

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

SANTÉ SEXUELLE ET AUTONOMIE REPRODUCTIVE : ÉTUDE
QUALITATIVE SUR LES EXPÉRIENCES ET REPRÉSENTATIONS DES
FEMMES UNIVERSITAIRES DE MUMBAI, INDE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
SARAH BEAUCHEMIN-ROY

MARS 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

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

REMERCIEMENTS

D'un côté pratique...

Tout d'abord, ce mémoire n'aurait pas vu le jour sans l'aide précieuse de ma directrice et de mon codirecteur. Merci pour votre confiance en mes capacités et dans mon projet, et ce, du début à la fin.

Merci à Sylvie Lévesque pour le soutien dont j'ai pu bénéficier et la patience dont tu as fait preuve tout au long de ce mémoire. Merci pour les défis que tu m'as permis de relever. Merci pour ton énergie, ton efficacité, ta rigueur et ta correction consciencieuse.

Merci à Mathieu Boisvert de m'avoir offert l'occasion d'aller faire mon terrain en Inde. Merci pour tes commentaires toujours intéressants, positifs et parfois amusants. Merci pour ton calme et ton ouverture. Merci pour ton expertise.

De plus, merci au Centre d'études et de recherche sur l'Inde, l'Asie du Sud et sa diaspora (CERIAS), merci aux Routes du Monde et merci à Qatar Airways qui m'ont gracieusement offert le transport aérien jusqu'à Mumbai.

Merci au programme de Bourses à la mobilité de l'UQÀM, lequel m'a permis de me loger à Mumbai.

Merci à Mario pour tous tes encouragements et surtout, pour la relecture de mon mémoire. Je suis choyée d'avoir un oncle toujours heureux de jouer avec les participes passés des verbes pronominaux..!

A huge thank you to my ten inspiring participants, generous of their time and experiences. Thank you for sharing a part of your intimate life with me.

D'un côté plus personnel...

Merci à mes parents, Marie et Gaétan, qui m'ont encouragé dans mon projet de partir seule en Inde. Merci à vous pour votre présence et votre empathie dans mes moments d'anxiété et de découragement. Merci à vous de me faciliter la vie. Merci à vous de m'avoir accueillie les bras ouverts dans les mois d'écriture. Merci à mon père, constamment prêt à exaucer mes demandes de princesse ! Merci à ma mère, toujours présente et contente de m'aider avec mes questions lexicales, grammaticales et orthographiques. Merci d'être aussi fiers de moi (je sais que vous l'êtes !)

Merci à ma sœur Julie, venue me retrouver en Inde. Merci à ma sœur qui, indirectement, m'a obligée à faire de la marche tous les jours, beau temps ou mauvais temps — grande contribution à mon équilibre mental ! Merci pour tes appels, ton soutien continu et tes petites surprises postales.

Merci à Valérie et Audrey pour tous ces matins, après-midis, soirées et nuits d'écriture. Les moments efficaces, mais surtout les moments de procrastination, n'auraient pas été les mêmes sans vous ! Merci Val, pour les *post-it*, les analyses en profondeur, les traductions et ton amitié. Merci Audrey, pour les fous rires, les conversations sur notre avenir (quel avenir ?), les *Snapchat* par milliers et ton amitié.

Merci à Laurence-Amélie pour les conseils et les encouragements si importants dans mes moments d'anxiété.

Merci à Mathilde, pour ta présence rassurante à Mumbai. Merci d'avoir facilité mon séjour en Inde. Je remercie la vie d'avoir croisé ton chemin.

Merci à Sophie pour les bons et agréables soupers qui me faisaient le plus grand bien.

Merci à mes amies, Marie-Élaine, Camille, Véronique, Aniclaude et Virginie pour votre soutien indéfectible.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
RÉSUMÉ	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE.....	3
CHAPITRE II	
ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	7
2.1 Le contexte indien.....	7
2.1.1 La ville de Mumbai, l'État du Maharashtra et l'Inde.....	10
2.1.2 Les composantes principales de l'identité de la femme.....	12
2.1.3 La scolarisation des femmes en Inde	16
2.1.4 Les rôles de genre et les occasions de rapprochements amicaux et amoureux.....	17
2.1.5 Les réticences à discuter de sexualité persistant	19
2.2 La sexualité chez les jeunes	20
2.2.1 La sexualité avant le mariage : attitudes des jeunes, influences des parents et des pairs.....	20
2.2.2 La sexualité avant le mariage : les conséquences sociales pour les jeunes femmes	22
2.2.3 Les premières expériences de relation sexuelle chez les jeunes	23
2.2.4 L'autonomie et la négociation entourant les relations sexuelles et la contraception.....	26
2.3 Les connaissances et l'utilisation des méthodes contraceptives et soins de santé	27
2.3.1 Les sources d'information sur la sexualité et les méthodes contraceptives	27
2.3.2 Le manque de connaissances sur le corps, la contraception et la sexualité	28
2.3.3 Les méthodes contraceptives utilisées par les jeunes en Inde.....	33
2.3.4 Les défis dans l'utilisation des services de soins de santé	36

CHAPITRE III	
CADRE CONCEPTUEL	39
3.1 Définition et contextes favorables à une santé sexuelle et reproductive.....	39
3.2 Théorie féministe de la justice reproductive	41
3.3 Modèle théorique de l'autonomie reproductive	44
CHAPITRE IV	
MÉTHODOLOGIE.....	48
4.1 Description du projet.....	48
4.2 Outils de collecte de données.....	49
4.3 Procédures de recrutement	52
4.4 Déroulement des entrevues	54
4.5 Procédures d'analyses qualitatives.....	55
4.6 Considérations éthiques	56
CHAPITRE V	
RÉSULTATS	59
5.1 Présentation des participantes	59
5.1.1 Les représentations d'une relation sexuelle sont diversifiées	62
5.2 Les structures familiales, sociales et culturelles modulent les expériences sexuelles des participantes	63
5.2.1 L'importance d'être une femme honorable dans toutes les sphères de la vie	64
5.2.2 La sexualité avant le mariage est inacceptable	67
5.2.3 La procréation devrait constituer l'unique fonction de la sexualité à l'intérieur du mariage.....	71
5.2.4 La vie amoureuse ou sexuelle des jeunes femmes est contrôlée par les membres de la famille	75
5.2.5 Le consentement sexuel est une notion primordiale à l'atteinte de l'autonomie sexuelle et reproductive	79
5.3 Les facteurs individuels jouent un rôle dans l'atteinte de l'autonomie sexuelle et reproductive des participantes.....	81

5.3.1 La perception de leur première relation sexuelle varie selon leurs critères personnels d'une expérience idéale.....	81
5.3.2 Les connaissances des participantes sur le corps féminin et les méthodes contraceptives proviennent de sources d'information variées	83
5.3.3 Les participantes souhaitent principalement éviter une grossesse, tout en utilisant des méthodes contraceptives moins efficaces à cette fin	86
5.3.4 Les défis perçus au cours de la consultation avec un professionnel de la santé et de l'accès à la contraception contraignent les participantes à favoriser les méthodes les plus accessibles et non les plus efficaces contre les grossesses	92
5.4 Les relations interpersonnelles avec le partenaire sexuel influencent le niveau d'autonomie sexuelle et reproductive des participantes.....	95
5.4.1 La notion de consentement présentée dans les expériences sexuelles des participantes	95
5.4.2 L'implication du partenaire dans la contraception oblige les participantes à recourir à leurs capacités de prise de décision et de communication.....	97
5.5 Pour améliorer l'accès et les connaissances sur la contraception, les participantes proposent des changements préalables importants dans la société	102
CHAPITRE VI	
DISCUSSION	107
6.1 Les structures sociales et culturelles mettent en place des normes entourant la sexualité féminine : l'importance de la virginité, du mariage et de la procréation...	109
6.2 La famille et le réseau de pairs modulent les expériences sexuelles des participantes	111
6.2.1 Les participantes font face à plusieurs attentes sociales dans leur conduite et leur sexualité	111
6.2.2 L'absence de discussion entourant les relations intimes et la sexualité des participantes au sein de leur famille.....	112
6.2.3 Le soutien des pairs est important pour les participantes.....	114
6.3 L'atteinte d'une autonomie sexuelle et reproductive nécessite la considération de plusieurs facteurs individuels.....	115
6.3.1 Les premières expériences sexuelles des participantes.....	115

6.3.2 L'utilisation des sources d'information par les participantes leur permet d'adopter une méthode contraceptive	116
6.3.3 Les raisons d'utilisation des méthodes contraceptives.....	117
6.3.4 Les cinq méthodes contraceptives utilisées par les participantes.....	118
6.3.5 Leurs perceptions des méthodes contraceptives affectent leurs choix contraceptifs	120
6.4 Les facteurs interpersonnels permettent de considérer le niveau d'autonomie reproductive des participantes lors des situations de négociation.....	122
6.5 Recommandations	124
6.6 Limites du projet de recherche	129
CONCLUSION	132
APPENDICE A	
GRILLE D'ENTREVUE	134
APPENDICE B	
OUTIL VISUEL.....	137
APPENDICE C	
QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	138
APPENDICE D	
AFFICHE DE RECRUTEMENT	139
APPENDICE E	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	140
APPENDICE F	
LISTE DES RESSOURCES	144
APPENDICE G	
CERTIFICAT ÉTHIQUE	145
RÉFÉRENCES.....	146

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
Figure 3.1	Modèle théorique élaboré par Upadhyay <i>et al.</i> , 2014.....	46
Figure 6.1	Modèle théorique final.....	107

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
Tableau 5.1	Caractéristiques des participantes.....	61
Tableau 5.2	Méthodes contraceptives utilisées par les participantes.....	90

RÉSUMÉ

Cette recherche vise à explorer les expériences et représentations des femmes indiennes universitaires quant à leur santé sexuelle et reproductive. Plus précisément, il s'agit d'explorer les normes sociales et les enjeux associés à la décision d'avoir une vie sexuelle active ; de documenter les expériences et perceptions des femmes quant à leurs connaissances et à l'utilisation des méthodes de contraception ; et de décrire leur pouvoir de décision et de contrôle sur leur stratégie contraceptive.

Pour y arriver, une recherche qualitative exploratoire a été menée de septembre à novembre 2016 à Mumbai, en Inde. Les 10 participantes sont des étudiantes au collège ou à l'université, sexuellement actives dans les douze derniers mois, âgées de 20 à 25 ans, qui ont pris part à une entrevue semi-dirigée de 60 minutes.

Les résultats indiquent que les jeunes femmes universitaires font face à de nombreux obstacles à l'atteinte d'une autonomie reproductive et donc, d'une santé sexuelle et reproductive optimale. Tout d'abord, les normes patriarcales établies par les structures sociales et culturelles influencent les représentations de la sexualité féminine dans la société. Ensuite, quant aux expériences sexuelles des participantes, elles sont modulées par la famille et le réseau des pairs ; le premier étant un obstacle et le deuxième étant un facilitateur à la transgression des normes et des attentes sociales envers les femmes. Enfin, plusieurs facteurs interpersonnels et individuels élaborés dans ce mémoire jouent un rôle déterminant dans l'atteinte d'une autonomie reproductive.

Pour conclure, il sera pertinent de se pencher sur les limites de cette recherche ainsi que sur des recommandations. Or, considérant que des changements majeurs sont nécessaires à plusieurs niveaux, des recommandations globales seront proposées.

Mots-clés : autonomie reproductive ; santé sexuelle et reproductive ; justice reproductive ; méthodes contraceptives ; étudiantes collégiales et universitaires ; Mumbai ; Inde

INTRODUCTION

Dans les grandes villes telles que Mumbai, les jeunes femmes sont plus nombreuses à fréquenter le collège ou l'université¹. Comme l'âge de la puberté survient de plus en plus tôt et l'âge au mariage survient de plus en plus tard en raison de leurs études, il s'écoule plusieurs années pendant lesquelles les jeunes femmes ont l'occasion de nouer des relations amoureuses ou sexuelles. Bien que la sexualité prémaritale soit encore perçue comme taboue et illicite en Inde, les recherches démontrent que les jeunes sont sexuellement actifs avant le mariage (Alexander, Garda, Kanade, Jejeebhoy et Ganatra, 2006, 2007; Doshi, Dovina et Sasikala, 2013; Pardhi, Jungari et Bomble, 2015). Cette augmentation des relations sexuelles prémaritales² amène aussi une augmentation des grossesses non désirées et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes (Abraham, 2001; Abraham et Kumar, 1999). Les normes sociales propagent qu'une sexualité saine se trouve à l'intérieur du mariage et aux fins de la procréation. Ces normes rendent taboue l'utilisation des méthodes contraceptives, et ce, davantage chez les jeunes qui ne sont pas mariés.

