année 2013 (et projections 2014). INSPQ.
- Jackson, B. (2003). Situating epistemology, Dans M. Texler Segal, V. Demos and J.J. Kronenfeld, (eds). *Advances in gender research*. Oxford: Elsevier.
- Jacob, S. & Ferguson, S. (2012). Writing Interview Protocols and Conducting Interviews: Tips for Students New to the Field of Qualitative Research. *The Qualitative Report*. Volume 17, T&L Art. 6, 1-10.
- Kamp Dush, C. M., & Taylor, M. G. (2012). Trajectories of Marital Conflict Across the Life

- Course: Predictors and Interactions With Marital Happiness Trajectories. *Journal of Family Issues*, 33(3), 341–368.
- Karasek, R.A. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York : Basic Books.
- Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (2006). *Health of Nations: Why Inequality is Harmful to Your Health* (1 edition). New York: The New Press.
- Kelly, S. A., Melnyk, B. M., Jacobson, D. L., & O’Haver, J. A. (2011). Correlates Among Healthy Lifestyle Cognitive Beliefs, Healthy Lifestyle Choices, Social Support, and Healthy Behaviors in Adolescents: Implications for Behavioral Change Strategies and Future Research. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(4), 216–223.
- King, D. E., Mainous III, A. G., Carnemolla, M., & Everett, C. J. (2009). Adherence to Healthy Lifestyle Habits in US Adults, 1988-2006. *The American Journal of Medicine*, 122(6), 528–534.
- Kirby, D. B., Laris, B. A., & Rolleri, L. A. (2007). Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World. *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 206-217.
- Kirby, D. (2001). Understanding what works and what doesn’t in reducing adolescent sexual risk-taking. *Family Planning Perspective*, 33, 276-281.
- Kong, R., Johnson, H., Beattie, S., & Cardillo, A. (2006) *Sexual offences in Canada*. Statistics Canada – Catalogue no 85-002-XIE, Vol. 23, no. 6.
- Kotchick, B., A., Shaffer, A., Miller, K. S., & Forehand, R. (2001). Adolescent sexual risk behavior: a multi-system perspective. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 493-519.
- Körner, M. (2010). Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clinical Rehabilitation*.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668–677.
- Kuntsche, E., & Ravens-Sieberer, U. (2015). Monitoring adolescent health behaviours and social determinants cross-nationally over more than a decade: introducing the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study supplement on trends. *The European Journal of Public Health*, 25(suppl 2), 1–3.

- Langille, D. B., Hughes, J., Murphy, G. T., & Rigby, J. A. (2005). Socio-economic factors and adolescent sexual activity and behaviour in Nova Scotia. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne De Santé Publique*, 96(4), 313–318.
- Laprise, E., & Loignon, C. (2013). Le travail ethnographique en contexte médical. *Collisions créatrices. Revue du CREMIS*. Vol. 6 no 1.
- Larson, C. P. (2007). Poverty during pregnancy: Its effects on child health outcomes. *Paediatrics & Child Health*, 12(8), 673–677.
- Luong, M. (2008). Perspectives on Labour and Income: Life after teenage motherhood. Statistics Canada.
- Lewis, J. & Knijn, T. (2002). The Politics of Sex Education Policy in England and Wales and The Netherlands since the 1980s. *Journal of Social Policy*, 31, 669-694.
- Ledogar, R. J., & Fleming, J. (2008). Social Capital and Resilience: A Review of Concepts and Selected Literature Relevant to Aboriginal Youth Resilience Research. *Pimatisiwin*, 6(2), 25–46.
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 80–94.
- Loney, T., & Nagelkerke, N. J. (2014). The individualistic fallacy, ecological studies and instrumental variables: a causal interpretation. *Emerging Themes in Epidemiology*, 11, 18.
- Luque-Fernandez, M. A., Cutsem, G. V., Goemaere, E., Hilderbrand, K., Schomaker, M., Mantangana, N., ... Boulle, A. (2013). Effectiveness of Patient Adherence Groups as a Model of Care for Stable Patients on Antiretroviral Therapy in Khayelitsha, Cape Town, South Africa. *PLOS ONE*, 8(2), e56088.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840–847.
- MacKay, A. (2012). Trends in Canadian National and Provincial/Territorial Teen Pregnancy Rates: 2001-2010. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, Volume 21, No. 3&4

- Masters, N. T., Casey, E., Wells, E. A., & Morrison, D. M. (2013). Sexual scripts among young heterosexually active men and women: continuity and change. *Journal of Sex Research, 50*(5), 409–420.
- Maticka-Tyndale, E. (2008). Sexuality and sexual health of Canadian adolescents: Yesterday, Today and Tomorrow. *Canadian Journal of Human Sexuality, 17*(3), 85-95.
- Maticka-Tyndale, E. (2001). Sexual Health and Canadian Youth : How Do We Measure Up? *The Canadian Journal of Human Sexuality, 10*(1-2) 1-17.
- Marmot, M. G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., ... Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet, 337*(8754), 1387–1393.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. Oxford University Press.
- Maia, M. (2009) *Sexualités adolescentes*. Paris: Éditions Pepper – L’Harmattan. Group.
- Massé, R. (1999). La santé publique comme nouvelle moralité. Sous la direction de Fortin, P., *La réforme de la santé au Québec* (pp. 155-174). Cahiers de recherche éthique no. 22. Montréal: Les Éditions Fides.
- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Signs, 30*(3), 1771–1800
- McEwen, B. S. (2012). Brain on stress: how the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 109 Suppl 2*, 17180–17185.
- McGibbon, E., & McPherson, C. (2011). Applying Intersectionality & Complexity Theory to Address the Social Determinants of Women’s Health. *Women’s Health and Urban Life, 10*(1) 59-86.
- McIntyre, P., Williams, G., Peattie, S., Williams, A. (2002). Adolescent Friendly Health Services: An Agenda for Change. World Health Organization.
- Mensch, B., Bruce, J. & Greene, M. (1998). *The uncharted passage :girls’ adolescence in the developing world*. New York : Population Council.
- Mayer, K. H., Bradford, J. B., Makadon, H. J., Stall, R., Goldhammer, H., & Landers, S.

- (2008). Sexual and Gender Minority Health: What We Know and What Needs to Be Done. *American Journal of Public Health*, 98(6), 989–995.
- Miller, B. C. (2002). Family influences on adolescent sexual and contraceptive behavior. *The Journal of Sex Research*, 39(1), 22–26.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Taux d'incidence de cas déclarés de chlamydia - Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe* - Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Mokdad, A, Forouzanfar, Daoud. et al. (2016). Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 387(10036), 2383- 2401.
- Morrow, V. (1999). Conceptualising social capital in relation to the well-being of children and young people: a critical review. *The Sociological Review*, 47(4), 744–765.
- Murphy, E. M., Greene, M. E., Mihailovic, A., & Olupot-Olupot, P. (2006). Was the “ABC” Approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms) Responsible for Uganda's Decline in HIV? *PLoS Medicine*, 3(9), e379.
- Navarro, V. (2009). What We Mean by Social Determinants of Health. *International Journal of Health Services*, 39(3), 423–441.
- Newbern, E. et al. (2004). Family Socioeconomic Status and Self-Reported Sexually Transmitted Diseases Among Black and White American Adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*. 31(9) : 533-541.
- Niedzwiedz, C. L., Katikireddi, S. V., Pell, J. P., & Mitchell, R. (2012). Life course socioeconomic position and quality of life in adulthood: a systematic review of life course models. *BMC Public Health*, 12, 628.
- Nunes, A., & Gomes, J. P. (2014). Evolution, phylogeny, and molecular epidemiology of Chlamydia. *Infection, Genetics and Evolution: Journal of Molecular Epidemiology and Evolutionary Genetics in Infectious Diseases*, 23, 49–64.
- Ordre des infirmières du Québec (2016). Ordonnances collectives.
- Organisation mondiale de la santé (2016). *Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY)*. Health Statistics and Information Systems.

- Organisation mondiale de la santé (2012). *Social Determinants of Health: Report by the Secretariat*. EB132/14. November 2012.
- Organisation mondiale de la santé (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. 28–31 January 2002, Geneva.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *The second decade: improving adolescent health and development*. Organisation mondiale de la santé. Genève. pp. 1-20.
- Organisation mondiale de la santé (1986). *Chartre d’Ottawa pour la Promotion de la santé*. Ottawa, ON: OMS.
- Organisation mondiale de la santé (1975). *Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals*. (Technical Report) Series No. 572). Geneva: Author.
- Ouellet, S. (2013). Vers des services adaptés aux jeunes de 12 à 25 ans dans les CLSC de Montréal. Ministère de la santé et des services sociaux. Montréal (Québec).
- Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la santé. (2000). *Promotion of sexual health: Recommendations for action*. Proceedings of a regional consultation convened by Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO).
- Ortblad, K. F., Lozano, R., & Murray, C. J. L. (2013). The burden of HIV: insights from the Global Burden of Disease Study 2010. *AIDS (London, England)*, 27(13), 2003–2017.
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., ... Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*. 387(10036), 2423-2478.
- Paradis, M. (2015). L’éducation sexuelle à l’ère de la réforme. *Planète F Magazine*. Le 24 février 2015.
- Planty, M. & Langton, L. (2007) Female Victims of Sexual Violence, 1994-2010, U.S. Bureau of Statistics.
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1 suppl), S28–S40.