Cette recherche vise à explorer les expériences et représentations des jeunes femmes indiennes universitaires quant à leur santé sexuelle et reproductive. Plus précisément, il s'agit d'explorer les normes sociales et les enjeux associés à la décision d'avoir une

¹ Le collège en Inde représente le niveau de baccalauréat au Canada. L'université en Inde représente les niveaux d'études supérieures, dont la maîtrise et le doctorat. Dans ce mémoire, l'usage des termes « université » ou « universitaire » sera employé tel qu'utilisé au Canada, soit pour les niveaux du baccalauréat, de la maîtrise, du doctorat et du postdoctorat. Il englobe donc le terme « collège ».

² Aux fins des présentes, la sexualité des jeunes sera parfois décrite comme étant la « sexualité prémaritale ». Au Québec, cette qualification de « prémaritale » n'a pas cours, mais les recherches scientifiques en Inde utilisent les expressions « sexualité prémaritale » ou « relations sexuelles prémaritales ». Ces termes seront repris dans ce mémoire lorsqu'il est question de la sexualité des jeunes.

vie sexuelle active ; de documenter les expériences et perceptions des femmes quant à leurs connaissances et utilisation des méthodes de contraception ; et de décrire leur pouvoir de décision et de contrôle sur leur stratégie contraceptive.

Cette recherche qualitative exploratoire a été menée de septembre à novembre 2016 à Mumbai, en Inde. Dix femmes de 20 à 25 ans fréquentant le collège ou l'université qui étaient sexuellement actives dans les douze mois précédant la recherche ont pris part à une entrevue semi-directive. L'analyse des données a été réalisée à l'aide d'un cadre conceptuel féministe, soit la théorie de la justice reproductive (Bailey, 2011; Chrisler, 2012; Fédération Québécoise pour le Planning des Naissances, 2014) et le modèle théorique de l'autonomie reproductive (Purdy, 2006; Upadhyay, Dworkin, Weitz et Foster, 2014).

Ce mémoire comporte six chapitres. Le premier chapitre s'intéresse à la problématique de la santé sexuelle et reproductive des jeunes femmes universitaires de Mumbai. Le second chapitre présente l'état des connaissances à partir des écrits scientifiques, sur plusieurs aspects importants de la sexualité des jeunes en Inde. Le troisième chapitre aborde le cadre conceptuel qui guide l'étude. Le quatrième chapitre présente la méthodologie utilisée aux fins de cette recherche. Le cinquième chapitre présente les résultats obtenus à la suite de la collecte de données réalisée à Mumbai. Le sixième et dernier chapitre propose une discussion des résultats en regard de la littérature scientifique.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Encore considérée comme un pays en développement, l'Inde est la plus grande et la plus prospère nation d'Asie du Sud (Raj, Saggurti, Balaiah et Silverman, 2009). Dans les grandes villes modernes telles que Mumbai, il semble exister une modernisation des mœurs qui permet une certaine émancipation des femmes à travers l'éducation et la transformation des normes culturelles (Chasles, 2008). Cependant, la sexualité de cette jeunesse étudiante émergente reste taboue et peu étudiée dans la littérature scientifique (Abraham, 2001; Abraham et Kumar, 1999; Doshi *et al.*, 2013; Santhya, Acharya et Jejeebhoy, 2011a).

Selon l'Organisation des Nations Unies, l'Inde sera le pays le plus peuplé dans le monde d'ici 2045 (Prateek et Saurabh, 2013). Cette projection démographique s'appuie en partie sur la préséance du mariage et de la maternité comme constituantes centrales de l'identité de la femme en Inde (Abraham et Kumar, 1999; George, 2002; Unnithan, 2010; Widge, 2002). Cependant, particulièrement dans les zones urbaines, une évolution des normes sociales s'opère, entre autres par l'acceptation de l'union libre (Chasles, 2008; Manier, 2015). Or, même si les jeunes tendent à avoir des perceptions plus libérales de la sexualité prémaritale (Abraham, 2001; Hogmark, Klingberg-Allvin, Gemzell-Danielsson, Ohlsson et Essén, 2013), les relations sexuelles avant le mariage demeurent illicites et taboues dans la société (Abraham, 2002; Abraham et Kumar, 1999; Alexander *et al.*, 2007; Santhya, Acharya, Jejeebhoy et Ram, 2011b).

Les jeunes sont de plus en plus nombreux à être sexuellement actifs avant le mariage (Doshi *et al.*, 2013), dont plusieurs études qui indiquent que la première expérience

de relation sexuelle (et celles ultérieures) est souvent non protégée, ce qui pourrait faire augmenter le nombre de grossesses non planifiées et d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes (Abraham, 2001; Alexander *et al.*, 2006; Doshi *et al.*, 2013; Santhya *et al.*, 2011a; Santhya *et al.*, 2011b; Shekhar, Ghosh et Panda, 2007). Bien que les jeunes vivent plus d'expériences sexuelles, force est de constater que leurs connaissances sur de nombreux sujets tels que le corps, la reproduction, la grossesse, la contraception et les ITSS demeurent partielles ou incorrectes (Abraham, 2001; Khanna, Gurbaxani et Sengupta, 2002; Mutha, Mutha, Baghel, Patil, Bhagat, Patel et Watsa, 2014; Paul, Essén, Sariola, Iyengar, Soni et Klingberg Allvin, 2017). Les jeunes filles seraient particulièrement mal informées sur ces sujets, en ce sens qu'elles démontrent des connaissances plus faibles que celles des garçons (Chopra et Dhaliwal, 2010; Mutha *et al.*, 2014; Shekhar *et al.*, 2007). Il devient donc pertinent de s'intéresser aux stratégies utilisées par ces femmes étudiantes pour s'occuper de leur santé sexuelle et reproductive.

Les recherches sur la sexualité constituent un défi de tous les jours sur l'ensemble des continents (Khanna *et al.*, 2002). En Inde, ce défi est de taille en raison des tabous et des normes sociales entourant la sexualité. Il s'avère donc difficile d'aborder la sexualité comme un sujet de recherche, considérant l'aspect privé et personnel de la question auquel s'entremêlent mythes, tabous et mœurs (Abraham, 2001; Abraham et Kumar, 1999; Khanna *et al.*, 2002). En fait, des auteurs déplorent le manque de recherches en Inde portant sur la sexualité et les expériences sexuelles des jeunes étudiants et étudiantes (Abraham, 2001; Abraham et Kumar, 1999; Doshi *et al.*, 2013; Santhya *et al.*, 2011a). Plus précisément, les normes sociales rigides imposées par la culture, la religion ainsi que l'État rendent difficiles les recherches sur la sexualité des jeunes femmes (Abraham et Kumar, 1999; Manier, 2015). Les études qui documentent la sexualité des jeunes adultes sont généralement de nature quantitative (Khanna *et al.*, 2002), ce qui ne permet pas une compréhension complète des

dynamiques. Quant aux populations de femmes étudiées, les études s'intéressent soit aux femmes mariées (Prasad, Abraham, Kurz, George, Lalitha, John, Jayapaul *et al.*, 2005; Prateek et Saurabh, 2013), soit aux femmes vivant en milieu rural (Paul *et al.*, 2017) ou ayant des conditions socioéconomiques faibles (Joshi et Patil, 2007). Enfin, les rares études qui se sont intéressées de façon qualitative et quantitative à la sexualité des étudiants de Mumbai remontent à plusieurs années (Abraham, 2001, 2002; Abraham et Kumar, 1999). Ainsi, ces études ne permettent pas de comprendre la réalité des jeunes qui entament une vie sexuellement active avant le mariage (Santhya *et al.*, 2011b). Il est d'autant plus difficile de généraliser ces données aux trajectoires sexuelles et reproductives de la classe émergente des jeunes femmes urbaines ayant reçu une éducation universitaire. Pourtant, considérant qu'il y a une baisse de l'âge de la puberté et une augmentation de l'âge au moment du mariage, les jeunes ont de plus en plus d'occasions de s'engager dans des relations amoureuses ou sexuelles prémaritales (Alexander *et al.*, 2007). Il devient dès lors pertinent de s'intéresser à un groupe peu étudié dans la littérature scientifique : les jeunes femmes célibataires (Khanna *et al.*, 2002), urbaines et universitaires. Il existe un besoin de recherche approfondie sur les attitudes, les négociations et les pratiques sexuelles des jeunes en Inde (Khanna *et al.*, 2002). Une seule étude semblable à celle entreprise dans ce mémoire s'est penchée sur la question de la négociation et de l'autonomie reproductive des femmes indiennes, mais auprès de femmes mariées vivant en milieu rural (Paul *et al.*, 2017). Ainsi, cette recherche s'intéresse à comprendre qualitativement les expériences et les représentations des jeunes femmes urbaines universitaires sur leur santé sexuelle et reproductive en s'appuyant sur le concept d'autonomie reproductive.

En se basant sur les contextes favorables à une santé sexuelle et reproductive (World Health Organization, 2010) ainsi qu'au cadre conceptuel combiné de la théorie féministe de la justice reproductive (Bailey, 2011; Chrisler, 2012; Fédération

Québécoise pour le Planning des Naissances, 2014) et du modèle théorique de l'autonomie reproductive (Purdy, 2006; Upadhyay *et al.*, 2014), cette étude vise à explorer les expériences et les représentations des femmes indiennes universitaires de Mumbai quant à leur santé sexuelle et reproductive. Plus précisément, cette recherche veut explorer les normes sociales et les enjeux associés à la décision d'avoir une vie sexuelle active ; documenter les expériences et perceptions des femmes quant à leurs connaissances et utilisations des méthodes de contraception ; ainsi que décrire leur pouvoir de décision et de contrôle sur leur stratégie contraceptive.

En termes de retombées sociales, à court terme, cette recherche a permis à des femmes universitaires de partager et de réfléchir sur leurs expériences sexuelles ainsi que de dénoncer certains défis que vivent les jeunes femmes dans la société indienne. À moyen terme, cette recherche vise à mieux comprendre les perceptions et les expériences des étudiantes universitaires de Mumbai en ce qui a trait à leur corps, à leur sexualité et surtout, à leur utilisation et leur négociation des méthodes contraceptives. Cela pourrait également contribuer à une amélioration des services offrant des méthodes de contraception près des centres universitaires. À long terme, cette recherche permettra de réfléchir aux normes sociales véhiculées en Inde et sur la modernisation de celles-ci dans une grande ville telle que Mumbai. En somme, cette étude permettra de discuter des enjeux d'autonomie reproductive dans un contexte particulier de femmes universitaires à Mumbai. Cette étude s'inscrit dans la mouvance du respect des droits des femmes en Inde, en particulier en souhaitant l'amélioration de l'autonomie reproductive des femmes.

CHAPITRE II

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce chapitre vise à présenter les principaux résultats des recherches scientifiques récentes relatives au sujet de cette étude. Les sections documentent les points suivants : 1) le contexte indien ; 2) la sexualité chez les jeunes Indiens ; et 3) les connaissances et l'utilisation des méthodes contraceptives et soins de santé en Inde.

2.1 Le contexte indien

Bien qu'il soit impossible de décrire la complexité de l'Inde en un chapitre, cette section se veut informative afin de permettre au lecteur de mieux se situer au travers les nombreux aspects qui forment le pays, car « l'Inde est aussi multiple que les individus qui la composent, qui l'ont composée... » (Granger, Bates, Boisvert et Jaffrelot, 2013, p. 12). La population de l'Inde est estimée à 1,34 milliard en 2017 (United Nations, Department of Economic and Social Affairs et Population Division, 2017), ce qui en fait la plus grande démocratie du monde (Granger *et al.*, 2013). En fait, selon Granger et ses collègues, « l'Inde n'est plus un pays en émergence ; depuis la libéralisation économique en 1991, elle se transforme rapidement pour devenir une puissance incontournable sur la scène internationale » (2013, p. 10).