- Putnam, R. (1993). The Prosperous Community: Social Capital and Public Life. *The American Prospect*, 13, 35-42.
- Raphael, D. (2009). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Canadian Scholars' Press.
- Rao, T. S. S., Gopalakrishnan, R., Kuruvilla, A., & Jacob, K. S. (2012). Social determinants of sexual health. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(2), 105–107.
- Rhéaume, J. (2009). La sociologie clinique comme pratique de recherche en institution : Le cas d'un centre de santé et services sociaux. *Sociologie et sociétés*. 41(1), 195-215.
- Ricardo, C., Barker, G, Pulerwitz, J., & Rocha, V. (2006) Gender, sexual behavior and vulnerability among young people. Dans Inghan, R. & Aggleton, P. (Eds.) *Promoting Young People's Sexual Health : International Perspectives* (pp. 61-78). Routledge : Taylor and Francis Group.
- Risi, C., Caron, F. & Milette, L. (2006). Services préventifs en clinique jeunesse : cadre de référence. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie – Direction de santé publique, Longueuil (Québec).
- Ristvedt, S. L. (2014). The evolution of gender. *JAMA Psychiatry*, 71(1), 13–14.
- Roulston, K. (2008). Probes and Probing. *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. (pp. 682-684). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Sales, J. M., Milhausen, R. R., & DiClemente, R. J. (2006). A decade in review: building on the experiences of past adolescent STI/HIV interventions to optimise future prevention efforts. *Sexually Transmitted Infections*, 82(6), 431–436.
- Santana, M. C., Raj, A., Decker, M. R., Marche, A. L., & Silverman, J. G. (2006). Masculine Gender Roles Associated with Increased Sexual Risk and Intimate Partner Violence Perpetration among Young Adult Men. *Journal of Urban Health*, 83(4), 575–585.
- Santelli *et al.* (2000). The association of sexual behavior with socioeconomic status, family status and race/ethnicity among US adolescents. *American Journal of Public Health*. 90, 1582-1588.
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S.-J., Dick, B., Ezeh, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630–1640.

- Schoen, C, Osborn, R., Doty, M. M., Bishop, M., Peugh, J., & Murukutla, N. (2007). Toward higher-performance health systems: Adults' health care experiences in seven countries. *Health Affairs*, 26, 717-734.
- Schultz, M. (2008). Rudolf Virchow. *Emerging Infectious Diseases*, 14(9), 1480–1481.
- Shanahan, M. J. (2000). Pathways to Adulthood in Changing Societies: Variability and Mechanisms in Life Course Perspective. *Annual Review of Sociology*, 26, 667–692.
- Shannon, Strathdee, Goldenberg et al. (2015). Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet*, 385(9962), 55–71.
- Shaw, M., Dorling, D., Gordon, D. & Davey-Smith, G. (1999). *The widening gap: Health inequalities and policy in Britain*. Bristol: Policy.
- Shoveller, J. & Johnson, J. (2006). Risky groups, risky behavior and risky persons: Dominating discourses on youth sexual health. *Critical Public Health*. 16(1), 47-60.
- Shoveller, J. & Johnson, J., Langille, D., Mitchell, T. (2004) Socio-cultural influences on young people's sexual development. *Social Science & Medicine* 59, 473–487
- Siegrist, J. (1995). Emotions and health in occupational life: new scientific findings and policy implications. *Patient Education and Counselling*. 25, 227-236.
- Simon, W. & Gagnon, J. (1973). *Sexual Conduct : the social sources of human sexuality*. Aldine Publishing Company : Chicago.
- Singh-Manoux, A., Adler, N. E., & Marmot, M. G. (2003). Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Social Science & Medicine*, 56(6), 1321–1333.
- Singh, S. Darroch, Frost et al. (2001). Socioeconomic Disadvantage and Adolescent Women's Sexual and Reproductive Behavior: The Case of Five Developed Countries. *Family Planning Perspectives*, 2001, 33(6), 251–258 & 289
- Singer, S. J., Burgers, J., Friedberg, M., Rosenthal, M. B., Leape, L., & Schneider, E. (2011). Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 68(1), 112–127.
- Skinner, D., Tsheko, N., Mtero-Munyati, S., Segwabe, M., Chibatamoto, P., Mfecane, S., ... Chitiyo, G. (2006). Towards a definition of orphaned and vulnerable children. *AIDS and Behavior*, 10(6), 619–626.

- Smylie, Medaglia & Maticka-Tyndale (2006). The effect of social capital and socio-demographics on adolescent risk and sexual health behaviors. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 15(2), 95-112.
- Snow, J. (1855). *On the Mode of Communication of Cholera*. John Churchill.
- Sosa-Sanchez, I. (2010). Les inégalités sociales et la santé sexuelle et reproductive au Mexique: entre la médicalisation et l'exclusion sociale. *Revue Recherches féministes*. 23(2), 143-163.
- Starks, H., & Trinidad, S. B. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372–1380.
- Statistique Canada (2009). Pregnancy Outcomes by Age group, Canada, provinces and Territories, Annual CANSIM (database).
- Statistique Canada (2015). Comportements sanitaires. Gens en santé, milieux sains. Statistique Canada. Catalogue : 82-229-X.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2nd edition). Sage Publications: London.
- Steptoe, A., & Wardle, J. (2001). Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science & Medicine* (1982), 53(12), 1621–1630.
- Stone, N. & Ingham, R. (2006). Young People and sex and relationships education. Dans Ingham, R. & Aggleton, P. (Eds.) *Promoting Young People's Sexual Health : International Perspectives* (pp. 192-208). Routledge : Taylor and Francis Group.
- Tolman, D. L., Striepe, M. & Harmon, T. (2003). Gender matters: Constructing a model of adolescent sexual health. *The Journal of Sex Research* 40(1), 4-12.
- Tolman, D. (1999). Femininity as a barrier to positive sexual health for adolescent girls. *Journal of the American Medical Women's Association*. 54(3) :133-138.
- Toulgoat, M. (2016). Éducation sexuelle : 19 écoles de la province participent au projet pilote. Radio Canada – Santé.
- Umberson, D., Williams, K., Powers, D. A., Chen, M. D., & Campbell, A. M. (2005). As Good as it Gets? A Life Course Perspective on Marital Quality. *Social Forces; a Scientific Medium of Social Study and Interpretation*, 84(1), 493–511.

- UNAIDS. (2002). AIDS Epidemic Update – December, 2002 Geneva UNAIDS.
- UNESCO (2016). Youth – Definition. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- Valleron, A.-J & Julia, C.(2011). Louis-Rene Villerme (1782-1863), a pioneer in social epidemiology: re-analysis of his data on comparative mortality in Paris in the early 19th century. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(8), 666–670.
- Van de Velde, C. (2008). Devenir Adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe. *Lectures*.
- Van den Broek, F. et al. (2010). Trends in sexually transmitted infections in the Netherlands, combining surveillance data from general practices and sexually transmitted infection centers. *BMC Family Practice*, 11, 39.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641–1652.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20(6).
- Warner, D. F., & Brown, T. H. (2011). Understanding how race/ethnicity and gender define age-trajectories of disability: an intersectionality approach. *Social Science & Medicine* (1982), 72(8), 1236–1248.
- Weaver, H., Smith, G. & Kippax, S. (2005). School-based sex education policies and indicators of sexual health among young people: a comparison of the Netherlands, France, Australia and the United States. *Sex Education* 5(2), 171-188.
- Weber, M. (1922) 1978. *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*. Berkley, CA: U. California Press.
- Weiss, R. (1994). Learning from Strangers: The Art and Method of Qualitative Interview Studies. New York: The Free Press: Maxwell Macmillan
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2007). The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others. *Social Science & Medicine*, 65(9), 1965–1978.
- Wong, J., Pui-Hing, K., Chan, R. & McWatt S. (2012). Risk discourse and sexual stigma: barriers to STI testing and care among young heterosexual women in

disadvantaged neighbourhoods in Toronto. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 21(2), 75-89.

Annexe A : Grilles d'observations

GRILLE D'OBSERVATIONS

Salle d'attente et salle de consultations

Contexte : Les observations auront lieu dans les locaux de la Clinique jeunesse Accès ainsi que dans les salles de consultations.