L'Inde est un pays où toutes les religions coexistent de façon relativement pacifique. L'hindouisme représente 80 % de la population totale, laissant aux autres religions plus de 250 millions d'individus (Granger *et al.*, 2013). L'islam est l'une des grandes religions de l'Inde avec plus de 170 millions de musulmans – faisant de l'Inde le

deuxième pays musulman au monde (derrière l'Indonésie et à égalité avec le Pakistan et le Bangladesh) (Granger *et al.*, 2013). L'influence islamique est bien présente dans l'histoire indienne, dans la musique ainsi que dans la cuisine indienne (Granger *et al.*, 2013). Le christianisme représente 2 % de la population, soit 25 millions de chrétiens qui jouent un rôle important dans les domaines de l'éducation et des soins (Granger *et al.*, 2013). Bien que les sikhs représentent aussi 2 % de la population, ils ont un poids bien plus important que leur nombre, tant au niveau social et culturel que politique et économique (Granger *et al.*, 2013). D'autres religions pratiquées en Inde sont le bouddhisme, le judaïsme, le jaïnisme, le zoroastrisme et des formes d'animisme répandues parmi les aborigènes (Granger *et al.*, 2013).

Sans oublier les violences récurrentes dont les musulmans sont encore aujourd'hui victimes, il faut reconnaître à l'Inde un succès méritoire dans ses efforts pour transcender le pluralisme religieux au nom d'un principe d'unité qui s'incarne dans l'idée de sécularisme [... Il] n'est pas ici question d'une séparation de l'État et [du religieux], mais bien plutôt d'une égale bienveillance manifestée par le pouvoir à l'égard des différentes communautés religieuses (Granger *et al.*, 2013, p. 18).

Comme les multiples religions qui se côtoient, les langues en Inde sont nombreuses et diversifiées avec ses 23 langues officielles reconnues par la Constitution, telles que le hindi et l'anglais. « Là aussi, l'Inde se singularise par une extrême diversité » (Granger *et al.*, 2013, p. 19). Bien que le hindi soit la langue la plus parlée, plus de 80 millions sont anglophones, ce qui place l'Inde tout juste derrière les États-Unis comme deuxième pays anglophone au monde (Granger *et al.*, 2013). Il est donc de plus en plus courant de rencontrer des Indiens instruits qui parlent trois langues : la langue de leur région ou de leur État, le hindi et l'anglais (Granger *et al.*, 2013).

Selon Granger et ses collègues (2013), la montée en puissance de la classe moyenne serait un des phénomènes les plus marquants des années 2000 puisqu'elle représente 20 % de la population indienne. Les personnes faisant partie de la classe moyenne

sont celles qui possèdent deux des quatre caractéristiques suivantes : « une fréquentation du système d'éducation pendant au moins dix ans ; la possession d'au moins trois de ces quatre objets : un véhicule à moteur, un poste de télévision, une pompe électrique et une terre non agricole ; une maison construite en dur (en brique ou en ciment) ; un emploi de col blanc » (Granger *et al.*, 2013, p. 22). Ces critères démontrent assez bien que la classe moyenne tend à consommer de plus en plus de biens et à créer de nouveaux styles de vie, tels que la fréquentation des centres commerciaux, des galeries d'art, des cinémas, etc. (Granger *et al.*, 2013) L'éducation est également devenue une priorité pour les familles de classe moyenne. Granger et ses collègues (2013) observent que cette classe sociale est en transition, c'est-à-dire qu'elle souhaite des changements vers la modernité, tout en conservant les traditions.

Enfin, il n'est pas possible de parler de l'Inde sans aborder même brièvement le système de castes, si prégnant dans l'hindouisme qu'il se répercute même chez les musulmans et les chrétiens (Granger *et al.*, 2013). Les premiers textes, de littérature sanskrite, où l'on parle des castes remontent à environ 2000 ans av. J.-C. Pour définir chacune des castes, il faut reconnaître la pureté des uns et l'impureté des autres (Granger *et al.*, 2013). De cette pureté émaneront donc leur fonction et leur statut socioéconomique. Traditionnellement, les brahmanes sont les plus purs et font un travail de l'esprit (prêtres, professeurs, fonctionnaires, entre autres) ; les kshatriyas sont des guerriers par excellence ; les vaisyas sont des commerçants ; les shudras sont des artisans (forgerons, joailliers, tisserands, cultivateurs, éleveurs) ; les intouchables (également appelés dalits) sont qualifiés ainsi, car ils seraient impurs : ils ont donc des tâches qualifiées de dégradantes dans la société hindoue, comme le tannage et la cordonnerie puisque le travail du cuir est réprouvé en raison de la sacralisation de la vache (Granger *et al.*, 2013, p. 25). Lors de la proclamation de l'indépendance de la République indienne en 1947, il a été établi que toute discrimination fondée sur l'appartenance à une caste sera punie par la loi, abolissant de ce fait le concept

d'intouchabilité (Granger *et al.*, 2013). Or, c'est suite à l'application d'une politique de discrimination positive envers les basses castes vers la fin du 19^e siècle qu'il y aura une amélioration de l'éducation et des droits des intouchables. En effet, le gouvernement applique depuis des pourcentages de réservation aux basses castes dans les universités, dans les postes de la fonction publique ainsi que dans les différents niveaux de gouvernements (Granger *et al.*, 2013). Toutefois, plusieurs défis sont à relever puisque les castes sont encore importantes pour la société, à un tel point que le mélange de castes est à éviter afin de maintenir le système en place.

S'il y a encore des castes, il n'y a plus de système des castes, du moins dans les villes, car dans les campagnes, la hiérarchie reste fortement intériorisée [...] Si le système des castes s'est métamorphosé, la caste demeure une des unités de base de la vie indienne... (Granger *et al.*, 2013, p. 30)

2.1.1 La ville de Mumbai, l'État du Maharashtra et l'Inde

L'Inde est la plus grande et la plus prospère nation d'Asie du Sud (Raj *et al.*, 2009). En 2017, sa population est estimée à 1,34 milliard, représente 18 % de la population mondiale (United Nations *et al.*, 2017) et continue de s'accroître de plusieurs millions chaque décennie (Bhasin, Pant, Metha et Kumar, 2005). Il y survient une naissance chaque seconde (Rahman, Khalda, Kar, Kharka et Bhutia, 2013). En fait, l'Inde est le pays abritant l'une des plus grandes populations de jeunes au monde (Paul *et al.*, 2017). La population des jeunes âgés de 15 à 34 ans en Inde devrait passer de 335 millions en 2001 à 464 millions en 2021 (Pardhi *et al.*, 2015). Ces jeunes représentent 35 % de la population urbaine et 32 % de la population rurale indienne (Pardhi *et al.*, 2015). Cette augmentation de la population en Inde peut s'expliquer par une très forte natalité dont la majeure partie (78 % des grossesses) n'est pas planifiée (Rahman *et al.*, 2013).

Au dernier recensement de 2011, l'Inde était constituée de « 28 États et 7 territoires, 640 districts, 5924 sous-districts, 7935 villes et 640 867 villages » (Granger *et al.*, 2013, p. 51). Mumbai est une métropole qui incarne l'image de l'Inde moderne avec ses 18,4 millions d'habitants et est située dans l'État du Maharashtra, État qui dépasse les 100 millions d'habitants (Granger *et al.*, 2013). Le Maharashtra est l'un des États les plus prospères et les plus urbanisés avec plus des deux cinquièmes de sa population qui vit en zone urbaine (Granger *et al.*, 2013; Santhya *et al.*, 2011b). Le taux d'alphabétisation des habitants du Maharashtra est de 82,91 %, donc supérieur à la moyenne nationale de 74 %, avec 89,82 % des hommes et 75,48 % des femmes de plus de 7 ans qui savent lire et écrire dans une langue quelconque, ayant reçu ou non une éducation formelle (Hogmark *et al.*, 2013; Office of the Registrar General & Census Commissioner, 2011). Le contexte métropolitain de Mumbai assure un certain anonymat, ce qui offre davantage d'occasions de rapprochements intimes chez les jeunes (Abraham, 2002). Une étude comparative de six États en Inde rapporte en effet que le Maharashtra s'avère l'un des États où il y a le plus grand nombre de jeunes ayant eu des relations sexuelles avant le mariage (Pardhi *et al.*, 2015). À Mumbai, il est possible de constater une augmentation des opinions libérales en ce qui concerne la sexualité à laquelle les jeunes sont de plus en plus exposés (Abraham, 2001, 2002). Or, même si Mumbai est considérée comme l'une des villes les plus occidentalisées de l'Inde, les discussions entourant la sexualité sont encore considérées comme taboues et peu communes (Mutha *et al.*, 2014). Enfin, Mumbai est également la ville ayant la plus vaste industrie commerciale du sexe en Inde (Abraham, 2001), contradiction intéressante entre les mœurs vécues et le discours tabou sur la sexualité.

2.1.2 Les composantes principales de l'identité de la femme

Le statut des femmes en Inde rencontre plusieurs contraintes, dont les plus connues sont les interruptions de grossesse sexo-sélectives, le déséquilibre du sex-ratio, les mariages arrangés, la dot (illégale) ainsi que la soumission de la femme à l'autorité familiale (Chasles, 2008). Or, ce statut s'améliore progressivement et diffère selon plusieurs facteurs, entre autres l'âge, la caste, la classe, la région et la religion (Abraham, 2002; Chasles, 2008). Il existe plusieurs caractéristiques de la subordination des femmes : l'isolement ou la ségrégation des femmes dans l'espace privé et public, la préservation de la virginité jusqu'au mariage, la place centrale du mariage, la puissante idéologie du *pativrata* (le dévouement au mari) ainsi que la fidélité (Abraham, 2002). L'identité de la femme se trouve principalement dans le mariage et la maternité (Abraham et Kumar, 1999; George, 2002; Unnithan, 2010; Widge, 2002).

La première composante centrale de l'identité féminine se retrouve dans le mariage, événement qui a une signification particulière, soit celle d'une sécurité sociale et d'un symbole leur permettant de vivre leur sexualité (Abraham, 2001). Le discours hétéronormatif dominant légitime la sexualité dans le contexte du mariage hétérosexuel seulement (Abraham, 2001) puisque le mariage joue un rôle central dans la reproduction (Sonpar, 2005). La place centrale du mariage dans la vie d'une femme se perpétue et fait en sorte d'associer la sexualité « saine » au mariage (Abraham, 2001). Une étude démontre que malgré tous les changements sociaux et l'urbanisation de la métropole de Mumbai, les discours traditionnels sur le mariage restent bien ancrés (Abraham, 2001). Il faut comprendre que le mariage en Inde n'est pas une affaire personnelle entre deux individus, mais plutôt une affaire familiale et collective (Chasles, 2008; Chrisler, 2012). En effet, le choix du mari revient

traditionnellement aux parents et à la famille, et non à la jeune femme (Chasles, 2008).

Un exemple de la place centrale du mariage en Inde se manifeste dans la perpétuation des mariages d'enfants, pourtant interdits. Même s'il est illégal de se marier avant l'âge de 18 ans, entre 45 % et 55 % des femmes ont un mariage arrangé par leurs parents avant l'âge de la majorité (Bailey, 2011; Chasles, 2008; Prasad *et al.*, 2005; Raj *et al.*, 2009). Les travaux de Raj et ses collègues (2009) démontrent qu'il y a plusieurs conséquences sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes filles de 20 à 24 ans (mariées avant 18 ans) : absence d'utilisation de contraception avant le premier accouchement, une forte fécondité, plus d'un accouchement en moins de 24 mois ainsi que plusieurs grossesses non désirées, des interruptions volontaires de grossesse (IVG) et des stérilisations féminines (Raj *et al.*, 2009). Ainsi, les femmes qui ont un mariage arrangé avant l'âge de leur majorité semblent avoir un contrôle réduit de leur santé sexuelle et reproductive à l'âge adulte (Paul *et al.*, 2017; Raj *et al.*, 2009), et ce, pour plusieurs raisons, dont le manque de connaissances sur les méthodes contraceptives, l'accès insuffisant aux services de planification familiale, le manque de contrôle et de pouvoir décisionnel dans leur couple ainsi qu'auprès de leur belle-famille (Raj *et al.*, 2009). Bien que cette pratique des mariages arrangés avant l'âge de la majorité soit moins répandue en zone urbaine, « le mariage reste la règle et le célibat demeure fortement stigmatisant » pour les jeunes femmes (Chasles, 2008, p. 59). Enfin, une illustration des significations que peut prendre le mariage hétérosexuel se trouve dans la notion quasi absente de consentement sexuel. Dès qu'ils sont mariés, les hommes perçoivent qu'ils ont un droit aux relations sexuelles et donc, leur femme se doit de consentir (Khanna *et al.*, 2002; Sundari Ravindran et Balasubramanian, 2004). Il est demandé aux femmes un dévouement complet à leur mari (Abraham, 2002), dévouement qui semble se répercuter aussi sur leur sexualité.

La deuxième composante centrale de l'identité féminine en Inde se trouve à être la maternité et la procréation (Chasles, 2008). Dans plusieurs pays asiatiques, dont la culture indienne, les femmes ne sont pas considérées comme des êtres sexuels ayant droit à un plaisir, mais plutôt comme étant utiles à la procréation (Foo, 2002; Paul *et al.*, 2017). Dès que le couple est marié, il existe une forte pression à fonder une famille et à être parents (Paul *et al.*, 2017; Sonpar, 2005). Cette pression existe tout au long de la socialisation de la jeune fille, mais vient à se concrétiser de façon explicite lors du mariage (Paul *et al.*, 2017; Unnithan, 2010). Les référents culturels associés à la procréation ont un impact important sur la connaissance qu'ont les individus de leur propre santé reproductive (Dudgeon et Inhorn, 2004). En Inde, cette pression à la maternité peut s'exercer par le mari, la famille, la belle-famille, les groupes religieux, les professionnels de la santé, les institutions médicales ainsi que les organisations étatiques et internationales (Dudgeon et Inhorn, 2004; Paul *et al.*, 2017; Unnithan, 2010). En fait, ne pas fonder de famille est vécu comme étant stigmatisant et honteux tant pour la femme que pour l'homme, mais accroît le sentiment de perte d'estime de soi pour la femme qui en porte toute la responsabilité (Blanc, 2001; Unnithan, 2010). Enfin, il est possible d'observer que la société indienne s'attend à ce que les femmes assument toutes les responsabilités de la planification familiale sans toutefois leur assurer l'autonomie nécessaire aux prises de décisions liées à leur santé reproductive (Purdy, 2006; Sharma, 2016).

Il est pertinent de mettre en contexte les dernières politiques gouvernementales indiennes en matière de planification familiale. En 1991, une politique de deux enfants (en anglais : The Two Child Norm (TCN); en hindi : *Hum Do Humare Do*) est mise en œuvre par le gouvernement afin de faire face au problème de la surpopulation (Sharma, 2016). Des conséquences s'appliquaient aux couples qui ne respectaient pas cette politique, telles que ne plus avoir accès aux services publics de santé ou perdre son poste de représentant local en politique (communément appelés

représentant d'un panchayat). Ces conséquences ont donné lieu à une nouvelle forme de violence : les interruptions de grossesse sexo-sélectives, pratique illégale depuis 1994 (Sharma, 2016). En effet, lorsque les familles se sont vues confrontées à la politique de deux enfants, plusieurs ont opté pour des interruptions de grossesse sexo-sélectives, conséquence de l'accès facilité aux échographies et de la préférence pour un garçon (Sharma, 2016). Ces normes et politiques ont maintenu en place la préférence d'un enfant de sexe masculin (Chasles, 2008; Patel, Rodrigues et DeSouza, 2002; Sharma, 2016; Sundari Ravindran et Balasubramanian, 2004). Enfin, cette politique a mené à une nouvelle norme sociale, soit celle d'avoir une famille constituée de deux enfants (Paul *et al.*, 2017; Takkar, Goel, Saha et Dua, 2005).

Puis, les deux composantes principales de l'identité des femmes précédemment explorées, soit le mariage et la maternité, démontrent qu'il subsiste une forte présence de valeurs patriarcales qui perpétuent la subordination des femmes (Abraham, 2001) et suppriment leur autonomie sexuelle (Khanna *et al.*, 2002). Les structures parentales, familiales et maritales forment les principales institutions qui définissent et contrôlent la sexualité féminine (Abraham, 2001). Effectivement, la sexualité est l'un des derniers bastions privilégiés du contrôle des hommes sur les femmes (Khanna *et al.*, 2002). La compréhension des dynamiques de pouvoir entre les hommes et les femmes quant à leurs relations amoureuses ou sexuelles est essentielle à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive (Blanc, 2001). La santé sexuelle et reproductive des femmes se heurte aux normes sociales patriarcales et aux décisions des hommes politiques et des hommes dans le domaine de la santé (Dudgeon et Inhorn, 2004; Manier, 2015). Comme les postes en politique et en médecine sont encore majoritairement pourvus par des hommes, les décisions sont prises en fonction de leurs définitions masculines des priorités en santé, ce qui ne laisse pas toujours beaucoup de place à la santé sexuelle et reproductive féminine (Dudgeon et Inhorn, 2004).

2.1.3 La scolarisation des femmes en Inde

La position sociale des filles en Inde demeure un frein à leur scolarisation. Comme le veut la tradition, la jeune fille partira vivre éventuellement dans la famille de son mari. Donc, la famille de la jeune fille perçoit sa scolarisation comme des coûts inutiles qui ne lui rapporteront pas (Manier, 2015). En général, leur parcours scolaire demeure plus succinct que celui des garçons, et ce, pour plusieurs raisons, entre autres en raison des inégalités sociales (basses castes, groupes tribaux, etc.) ou du fait de « leur utilité pour les tâches domestiques et l'absence de toilettes pour filles dans les écoles » (Manier, 2015, p. 3).

La situation s'améliore progressivement en zone urbaine : les filles représentent 47 % des effectifs scolaires du primaire à la douzième année (et les garçons, 53 %) (Ministry of Human Resource Development, 2009). Dans le recensement de 2011, 66 % des femmes savent lire et écrire, contre 82 % des hommes (Manier, 2015). Toutefois, le nombre de jeunes femmes vivant en zone urbaine et en voie d'obtenir leur diplôme universitaire est en augmentation (Manier, 2015). En fait, « l'émancipation des femmes des "classes moyennes" urbaines » est associée à une certaine modernisation qui leur facilite l'accès à une éducation (Chasles, 2008). Dans l'État du Maharashtra, les niveaux de scolarisation atteints sont plus élevés que dans l'ensemble du pays et l'écart entre les sexes dans les taux d'inscription à l'école a considérablement diminué (Alexander *et al.*, 2007). En effet, dans les grandes villes, les jeunes femmes étudient à l'université en aussi grand nombre que les garçons et travaillent ensuite dans des domaines dynamiques de l'économie tels que les compagnies aériennes ou les services technologiques (Manier, 2015). Ces jeunes femmes universitaires participent aussi à l'évolution des représentations culturelles en adoptant de nouvelles habitudes de vie telles que la fréquentation de centres

commerciaux, de restaurants, de discothèques, de salons de thé, de cinémas, de gymnases ainsi que de la passion pour les voyages et la mode (Abraham et Kumar, 1999; Chasles, 2008; Manier, 2015).

L'éducation des filles est un enjeu d'autant plus important pour ce pays puisqu'il existerait une corrélation entre le niveau d'éducation reçue et le contrôle de la fécondité (Joshi et Patil, 2007; Manier, 2015; Prateek et Saurabh, 2013). Autrement dit, moins la femme est scolarisée, moins elle est en contrôle de son corps et de sa reproduction (Prateek et Saurabh, 2013) avec pour conséquence un nombre d'enfants plus élevé. La réalité inverse existe pour les femmes plus scolarisées qui possèdent un plus grand contrôle sur leur fécondité. Des comparaisons au niveau national ont démontré que la scolarisation de la mère avait un impact plus grand sur sa santé reproductive que la richesse économique (Center for Reproductive Rights, 2008).

2.1.4 Les rôles de genre et les occasions de rapprochements amicaux et amoureux

L'homosocialisation, c'est-à-dire des relations sociales entre individus de même sexe, est un phénomène important. Chez les jeunes, cela contribue à la formation de l'identité, au partage d'information sur leur sexualité et au développement de leur image de soi (Abraham, 2002). Cependant, cette homosocialisation entraîne aussi un contrôle des interactions entre filles et garçons par les parents, la famille, les amis de la famille, les enseignants et les voisins (Abraham, 2001). Une recherche d'Abraham (2001) portant sur l'asymétrie de genre dans la sexualité des jeunes étudiants au collège ayant de faibles revenus et habitant Mumbai, rapporte que presque toutes les filles, peu importe leur âge, avaient révélé avoir été conseillées de prendre leur distance des garçons. La seule relation légitime entre les hommes et les femmes est la

relation entre frères et sœurs (Abraham, 2002). Afin de prévenir toute forme d'inceste, ce lien de fraternité est célébré (*Raksha bandhan*) et représenté par le *rakhi*, petit cordon que la sœur attache au poignet de son frère. Il s'agit là de réaffirmer la responsabilité des hommes de protéger les femmes, entre autres pour protéger la réputation sexuelle des femmes non mariées (Abraham, 2002).

Malgré cette homosocialisation des rapports entre hommes et femmes, il existe des occasions pour les jeunes de développer des amitiés avec des personnes de l'autre sexe et des relations amoureuses ou sexuelles (Alexander *et al.*, 2007). La baisse de l'âge de la puberté et l'augmentation de l'âge au moment du mariage créent une plus longue période au cours de laquelle les jeunes ont plus d'occasions de s'engager dans des relations amoureuses ou sexuelles (Alexander *et al.*, 2007). Comme il y a une plus grande proportion de jeunes qui poursuit des études collégiales et universitaires, cela leur offre davantage de moments en compagnie d'amis du sexe opposé, et pour plusieurs, l'occasion de vivre des relations amoureuses ou sexuelles loin du regard attentif de la famille (Abraham et Kumar, 1999; Alexander *et al.*, 2006, 2007; Doshi *et al.*, 2013; Santhya *et al.*, 2011b; Shekhar *et al.*, 2007). En effet, pour plusieurs jeunes, des études au collège ou à l'université leur permettent d'acquérir une certaine indépendance envers leur foyer familial (Shekhar *et al.*, 2007), particulièrement pour ceux qui le quittent pour aller étudier. Trois études ont effectivement conclu que les jeunes vivant loin du foyer familial étaient plus enclins à avoir des relations sexuelles (Kiragu et Zabin 1993, Choe et al., 2001, Laguna, 2001, cités dans Mmari et Blum, 2009).

2.1.5 Les réticences à discuter de sexualité persistent

Malgré les changements d'attitudes envers la sexualité prémaritale, il existe encore une grande réticence à discuter de sexualité, autant en public qu'en privé, puisque la sexualité demeure un sujet tabou (Abraham, 2001). En effet, les tabous et les secrets ainsi que les sentiments de honte, de gêne et de culpabilité entourant la sexualité entravent le développement d'une vision saine de la sexualité (Foo, 2002). Une recherche auprès d'étudiants en médecine révèle que la majorité d'entre eux étaient d'accord que les valeurs traditionnelles sont une barrière importante à l'éducation sexuelle (Hogmark *et al.*, 2013). La perception erronée qu'une éducation sexuelle augmenterait les relations sexuelles prémaritales entraîne une absence d'éducation et donc, de faibles connaissances sur les méthodes contraceptives (Mutha *et al.*, 2014). Ces tabous créent plusieurs obstacles à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des individus, notamment en décourageant les discussions sur les stratégies de prévention des ITSS et du VIH/SIDA (Foo, 2002). Les jeunes restent mal informés sur les questions touchant la sexualité et la procréation, même ceux ayant déjà eu des relations sexuelles (Shekhar *et al.*, 2007). Les discussions entre les parents et les jeunes sont limitées sur certains sujets, dont les amitiés entre les hommes et les femmes, la sexualité prémaritale, le plaisir sexuel et la procréation, car il existe un large écart entre les normes sociales des parents et celles des jeunes (Abraham, 2001; Doshi *et al.*, 2013). En fait, plusieurs parents croient qu'en discuter impliquerait leur approbation d'activités sexuelles chez leurs enfants (Abraham, 2001). Les politiques et les programmes institutionnels ainsi que les parents et les communautés ne fournissent pas assez d'information, de conseils ou de services en matière de santé sexuelle et reproductive aux jeunes qui ne sont pas mariés (Alexander *et al.*, 2006). Selon Alexander et ses collègues (2006), le problème découle peut-être du peu de reconnaissance des droits sexuels des jeunes ou de leurs droits à l'information et aux services.