Objectifs : Les objectifs de ces observations sont de compléter les entretiens semi-dirigés : l'organisation physique de la clinique et les interactions entre personnel et jeunes, en salle d'attente et en consultation, pourront nous informer davantage et de manière nuancée sur ce que les moyens d'interventions et de l'approche de « clinique jeunesse » (un service de santé spécialisé) détectent sur les déterminants sociaux de la vulnérabilité sexuelle chez les jeunes.

Thématiques importantes des observations :

- Lieux physiques
 - Emplacement de la clinique à Montréal
 - Les affiches et publicités dans la clinique (contenu)
 - Organisation de la clinique (espace et locaux)

- Observations dans la salle d'attente
 - L'organisation de la clinique (ex. affiches, pancartes, services d'accueil)
 - Interactions entre personnel et jeunes dans la salle d'attente
 - Ex. les intervenantes qui vont chercher les jeunes dans la salle d'attente
 - Interactions entre les jeunes dans la salle d'attente

- Observations dans la salle de consultation
 - Réactions des intervenantes face aux questions des jeunes
 - Manière de questionner les jeunes
 - Manière d'expliquer une situation en matière de santé sexuelle à un jeune
 - Temps passé avec le jeune (durée de la consultation)
 - Type de renseignements supplémentaires donnés aux jeunes (enseignement et prévention)
 - Description de la salle de consultation
 - Questions du jeune, ses réactions aux explications et question

Annexe B : Grilles d'entretiens

GRILLE D'ENTRETIEN – Jeunes âgés de 18 à 25 ans

Thématiques importantes

Informations sociodémographiques des jeunes

- Pourrais-tu me dire ton âge et ton genre?
- Pourrais-tu me parler un peu des quartiers dans lesquels tu te tiens le plus ?
 - Quartier où tu vis
 - Est-ce qu'il y a des services de santé ou de clinique jeunesse dans les parages ?
 - Quartier de ton école
 - Quartier où tu te tiens le plus souvent (amis vivent, chum/blonde, sorties en soirée, activités parascolaires)
 - Quartier où tu travailles
- Pourrais-tu me décrire maintenant avec qui tu vis ?
 - Membres de la famille, nombre de personnes dans le ménage
 - Depuis combien de temps tu vis seul (si loin des parents) ?

Interactions avec la clinique jeunesse du CSSS

- Comment as-tu connu la clinique jeunesse ?
- Comment est-ce que tu définis la clinique (ex. services, contact avec intervenantes) ?
- As-tu déjà eu d'autres services de santé sexuelle ? (ex. école, cégep, hôpital)
- Pourquoi as-tu choisi de venir à cette clinique la première fois ?
- Quelle professionnelle de la santé as-tu déjà vu à la clinique ?
- Lors des interventions, comment est-ce que tu te sens ?
 - À l'aise ?
 - Au départ, est-ce que c'était un sentiment différent ?
 - Pourquoi tu te sens/sentais de cette façon?
 - Qu'est-ce que la clinique a pu te donner ? (ex. connaissances)
- Pourquoi choisis-tu de revenir à la clinique ?

Recommandations pour la clinique

- Quels sont les points forts et faibles des services de la clinique ?
- Aurais-tu des recommandations à faire pour améliorer les interventions ici à la clinique ?

Santé sexuelle et activités sexuelles

- Comment est-ce que tu définis la santé sexuelle, en général ?
- Comment est-ce que tu définis ta santé sexuelle ?
 - Es-tu actif sexuellement ?
 - Quel est ton mode de protection contre les infections transmises sexuellement et les grossesses ?
- Déjà eu des problèmes de santé sexuelle (à leur discrétion d'en parler)
 - Déjà eu une ITS, pensé que tu as déjà eu une ITS

- Peux-tu me partager cette expérience ?
- Comment est-ce que tu définis les risques par rapport à la santé sexuelle ?
 - Qu'est-ce qui détermine/influence ces risques ?
 - Est-ce qu'il y a certaines personnes ou groupe sociaux qui sont plus à risque ?
- As-tu déjà eu le sentiment que tu prenais un risque en relation sexuelle
 - C'est-à-dire que tu ne te sentais pas bien ou à l'aise à faire quelque chose en relation intime ?

Représentations en matière de santé sexuelle

- Comment est-ce que tu perçois les rôles et les responsabilités des personnes en relation intime
 - Ex. la responsabilité de la contraception ? L'initiation de la relation ?
- Selon toi, quels devraient être ces rôles et responsabilités ?
 - Ex. tous les deux payer pour la contraception ?