2.2 La sexualité chez les jeunes

2.2.1 La sexualité avant le mariage : attitudes des jeunes, influences des parents et des pairs

Une recherche menée auprès des jeunes s'est intéressée aux attitudes favorisant l'expression de la sexualité prémaritale (Doshi *et al.*, 2013). Les répondants de l'étude étaient d'accord pour dire que plusieurs facteurs contribuaient aux changements d'attitudes et de comportements envers la sexualité prémaritale, tels que l'exposition accrue à la culture occidentale et populaire, l'exposition aux médias, l'accès facilité à la pornographie (Doshi *et al.*, 2013; Pardhi *et al.*, 2015), les changements sociaux et économiques provoqués par la mondialisation, la diminution de l'influence familiale, l'urbanisation croissante, la migration et l'indépendance financière (Doshi *et al.*, 2013). En ce sens, « au sein de cette jeunesse urbaine, les relations hors mariage et l'union libre ont commencé à faire leur apparition » (Manier, 2015, p. 4). Toutefois, dans une autre étude menée auprès de 45 555 participants, les jeunes femmes adhèrent davantage aux normes traditionnelles qui prohibent la sexualité avant le mariage que les jeunes hommes (Santhya *et al.*, 2011b). Or, en général, les attitudes des jeunes envers la sexualité prémaritale sont de plus en plus libérales (Abraham, 2001; Hogmark *et al.*, 2013).

Les liens entre les jeunes et leurs parents auraient un impact sur les attitudes envers la sexualité prémaritale (Alexander *et al.*, 2007; Mmari et Blum, 2009). Bien que la parenté et la famille puissent avoir un impact sur les attitudes des jeunes, plusieurs études soutiennent qu'une surveillance stricte ou un contrôle parental ne peuvent pas réellement entraver la formation de relations amoureuses ou sexuelles chez les jeunes (Alexander *et al.*, 2007; Pardhi *et al.*, 2015; Shekhar *et al.*, 2007). Il n'est pas rare que

les jeunes développent des amitiés ou des relations amoureuses qu'ils gardent secrètes, à l'insu de leur famille (Abraham, 2001). En effet, il existe une réticence chez les jeunes à se confier à leurs parents concernant leurs relations amoureuses, craignant une désapprobation parentale (Alexander *et al.*, 2006). Cette désapprobation ou ce manque de soutien des parents quant aux relations amoureuses des jeunes femmes encouragent celles-ci à chercher un soutien à l'extérieur de leur famille, y compris chez des amis de sexe opposé (Santhya *et al.*, 2011b). Même si des efforts considérables sont faits afin de poursuivre leurs relations amoureuses sans que leurs parents soient au courant, plusieurs parents ont eu connaissance de ces relations (Alexander *et al.*, 2006). Chez ces parents, il existe une forte pression pour que leur fille épouse celui avec qui elle a eu des relations sexuelles (Abraham, 2002). Cette pression est telle que plusieurs fois par année, les journaux indiens présentent des cas où la jeune femme agressée sexuellement est obligée de marier son agresseur, la logique étant que la sexualité d'une femme ne doit être liée qu'à un seul homme (Abraham, 2002).

Plusieurs études réalisées en milieu urbain et rural soulignent l'importance ou l'influence des réseaux de pairs sur les attitudes et expériences sexuelles des jeunes (Abraham et Kumar, 1999; Alexander *et al.*, 2007; Doshi *et al.*, 2013; Mmari et Blum, 2009; Pardhi *et al.*, 2015; Santhya *et al.*, 2011b; Shekhar *et al.*, 2007). Le soutien des pairs permet aux jeunes femmes de défier les normes traditionnelles, d'exercer un choix individuel et de s'engager dans des comportements moins conformistes en ce qui a trait à la sexualité (Alexander *et al.*, 2007). En fait, une étude avance que les jeunes femmes peuvent être plus susceptibles que les hommes de nécessiter un soutien des pairs afin de s'écarter des normes sociales et d'obtenir des occasions de rencontrer un partenaire (Santhya *et al.*, 2011b). Il y aurait une influence des pairs quant aux attitudes sur la sexualité : les jeunes dont les pairs étaient sexuellement expérimentés étaient près de sept fois plus susceptibles d'être

sexuellement actifs que ceux dont le réseau n'était pas sexuellement actif (Doshi *et al.*, 2013). Il y a une plus grande volonté de se confier à leurs pairs puisqu'ils sont plus libres de discuter de leurs relations avec eux qu'avec leurs parents (Alexander *et al.*, 2006).

2.2.2 La sexualité avant le mariage : les conséquences sociales pour les jeunes femmes

Il existe peu de conséquences sociales pour les hommes qui transgressent la norme condamnant une sexualité avant le mariage (Abraham, 2002). Or, les risques auxquels font face les femmes sont surtout de nature sociale : réputation sociale et sexuelle entachées, attribution des étiquettes « trop libérale », personne de mauvais caractère (Abraham, 2002) ou femme de peu de valeurs (Doshi *et al.*, 2013). Ces constructions sociales font en sorte que les femmes sont perçues à la fois comme dangereuses et en danger (Abraham, 2001). Tout d'abord, les femmes sont dangereuses, car leur sexualité est considérée comme incontrôlable (Abraham, 2001). Si elles ne sont pas contrôlées, leur sexualité constitue une menace pour l'ordre social (Abraham, 2001). Lorsqu'une femme est connue pour avoir eu des relations sexuelles avant le mariage, elle est perçue comme sexuellement disponible et donc, comme un objet sexuel ou une marchandise prête à la consommation (Abraham, 2002). Ensuite, elles sont en danger, car une atteinte à leur sexualité entraîne un déshonneur et une honte pour elles-mêmes et pour la famille et la parenté (Abraham, 2001, 2002). Enfin, il existe le risque d'une réduction des chances d'un bon mariage ou de plusieurs discordes conjugales dans l'avenir (Abraham, 2002; Alexander *et al.*, 2006). C'est donc pourquoi plusieurs jeunes femmes souhaitent préserver leur virginité et leur « honneur » jusqu'au mariage puisqu'elles considèrent ces conséquences comme

susceptibles de les suivre tout au long de leur vie (Abraham, 2002). Si la virginité revêt une grande importance, c'est notamment en raison de la forte présence et de l'intériorisation des valeurs patriarcales émanant des institutions familiales, sociales, et religieuses (Abraham, 2002). Encore aujourd'hui, plusieurs jeunes filles et garçons croient que la virginité est le bien le plus précieux qu'une fille puisse posséder (Abraham, 2001; Abraham et Kumar, 1999) ou que la virginité devrait être préservée jusqu'au mariage (Mutha *et al.*, 2014).

Paradoxalement, les risques sociaux dont il est fait mention ci-dessus sont perçus comme tellement redoutables que les risques pour la santé sont eux, perçus comme insignifiants (Abraham, 2002). Dans son étude, Abraham (2002) constate que peu de jeunes sont inquiets de contracter des ITSS ou le VIH puisqu'ils avaient l'impression de bien connaître leur(s) partenaire(s), avec comme résultat un usage sporadique du condom. Les principaux risques perçus par les jeunes étaient ceux liés à la grossesse ou à celui de se faire surprendre par un membre de la famille (Abraham, 2002). Il est aussi pertinent de mentionner que parmi ces jeunes hommes et jeunes femmes ayant des relations sexuelles, la majorité d'entre eux s'attend à épouser leur partenaire dans un proche avenir (Alexander *et al.*, 2006; Doshi *et al.*, 2013). Avoir des relations sexuelles avec son partenaire constitue à leurs yeux une expression de leur amour (Doshi *et al.*, 2013).

2.2.3 Les premières expériences de relation sexuelle chez les jeunes

Il est pertinent de mentionner que les normes sociales, les pratiques culturelles et les rôles de genre qui régissent la sexualité féminine sont distincts de ceux qui régissent la sexualité masculine, en plus d'être imposés et intériorisés dès l'enfance (Abraham,

2001; Khanna *et al.*, 2002). Le contexte du double standard sexuel donnerait ainsi aux hommes une plus grande liberté sexuelle (Blanc, 2001), en plus de permettre de concevoir la sexualité masculine comme étant incontrôlable (Abraham, 2001). Dans ce contexte, la sexualité féminine est perçue comme étant passive, honteuse et centrée sur la virginité, le mariage et la vie conjugale (Abraham, 2001). En outre, les normes sociales en Inde permettent l'exploration et l'expression de la sexualité masculine tout en limitant et punissant l'exploration de la sexualité féminine à travers les institutions sociales dominantes (Abraham, 2002; Mmari et Blum, 2009). Ainsi, ce double standard sexuel crée une disparité des genres autant dans l'accès à l'information que dans les expériences sexuelles (Abraham, 2002).

Les données tirées de Pardhi et ses collègues (2015) indiquent qu'environ 25 % des jeunes ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avant le mariage. En effet, une étude menée à Delhi et Lucknow, réalisée par l'Institut National de santé et de bien-être familial en Inde, démontre que l'âge moyen du premier rapport sexuel avec pénétration chez les femmes est de 18,2 ans et de 17,4 ans pour les hommes (Sharma, 2001). Chez les filles, 1 à 18 % d'entre elles ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avant le mariage (Abraham, 2002; Abraham et Kumar, 1999; Alexander *et al.*, 2006, 2007; Mutha *et al.*, 2014; Santhya *et al.*, 2011b). Les filles tendent à s'initier à la sexualité prémaritale un peu plus tard que les garçons ; 16 à 48 % d'entre eux ayant eu des relations sexuelles avant le mariage (Abraham, 2002; Abraham et Kumar, 1999; Alexander *et al.*, 2006, 2007; Mutha *et al.*, 2014; Santhya *et al.*, 2011b). Toutefois, les pourcentages sont plus élevés chez les jeunes femmes pour d'autres gestes intimes, tels que tenir la main de son partenaire (62-63 %) ou l'embrasser (35-43 %) (Alexander *et al.*, 2006). Il faut aussi noter qu'entre 5 et 21 % des jeunes filles ont une première expérience sexuelle forcée, c'est-à-dire dans un contexte où un individu contraint la jeune fille à avoir une relation sexuelle qu'elle ne désire pas et pour laquelle elle ne donne pas son consentement (Alexander *et al.*,

2006; Mutha *et al.*, 2014; Santhya *et al.*, 2011b). Enfin, comme la sexualité prémaritale est un sujet encore tabou, il est possible qu'il existe une sous-déclaration du phénomène parmi les jeunes (Pardhi *et al.*, 2015).

Les résultats de plusieurs études indiquent que la première expérience de relation sexuelle chez les jeunes est souvent non protégée, et donc à risque d'une grossesse non planifiée ou de contracter une ITSS (Alexander *et al.*, 2006; Doshi *et al.*, 2013; Santhya *et al.*, 2011a; Santhya *et al.*, 2011b; Shekhar *et al.*, 2007). En effet, parmi les jeunes ayant eu des relations sexuelles, seulement 5 à 17,5 % des jeunes femmes et 18 à 41 % des jeunes hommes ont rapporté avoir utilisé un condom durant leur première expérience (Alexander *et al.*, 2006; Santhya *et al.*, 2011a; Santhya *et al.*, 2011b). Les femmes sont plus nombreuses à déclarer ne pas avoir utilisé de condoms dans leurs relations sexuelles prémaritales (Santhya *et al.*, 2011a). Les jeunes n'ayant pas utilisé de condoms lors de leur première relation sexuelle ont rapporté qu'ils n'avaient pas planifié ce moment ou qu'ils n'avaient pas eu accès à un condom (Santhya *et al.*, 2011a; Santhya *et al.*, 2011b).

Les rencontres pour relations sexuelles sont souvent exécutées en secret et décrites comme opportunes et rapides, ce qui a pour effet que la plupart des premières expériences sont non protégées (Alexander *et al.*, 2006). Certains jeunes rapportent avoir des relations sexuelles dans leur maison ou celle de leur partenaire lorsque les autres membres de la famille sont absents (Alexander *et al.*, 2006). De plus, les jeunes utilisent aussi des espaces publics afin d'obtenir des moments seuls à seuls, tels que les parcs, les jardins, les bazars, les cinémas, les lieux touristiques et les transports publics (Alexander *et al.*, 2006; Khanna *et al.*, 2002). Une étude indique que les jeunes en zone rurale semblent avoir plus d'occasions de trouver des endroits privés pour rencontrer un partenaire que les jeunes en zone urbaine, bien que les métropoles fournissent un plus grand anonymat (Alexander *et al.*, 2006).