Connaissances en matière de santé sexuelle

- Quelles étaient tes sources de connaissances par rapport à la santé sexuelle
 - Ex. Est-ce que c'est plutôt à : école, amis, famille, internet, services de santé
 - Comment on aborde la sexualité et la santé sexuelle avec ses amis, famille, à l'école (cours de formation personnelle et sociale)
 - Est-ce que les informations distribuées ou la façon d'en parler diffère entre ces sources ? Comment ?
- Quelles sont tes sources actuelles ?
- Quelles devraient être les sources d'informations en matière de santé sexuelle selon toi ?

Conclusions

- À quoi est-ce que tu associes la santé sexuelle ?
 - Ex. investissement pour la santé sexuelle au cours de ta vie ? Fertilité ? Bonnes relations de couples ?
- Pourquoi est-ce que c'est important de se préoccuper de sa santé sexuelle ?
- Aurais-tu d'autres choses à ajouter ?

GRILLE D'ENTRETIEN – Intervenantes de la Clinique jeunes Accès

Thématiques importantes

Parcours professionnel

- Pouvez-vous me parler de vos études et de votre formation professionnelle ?
 - Pourquoi est-ce que vous vous êtes intéressée à la santé sexuelle des jeunes ?
- Où avez-vous travaillé avant de venir à la clinique jeunesse Accès ?
- Pourquoi travaillez-vous à la Clinique jeunesse Accès ?

Comment les intervenantes définissent la clinique jeunesse

- Selon vous, c'est quoi un service spécialisé/adapté à la santé sexuelle des jeunes ? Pourriez-vous me donner une définition plus objective, sans faire référence à la clinique jeunesse Accès (des questions plus précises par rapport à la clinique suivront)
 - Quels sont les services offerts ?
 - Comment ces services se distinguent des services courants qui offrent des services de santé sexuelle ?
- Comment est-ce que la clinique jeunesse Accès est un service spécialisé dans la santé sexuelle des jeunes ?
 - Comment est-ce que vous définissez la clinique ?
 - Quels sont les services offerts ?
 - Comment arrivent les jeunes : certains sont-ils envoyés par d'autres services (si oui, lesquels) ou sont simplement conseillés/informés par qui/quoi ?

Interventions avec les jeunes en consultation

- Pouvez-vous me décrire une intervention habituelle avec un jeune, du début à la fin ? Selon votre domaine d'expertise.
 - Du début jusqu'à la fin
- Pouvez-vous me décrire votre cueillette d'informations en consultation avec un jeune ?
 - Quel type de questions posez-vous aux jeunes pour obtenir ces informations
 - Sur quoi se basent ces questionnements ?
 - Sont-ils standards comme un questionnaire médical, ou selon une approche clinique jeunesse (aussi de cadre), ou par intuition et expérience de pratique ?
 - Est-ce que ces questions ont une visée en lien direct avec la santé sexuelle ou sont-elles plus larges en lien avec le milieu des jeunes (Ex. Quartier, école, famille, partenaire)
 - Faites-vous recours à d'autres expertises pour évaluer les cas ? Si oui, lesquels ?
- Rencontrez-vous des difficultés particulières dans l'évaluation des cas ? Si oui lesquelles ?
- De quels moyens disposez-vous pour surmonter ces difficultés ?
- Comment assurez-vous un suivi du jeune, c'est-à-dire qu'il revienne chercher des soins ou qu'il se préoccupe de sa santé sexuelle? (si nécessaire)

Vulnérabilité sexuelle

- Selon vous, comment est-ce que vous définissez un jeune qui est sexuellement vulnérable ?
- Qu'est-ce qui rend un jeune sexuellement vulnérable ? (ex. statut-socioéconomique, quartier, logement, âge, etc.)

Informations distribuées aux jeunes

- Quels sont les informations et les renseignements que vous distribuez aux jeunes ? (Ex. Selon votre discipline d'expertise, selon ce qui a été question lors de l'intervention)

Recommandations pour la clinique jeunesse

- En terminant, quelles sont les forces et/ou faiblesses de la clinique
 - Quelles sont les recommandations pour améliorer les services de la clinique jeunesse
- Selon vous, pourquoi est-ce qu'il est important de se préoccuper de la santé sexuelle des jeunes ?
 - À quoi associé vous la santé sexuelle ?
 - Pourquoi votre travail ici à la clinique jeunesse Accès est important ?
- Avez-vous autres choses que vous voulez ajouter ?