2.2.4 L'autonomie et la négociation entourant les relations sexuelles et la contraception

L'autonomie reproductive est définie comme le pouvoir décisionnel et le contrôle associés au choix de son partenaire, des méthodes contraceptives, d'une grossesse et de la maternité (Purdy, 2006; Upadhyay *et al.*, 2014). La négociation peut être comprise comme ceci :

Le processus de communication entre deux personnes qui ont un conflit d'intérêts et quelque chose à échanger. La négociation sexuelle entre partenaires suppose qu'il doit y avoir un processus de négociation pour parvenir à un accord sur l'adoption de comportements sexuels qui, pour quelque raison que ce soit, sont inacceptables pour l'un des partenaires (George, 1998 ; cité dans Khanna *et al.*, 2002, p. 7, traduction libre).

L'utilisation des méthodes contraceptives dépend parfois de l'implication des hommes (Dudgeon et Inhorn, 2004). Par exemple, il peut être difficile pour une jeune femme d'utiliser ouvertement une méthode contraceptive contre l'avis de son partenaire, particulièrement si celui-ci contrôle les finances ou fait des menaces de violence ou de séparation (Blanc, 2001). Plus les femmes ont d'autonomie, plus leurs idées seront susceptibles d'être entendues et d'avoir le même poids que celles de leur partenaire en ce qui concerne les décisions liées à l'utilisation d'une méthode contraceptive (Blanc, 2001). Cependant, la demande d'utiliser des méthodes contraceptives et l'utilisation réelle des méthodes divergent souvent (Blanc, 2001).

La communication entre partenaires et la négociation entourant la sexualité sont toutes deux rares lors des relations sexuelles chez les jeunes (Alexander *et al.*, 2006). Pourtant, il est connu que la communication entre partenaires à propos de leur santé sexuelle et reproductive est importante, en particulier pour favoriser l'utilisation des condoms chez les jeunes (Mmari et Blum, 2009) ou simplement pour discuter de

plaisir sexuel et de leurs préférences. Or, seulement la moitié des participants avaient discuté de sexualité avec leur partenaire avant leur première relation sexuelle (Alexander *et al.*, 2006). Néanmoins, cette discussion entre partenaires était parfois perçue comme un monologue : un jeune homme qui tente de convaincre sa partenaire d'avoir une relation sexuelle avec lui, sans que celle-ci participe activement à la discussion (Alexander *et al.*, 2006). Les jeunes femmes sont parfois désavantagées dans leur négociation de l'utilisation du condom, et ce, pour plusieurs raisons dont une différence d'âge avec le partenaire ou des normes de genre en place (Mmari et Blum, 2009). En effet, il existe des inégalités de pouvoir genrées qui contribuent au manque de communication entre les partenaires au sujet de leur santé sexuelle et reproductive (Blanc, 2001). Les relations de genre réfèrent à :

« un processus de négociation, de résistance, de compromis, d'acceptation et d'investissement entre hommes et femmes à propos des définitions et d'interprétations données aux pratiques et idéologies qui mettent en œuvre des comportements différenciés selon le genre » (George, 2000 ; cité dans Khanna *et al.*, 2002, p. 11, traduction libre).

Par exemple, les amitiés hommes-femmes, les relations sexuelles et la subordination générale de la sexualité féminine ont toutes des implications importantes dans la perception et la négociation de pratiques sexuelles plus sécuritaires (Abraham, 2002).

2.3 Les connaissances et l'utilisation des méthodes contraceptives et soins de santé

2.3.1 Les sources d'information sur la sexualité et les méthodes contraceptives

Les médias sont la source d'information la plus utilisée par les jeunes lorsqu'il s'agit de se renseigner sur la santé sexuelle et reproductive (Dahiya, Mann et Nanda, 2012; Khanna *et al.*, 2002). En effet, l'internet, la télévision, les films, les journaux, la

radio, les livres, les panneaux d'affichage et publicitaires ont été répertoriés comme étant les sources d'information sur la sexualité les plus populaires (Chopra et Dhaliwal, 2010; Dahiya *et al.*, 2012; Khanna *et al.*, 2002; King, Vidourek et Singh, 2014; Rahman *et al.*, 2013). Plusieurs jeunes se tournent aussi vers leurs amis ou leurs pairs (Abraham, 2002; Dahiya *et al.*, 2012; Khanna *et al.*, 2002; King *et al.*, 2014; Pardhi *et al.*, 2015; Rahman *et al.*, 2013). Certains jeunes disent avoir eu de l'information sur la sexualité à travers des programmes de sensibilisation menés par des organismes non gouvernementaux, dans les livres scolaires ou par des enseignants (Khanna *et al.*, 2002). Peu d'entre eux ont réussi à obtenir de l'information de la part des médecins ou des professionnels de la santé (Chopra et Dhaliwal, 2010; Dahiya *et al.*, 2012; Rahman *et al.*, 2013). L'éducation sexuelle offerte à l'école est rarement une source d'information importante pour les jeunes (Mutha *et al.*, 2014). Dans une recherche menée auprès des étudiants et portant sur les ITSS, 89 % d'entre eux ont rapporté ne pas être satisfaits de l'information reçue par leur école respective (Ruikar, 2013). Enfin, toutes les études révèlent que la famille ou les parents ne sont pas (ou rarement) une source d'information (Abraham, 2001; Khanna *et al.*, 2002; King *et al.*, 2014; Ruikar, 2013).

2.3.2 Le manque de connaissances sur le corps, la contraception et la sexualité

Un niveau général de connaissances partielles ou incorrectes subsiste en ce qui concerne le corps, la procréation, la grossesse, la contraception et les ITSS chez les filles et les garçons (Abraham, 2001; Khanna *et al.*, 2002; Mutha *et al.*, 2014; Paul *et al.*, 2017), et ce, quel que soit leur âge, état civil ou lieu de résidence (Khanna *et al.*, 2002). Toutefois, les recherches démontrent que les jeunes filles (comparativement aux garçons) sont particulièrement mal informées (Chopra et Dhaliwal, 2010; Mutha *et al.*, 2014; Shekhar *et al.*, 2007). Elles sont souvent moins bien informées que les

hommes en ce qui concerne la sexualité, et ce, pour plusieurs raisons, dont le manque d'accès à l'information importante et la réticence éprouvée à la rechercher activement (Abraham, 2001). Dans cette même recherche menée par Abraham (2001), les jeunes filles âgées de 16 à 22 ans allaient au collège dans la ville de Mumbai et pourtant, le manque d'information constaté était considérable à l'égard de nombreux sujets, en particulier sur ce qui a trait à leur propre corps. Les filles avaient des connaissances limitées sur les menstruations et l'existence de l'hymen : la majorité croyait que le sang menstruel et l'urine provenaient du même orifice et donc, peu d'entre elles associaient leurs menstruations à leur fertilité (Abraham, 2001). Une autre recherche corrobore qu'il y a des grandes proportions d'étudiants non mariés de Patna (dans l'État du Bihar) qui sont conscients des risques de transmission du VIH/SIDA, mais sont peu connaissant sur de nombreux sujets, tels que le fonctionnement des menstruations, le moment du cycle menstruel le plus à risque pour une grossesse, le rôle de la contraception dans la prévention d'une grossesse non désirée et l'utilité du condom (Shekhar *et al.*, 2007). Une autre étude réalisée dans six États de l'Inde (dont le Maharashtra) démontre que plusieurs jeunes, au moment de leur première relation sexuelle (non protégée), ignoraient comment se produit une fécondation, comment les ITSS sont transmises et comment utiliser des méthodes de contraception (Santhya *et al.*, 2011b). Ce manque de connaissances générales sur le corps et la sexualité limite les jeunes dans leur utilisation des méthodes contraceptives lors des relations sexuelles (Khanna *et al.*, 2002), empêchant ainsi une prévention efficace des ITSS et des grossesses non désirées (Abraham, 2001).

Bien qu'il y ait une hausse dans l'utilisation des méthodes contraceptives à travers le temps, un écart important persiste entre les connaissances, les attitudes et la réelle utilisation de la contraception (Bhasin *et al.*, 2005; Chopra et Dhaliwal, 2010; Khanna *et al.*, 2002). Plusieurs études menées auprès de différentes populations de femmes en Inde corroborent le manque de connaissances quant à l'utilité, l'accès et

l'utilisation des méthodes de contraception (Chandhick, Dhillon, Kambo et Saxena, 2003; Chopra et Dhaliwal, 2010; Sundari Ravindran et Balasubramanian, 2004; Takkar *et al.*, 2005).

En Inde, il existe plusieurs méthodes de contraception : les méthodes naturelles, les méthodes barrières (condoms masculin et féminin), les pilules contraceptives, la contraception d'urgence, les dispositifs intra-utérins (DIU), l'injection contraceptive, l'anneau vaginal, l'implant contraceptif et les méthodes permanentes comme la stérilisation féminine et masculine (Baveja, Buckshee, Das, Das, Hazra, Gopalan, Goswami *et al.*, 2000; Chopra et Dhaliwal, 2010; Sheriar, Joshi, Mukherjee, Pal, Birla et Ray, 2014). S'ajoute également l'interruption volontaire de grossesse (IVG) comme option pour terminer une grossesse non désirée depuis 1971 (Chopra et Dhaliwal, 2010; Paul *et al.*, 2017). Malgré ces nombreuses options disponibles, ces méthodes restent bien peu connues ou acceptées par les femmes (Chopra et Dhaliwal, 2010). Par exemple, les méthodes contraceptives permanentes étaient connues d'environ 50 % des participants, mais leur approbation de ces méthodes était beaucoup plus faible (inférieure à 5 %) (Chopra et Dhaliwal, 2010). Ces auteurs insistent donc sur la nécessaire émancipation des femmes afin qu'elles se sentent en mesure d'accepter des méthodes contraceptives plus efficaces et plus récentes, telles que le DIU, les pilules contraceptives ou l'implant (Chopra et Dhaliwal, 2010).

2.3.2.1 Le manque de connaissances sur la contraception d'urgence

La contraception d'urgence (CU) inclut l'insertion d'un dispositif intra-utérin, gratuit dans les centres de santé, ainsi que plusieurs marques différentes de la contraception orale d'urgence (Dahiya *et al.*, 2012; Rahman *et al.*, 2013). En Inde, la contraception

orale d'urgence (COU) a été approuvée et incluse dans le Programme national de protection de la famille depuis 2003 (Puri, Bhatia, Swami, Singh, Sehgal et Pal Kaur, 2007; Rahman *et al.*, 2013). La COU est maintenant disponible gratuitement dans les pharmacies, les hôpitaux et les centres de santé, mais elle est peu connue et peu utilisée afin de prévenir des grossesses non désirées, en partie car la population ignore l'existence de cette méthode contraceptive (Dahiya *et al.*, 2012; Puri *et al.*, 2007; Rahman *et al.*, 2013).

Des études menées auprès de femmes font ressortir le manque de connaissances quant à l'existence, l'accès et l'utilisation de la contraception d'urgence (Dahiya *et al.*, 2012; Puri *et al.*, 2007; Rahman *et al.*, 2013; Takkar *et al.*, 2005). Dans une étude réalisée auprès de 4000 femmes (pour la majorité scolarisée), elles ont été interrogées lors d'une visite en milieu hospitalier sur leurs connaissances des méthodes contraceptives (Chopra et Dhaliwal, 2010). La COU était connue de 17,5 % d'entre elles (Chopra et Dhaliwal, 2010). Parmi ce nombre, 65 % connaissaient la *I-pill* (marque disponible en pharmacie avec coûts, contenant 1 pilule à prendre dans les 72 heures suivant la relation sexuelle non protégée), 3,2 % connaissaient l'*EC-pill* (marque fournie par le gouvernement sans frais, contenant 2 pilules à prendre dans les 72 à 120 heures suivant la relation sexuelle non protégée) et 31,8 % avaient simplement entendu parler d'une pilule à utiliser en cas d'urgence (Chopra et Dhaliwal, 2010). Dans une autre recherche réalisée dans l'est de l'Inde auprès de 1474 femmes, 40,6 % avaient entendu parler de la contraception d'urgence (incluant le DIU et la contraception orale d'urgence) (Rahman *et al.*, 2013). De cet échantillon de femmes, 71,9 % d'entre elles ne connaissaient pas le laps de temps où la contraception d'urgence peut être utilisée. De plus, lorsque questionnées sur les méthodes pouvant être utilisées comme méthodes d'urgence, 38 % ont répondu que le condom pouvait être utilisé. Aussi, 56,4 % ne savaient pas qu'une ordonnance n'est pas requise pour obtenir une CU (Rahman *et al.*, 2013). Il est difficile de bénéficier

de la contraception d'urgence sans les connaissances adéquates quant à son existence et à son utilisation, de même que l'endroit où se la procurer (Rahman *et al.*, 2013).

Un niveau de scolarisation plus élevé et le fait de vivre dans un milieu urbain ont été associés à un plus haut niveau de connaissances sur la contraception d'urgence (Rahman *et al.*, 2013). En effet, les femmes dans le sous-groupe ayant fait des études postsecondaires étaient 25 fois plus informées à propos de la contraception d'urgence que les femmes dans le sous-groupe analphabète (Rahman *et al.*, 2013). Les auteurs expliquent qu'une plus grande scolarisation des femmes et une résidence en milieu urbain leur permettent d'obtenir de l'information sur leur santé sexuelle et reproductive via les médias imprimés ou électroniques, donc des sources autres que celles offertes par les centres de santé gouvernementaux (Rahman *et al.*, 2013).

En revanche, deux études menées auprès de femmes scolarisées affichent des résultats discordants à ceux de Rahman et ses collègues (2013) en ce qui a trait à la contraception d'urgence (Puri *et al.*, 2007; Takkar *et al.*, 2005). Une étude réalisée auprès de 1017 étudiantes au collège ou à l'université a démontré que la moitié d'entre elles connaissaient certaines méthodes de contraception, dont les plus connues étaient la pilule contraceptive, le condom et le dispositif intra-utérin (Puri *et al.*, 2007). Seulement 7,3 % des femmes sondées étaient au courant de l'existence des méthodes contraceptives d'urgence (Puri *et al.*, 2007). Parmi celles qui connaissaient leur existence, 73 % connaissaient la contraception orale d'urgence et 14,9 % le dispositif intra-utérin (Puri *et al.*, 2007). Par contre, leurs connaissances à propos de l'endroit où se les procurer, de leur utilisation exacte ainsi que des effets secondaires étaient bien souvent erronées ou incomplètes (Puri *et al.*, 2007). Par exemple, certaines mentionnaient que la contraception orale d'urgence pouvait mener à l'infertilité tandis que d'autres mentionnaient que des stratégies telles que sauter vers l'arrière ou se moucher constituaient des méthodes de contraception d'urgence (Puri *et al.*, 2007). Une autre étude menée auprès de 258 participantes affiche un taux

similaire : 11,2 % des femmes instruites et travaillant dans un hôpital étaient informées sur l'existence de la contraception orale d'urgence (Takkar *et al.*, 2005). Ces deux études témoignent d'un besoin d'information sur les méthodes contraceptives et la contraception d'urgence chez une majorité de femmes et ce, peu importe leur scolarisation ou leur milieu de travail.

2.3.3 Les méthodes contraceptives utilisées par les jeunes en Inde

Les taux d'utilisation des méthodes contraceptives varient beaucoup d'une recherche à l'autre en fonction de l'âge, de la scolarisation, de la classe sociale et de leur lieu de résidence (Baveja *et al.*, 2000; Bhasin *et al.*, 2005; Chopra et Dhaliwal, 2010; Dahiya *et al.*, 2012; Prateek et Saurabh, 2013; Rahman *et al.*, 2013; Takkar *et al.*, 2005). Or, la seule caractéristique commune dans les résultats présentés³ de ces recherches est celle du statut relationnel : toutes les participantes sont mariées.

L'utilisation de la stérilisation féminine varie beaucoup d'une étude à l'autre, soit entre 1,9 % et 27,3 % (Baveja *et al.*, 2000; Bhasin *et al.*, 2005; Dahiya *et al.*, 2012; Prateek et Saurabh, 2013; Takkar *et al.*, 2005). La stérilisation féminine est une méthode contraceptive choisie par plusieurs femmes qui se justifie parfois afin de leur éviter des discussions sur la sexualité et la contraception avec leur partenaire (Blanc, 2001). C'est une méthode souvent utilisée chez les Indiennes, particulièrement chez celles plus âgées ou celles ayant déjà eu des enfants (Baveja *et al.*, 2000).

³ Certaines recherches avaient inclus des personnes célibataires, mais les ont exclues des résultats présentés.

L'utilisation du dispositif intra-utérin (DIU) est relativement importante en Inde, variant entre 10,3 % et 61 % (Chopra et Dhaliwal, 2010; Dahiya *et al.*, 2012; Prateek et Saurabh, 2013; Takkar *et al.*, 2005). Toutes ces études rapportent des taux d'utilisation du DIU supérieurs à ceux de l'utilisation des contraceptifs oraux. En effet, dans une étude réalisée auprès des jeunes femmes âgées de 20 à 29 ans, 60 à 70 % des femmes préféraient le DIU aux autres méthodes contraceptives (Baveja *et al.*, 2000).

L'utilisation du condom masculin est la plus répandue dans les recherches, variant entre 9 % et 38 % (Baveja *et al.*, 2000; Bhasin *et al.*, 2005; Chopra et Dhaliwal, 2010; Dahiya *et al.*, 2012; Prateek et Saurabh, 2013). Dans un groupe de femmes plus scolarisées et sur le marché du travail, l'utilisation du condom masculin était la méthode la plus utilisée à 57,8 % (Takkar *et al.*, 2005). Toutefois, il semble exister plusieurs barrières à l'utilisation du condom, dont la gêne de se les procurer, le manque d'intimité, la perception que le condom réduit le plaisir sexuel, et la non-utilisation du condom dans un contexte de consommation d'alcool avant la relation sexuelle (King *et al.*, 2014). Cette même recherche s'est intéressée aux motivations des participants à utiliser le condom. Quatre principaux avantages en sont ressortis : protection contre les grossesses, protection contre les ITSS, protection contre les VIH/SIDA et réduction de l'anxiété d'avoir causé une grossesse. Fait intéressant, les jeunes ne semblent pas se percevoir à risque de contracter des ITSS (King *et al.*, 2014; Santhya *et al.*, 2011a). La raison derrière la plus grande utilisation du condom comparativement aux méthodes plus efficaces comme le DIU ou les pilules contraceptives pourrait s'expliquer du fait que plusieurs participantes estiment que ceux-ci ont plus d'effets secondaires que le condom (Chopra et Dhaliwal, 2010).

En ce qui concerne la pilule contraceptive, entre 2,6 % et 16,6 % de jeunes femmes l'utilisent (Baveja *et al.*, 2000; Bhasin *et al.*, 2005; Chopra et Dhaliwal, 2010; Dahiya

et al., 2012; Takkar *et al.*, 2005). La contraception orale d'urgence est quant à elle peu connue et peu utilisée, soit entre 1,2 % et 9 % des femmes (Dahiya *et al.*, 2012; Rahman *et al.*, 2013; Takkar *et al.*, 2005; Verma, Singh, Gupta, Garg et Meena, 2015). Dans une étude plus récente, la majorité des jeunes femmes avaient acheté leur contraception orale d'urgence dans une pharmacie, la marque *I-pill* étant la plus populaire (et non pas la *EC-pill* gratuite distribuée par le gouvernement) (Verma *et al.*, 2015).

Les méthodes naturelles, soit le retrait et le calendrier, étaient utilisées par 13 % auprès d'un groupe de jeunes femmes scolarisées dans le domaine de la santé et qui étaient rendues sur le marché du travail (Takkar *et al.*, 2005). Dans une autre recherche, 30 % de femmes vivant majoritairement en milieu rural avaient utilisé les méthodes naturelles (Dahiya *et al.*, 2012).

L'utilisation des autres méthodes contraceptives, telles que l'anneau vaginal, l'injection contraceptive ou l'implant contraceptif reste encore peu étudiée. Par exemple, l'implant contraceptif ne se retrouve pas dans beaucoup de recherches en Inde, mais était utilisé par 4,5 % des répondantes ayant reçu une consultation avec un professionnel de la santé pour discuter de toutes les méthodes contraceptives (Baveja *et al.*, 2000).

En somme, les nombreuses méthodes contraceptives permettent aux individus de prendre des décisions plus éclairées et ainsi, d'augmenter l'utilisation de la contraception (Baveja *et al.*, 2000). Toutefois, il est possible d'observer que malgré les nombreuses options disponibles en Inde, l'utilisation des méthodes contraceptives hormonales modernes reste très faible (Sheriar *et al.*, 2014).

2.3.4 Les défis dans l'utilisation des services de soins de santé

« L'accès aux soins et aux infrastructures de santé demeure un enjeu primordial [en Inde], et on tente de remédier à la situation en rendant le système [public] de santé aussi accessible et efficace que les institutions privées » (Granger *et al.*, 2013, p. 65). Or, la consultation de services médicaux pour améliorer ou préserver sa santé sexuelle et reproductive est un enjeu important pour les femmes indiennes (Prasad *et al.*, 2005). Il semble difficile pour les femmes d'utiliser les services de santé lorsque cela a trait à leur santé sexuelle (Blanc, 2001; Ensor et Cooper, 2004; Prasad *et al.*, 2005). Pourtant, il est démontré que si les femmes ont l'occasion de questionner un professionnel de la santé, elles apprécieront pouvoir discuter de leurs expériences sexuelles et de leurs craintes (Blanc, 2001). Les femmes sondées dans l'étude de Ensor et Cooper (2004) invoquent cinq raisons principales pour expliquer la faible fréquentation des services de santé : une méconnaissance des services offerts ; une faible scolarisation ; des coûts prohibitifs ; un accès différentiel selon le genre ; des influences sociales, religieuses et culturelles.

Premièrement, les services de soins de santé en tant que tels sont parfois méconnus. Lorsque les femmes ne sont pas informées des services offerts par les professionnels de la santé, elles semblent plus réticentes à les utiliser (Ensor et Cooper, 2004). De plus, le manque d'information, le manque de services, la mauvaise qualité et gestion des services ainsi que des services qui ont été gênants ou insatisfaisants constituent un frein à leur utilisation (Chopra et Dhaliwal, 2010; Granger *et al.*, 2013). Par exemple, les services peuvent être plus longs et plus pénibles lorsqu'il faut tout d'abord consulter un médecin généraliste pour obtenir l'autorisation préalable à la visite d'un obstétricien ou d'un gynécologue (Foo, 2002).

Deuxièmement, une plus grande scolarisation permettrait aux femmes de mieux assimiler l'information pertinente propre à leur santé et ainsi, d'avoir une plus grande capacité à prendre des décisions éclairées (Ensor et Cooper, 2004). Inversement, une plus faible scolarisation priverait les jeunes femmes d'une capacité à négocier l'accès aux soins de santé, ce qui les empêcherait d'utiliser les services offerts à bon escient (Ensor et Cooper, 2004).

Troisièmement, les coûts prohibitifs indirects et directs peuvent avoir un impact sur l'obtention de services de soins de santé. Les coûts indirects liés à la distance et le temps requis pour se rendre dans un centre de santé sont tous les deux des barrières à l'utilisation des services (Ensor et Cooper, 2004; Granger *et al.*, 2013; Prasad *et al.*, 2005). Par exemple, un patient qui nécessite des soins devra arrêter de travailler pendant une longue période, ce qui le privera d'un revenu (Ensor et Cooper, 2004). Les coûts directs sont ceux liés à la consultation et aux traitements (Prasad *et al.*, 2005).

Quatrièmement, il existe un contrôle asymétrique des ressources selon le genre qui empêche parfois la femme d'accéder aux services de santé (Ensor et Cooper, 2004). Les différences de pouvoir dans les relations peuvent jouer un rôle en ce qui a trait à l'accès et à l'utilisation des services de santé reproductive par les femmes, telles qu'un contrôle par le partenaire des déplacements de celle-ci ou de leurs ressources financières (Blanc, 2001; Raj *et al.*, 2009). En effet, certaines organisations non gouvernementales en Inde ont constaté que de simplement offrir les services aux femmes était insuffisant puisque celles-ci devaient obtenir l'approbation de leur mari ou d'autres membres de leur famille afin d'utiliser les services de santé (Blanc, 2001; Chopra et Dhaliwal, 2010). Les hommes sont considérés comme des obstacles considérables à la prise de décision des femmes sur leur fertilité, l'utilisation de

méthodes contraceptives et l'utilisation des soins de santé (Greene, 2000, cité dans Dudgeon et Inhorn, 2004).

Cinquièmement, les influences sociales, religieuses et culturelles peuvent affecter les préférences individuelles des femmes (Ensor et Cooper, 2004; Pardhi *et al.*, 2015). Par exemple, l'utilisation de soins médicaux modernes ou la crainte des effets secondaires des méthodes contraceptives peuvent avoir une influence sur le choix des femmes (Chopra et Dhaliwal, 2010; Ensor et Cooper, 2004; Prasad *et al.*, 2005; Prateek et Saurabh, 2013; Verma *et al.*, 2015). L'acceptation graduelle de l'utilisation de méthodes contraceptives permettra de voir que les normes culturelles peuvent changer suite à l'exposition à de nouvelles idées et tendances (Blanc, 2001). Il peut également exister une réticence à rechercher des soins de santé à l'extérieur de la maison ; barrière d'autant plus importante si ce sont des hommes qui fournissent des soins aux femmes (Ensor et Cooper, 2004). En effet, une étude démontre que les femmes sont réticentes à consulter des professionnels de la santé puisqu'elles craignent un manque de confidentialité et dénoncent un manque de femmes médecins dans les centres de santé (Prasad *et al.*, 2005; Santhya *et al.*, 2011a). Enfin, il faut mentionner que ces barrières seront d'autant plus difficiles à franchir pour les groupes plus pauvres ou plus vulnérables (Ensor et Cooper, 2004), comme les femmes plus jeunes.

CHAPITRE III

CADRE CONCEPTUEL

L'objectif principal de ce projet est d'explorer les expériences et représentations des femmes indiennes universitaires métropolitaines quant à leur santé sexuelle et reproductive. Afin d'y répondre, la définition ainsi que les contextes favorables à une santé sexuelle et reproductive seront tout d'abord élaborés. Ensuite, la théorie féministe de la justice reproductive ainsi que le modèle théorique de l'autonomie reproductive seront développés afin de constituer le cadre conceptuel de cette recherche. Enfin, les objectifs spécifiques auxquels répond ce mémoire seront explicités.

3.1 Définition et contextes favorables à une santé sexuelle et reproductive

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a établi la définition de la santé sexuelle et reproductive pour la première fois en 1975, laquelle a évolué au fil du temps. La définition utilisée est celle de 2006 :

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité ; et ne consiste pas seulement en l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui sont source de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence (Organisation mondiale de la santé, 2017).

L'OMS relève l'importance de la santé sexuelle pour la santé physique et mentale des individus, des couples et des familles, ainsi que pour le développement social et économique des communautés et des pays (World Health Organization, 2010).

Comme la santé sexuelle est fortement influencée par les normes de genre, de rôles et des dynamiques de pouvoir, celle-ci doit être comprise dans son contexte social, économique et politique (WHO, 2010).

La santé sexuelle englobe plusieurs droits, dont le droit aux connaissances nécessaires pour l'atteinte d'une vie sexuelle active sécuritaire (WHO, 2010). Il peut toutefois être difficile d'atteindre une santé sexuelle sans l'accès à de l'information complète et de qualité sur le corps et sur la sexualité ; sans les connaissances liées aux risques pouvant être associés à des comportements sexuels ; sans l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive ainsi que sans un accès à un environnement favorable à la santé sexuelle (WHO, 2010). Plusieurs facteurs sont à considérer dans l'atteinte d'une santé sexuelle optimale : l'accès à l'information et à la contraception pour les jeunes (mariés ou non) ; la disponibilité des services de santé à fournir des IVG sécuritaires ; l'acceptation des normes et pratiques socioculturelles concernant la sexualité hors mariage ainsi que l'influence des relations de pouvoir entre les genres sur la capacité des filles et des femmes à utiliser la contraception ou à refuser des relations sexuelles avec les hommes (WHO, 2010, p. 10).

Pour l'OMS, la santé sexuelle est un concept plus large qui englobe la santé reproductive. Bien que la sexualité et les relations sexuelles soient essentielles à la santé sexuelle ainsi qu'à la santé reproductive, il est possible d'affirmer que la plupart des activités sexuelles ne sont pas nécessairement associées à la reproduction (WHO, 2010). En effet, la sexualité et les relations sexuelles influencent la prise en charge et l'utilisation des méthodes contraceptives, du risque d'ITSS et de VIH, d'une grossesse ou d'une IVG (WHO, 2010). Toutefois, bien que l'on comprenne que la santé sexuelle inclut la santé reproductive dans la définition de l'OMS, il semble pertinent d'utiliser les deux termes dans ce mémoire puisque l'échantillon consiste en de jeunes femmes en âge de procréer dont les activités sexuelles peuvent avoir des

conséquences sur la sexualité et sur la reproduction. Ainsi, aux fins de ce mémoire, l'usage du concept de la santé sexuelle et reproductive sera mis de l'avant.

3.2 Théorie féministe de la justice reproductive

Le cadre d'analyse féministe de la justice reproductive s'inscrit dans le mouvement pour la justice sociale et les droits de la personne. L'objectif de la justice reproductive est que chaque femme puisse posséder, contrôler et prendre ses propres décisions à propos de son corps, de sa santé et de ses relations (Chrisler, 2012).

La justice reproductive s'étend au-delà des droits sexuels et choix reproductifs : elle permet d'aborder les facteurs historiques, sociaux et économiques qui contribuent à la perte de pouvoir ou d'autonomie des femmes quant à leur santé sexuelle et reproductive (Gilliam, Neustadt et Gordon, 2009). En effet, la justice reproductive est un cadre émergent qui utilise les fondements de l'approche intersectionnelle appliquée au domaine de la santé reproductive (Chrisler, 2012). L'approche théorique intersectionnelle vise une compréhension du pouvoir et de sa répartition inéquitable selon des marqueurs de différenciation tels que la race, la culture, la classe, le statut économique, la religion, l'âge, le genre et l'orientation sexuelle, entre autres (Fédération Québécoise pour le Planning des Naissances, 2014; Gilliam *et al.*, 2009). Ces multiples facteurs d'oppression menacent les prises de décisions autonomes et éclairées des femmes quant à leur santé sexuelle et reproductive (Gilliam *et al.*, 2009). Pour cette recherche, il a été visé de mieux comprendre une certaine population, soit les jeunes femmes qui sont à l'université et qui possèdent donc un certain statut relié à leur éducation et à leur classe sociale. Toutefois, leur âge et leur

statut relationnel (de femmes non mariées) sont deux facteurs qui apportent des défis et les limitent parfois à bien s'occuper de leur santé sexuelle et reproductive.

Cette capacité de prise de décision éclairée demande à ce que chaque femme ait le « pouvoir et les ressources économiques, sociales et politiques nécessaires pour faire des choix sains à propos de son corps, de sa sexualité et de sa reproduction, pour elle-même, pour sa famille et pour sa communauté et dans toutes les sphères de sa vie » (Fédération Québécoise pour le Planning des Naissances, 2014, p. 4). La justice reproductive dénonce le contrôle et l'exploitation du corps, de la sexualité et de la reproduction des femmes comme stratégie de contrôle (Asian Communities for Reproductive Justice, 2005). En effet, contrôler le corps d'une femme, c'est contrôler sa vie, ses choix et son potentiel, devenant une stratégie afin de réglementer des communautés entières (ACRJ, 2005). Comme la sexualité est au cœur de la subordination des femmes (Pillard, 2007), un contrôle sur cette sexualité renvoie aussi à un contrôle sur la reproduction (Foo, 2002). Ainsi, cette étude s'ancre dans les expériences vécues par les étudiantes afin de comprendre de quelles façons elles prennent leurs décisions en ce qui concerne leur corps, leur santé et leurs relations.

Les choix reproductifs consistent non seulement à éviter une grossesse non désirée, mais aussi à fonder une famille lorsque désiré (Pillard, 2007). Il n'est pas réaliste que les femmes puissent apprendre, prospérer, économiser, participer à la société et gouverner sans avoir de choix sur leur propre santé reproductive (Pillard, 2007). Par exemple, pour les étudiantes rencontrées, c'était le choix de s'engager dans une sexualité à but non procréatif, dans une sexualité pour le plaisir. C'est un choix qui demande une certaine volonté, puisque « traditionnellement, le sexe a pu être une source de plaisir et de pouvoir pour les hommes, mais [reste] associé à la gêne et à la honte pour les femmes » (Pillard, 2007, p. 951, traduction libre). Ce sont aussi les choix d'accéder à des méthodes contraceptives qu'elles peuvent contrôler et à l'IVG,

choix qui jouent un rôle central dans la libération des femmes de leur obligation à la maternité (Pillard, 2007). Toutefois, il peut être difficile de faire ces choix reproductifs individuels en tant que jeune femme dans une culture qui promeut la prise de décision en famille, en communauté ou en société (ACRJ, 2005). En effet, dans de nombreuses cultures, les jeunes femmes doivent naviguer entre les tabous sociaux et les traditions propres à leur culture afin de prendre des décisions sur leur santé sexuelle et reproductive (ACRJ, 2005).

La justice reproductive s'intéresse donc aux contraintes culturelles, sexuelles, sexistes, coloniales et structurelles qui limitent l'autonomie reproductive des femmes (Bailey, 2011). Par exemple, en Inde, il existe une culture pronatale où les rôles de genre sont culturellement et socialement attendus (Bailey, 2011), ce qui engendre plusieurs défis pour la sexualité des femmes. Plusieurs barrières à la contraception affectent la promotion de comportements sexuels sécuritaires, telles qu'un manque de connaissances sur les méthodes contraceptives, les peurs associées aux effets secondaires ou aux complications des méthodes contraceptives et des programmes d'éducation sexuelle (lorsqu'il y en a) qui promeuvent l'abstinence seulement (Gilliam *et al.*, 2009). Il faut mentionner que les libertés civiles ne garantissent pas nécessairement plus de liberté reproductive (Bailey, 2011). En effet, même si l'Inde a un mouvement féministe fort, une démocratie, des lois libérales concernant la contraception et l'IVG, son historique de contrôle de la population, combiné avec une culture qui préfère les fils, encouragent l'abus de technologies reproductives qui mène à la pratique illégale des interruptions de grossesse sexo-sélectives (Bailey, 2011; Sharma, 2016). L'État s'est immiscé pendant de nombreuses années dans le domaine de la planification familiale à l'aide de stratégies de contrôle de la population, telles que des stérilisations de masse, laissant des perceptions négatives de la contraception dans la société (Bailey, 2011; Sharma, 2016). Ces perceptions

envers la contraception apportent un lot de contraintes à l'autonomie des femmes en Inde.

Enfin, le but ultime de la justice reproductive est d'obtenir un pouvoir social, économique et politique pour toutes les femmes afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées concernant leur santé sexuelle et reproductive (ACRJ, 2005). Pour y arriver, le mouvement conteste les relations sociales patriarcales et aborde explicitement les intersections du racisme, du sexisme, de l'homophobie, de la xénophobie et de l'oppression des classes sur la santé sexuelle et reproductive des femmes (ACRJ, 2005). Pour conclure sur cette théorie, il est de mise de citer une féministe indienne qui identifie plusieurs défis à relever avant d'obtenir un réel pouvoir décisionnel pour toutes les femmes en Inde :

Looking at the evolution of the family planning/welfare policies and its problems, it is crucial to ensure that women's rights and choices with respect to reproductive health are upheld not just by the health policy structure, which meets their needs through well informed and appropriate services, but also facilitating an environment where social norms uphold, enable, and encourage these freedoms in the long run. (Sharma, 2016, p. 44)

En outre, la théorie de la justice reproductive et son approche intersectionnelle permettront de s'intéresser précisément aux questions liées à la santé sexuelle et reproductive.

3.3 Modèle théorique de l'autonomie reproductive

La théorie féministe de la justice reproductive et de son approche intersectionnelle précédemment détaillée permet de mettre en contexte la notion d'autonomie reproductive. La santé sexuelle et reproductive des femmes renvoie directement à

l'autonomie reproductive, c'est-à-dire au pouvoir décisionnel et au contrôle associés au choix de son partenaire, des méthodes contraceptives, d'une grossesse et de la maternité (Purdy, 2006; Upadhyay *et al.*, 2014). Il faut toutefois se rappeler que la capacité à prendre des décisions est influencée par la relation entretenue avec son partenaire sexuel ainsi que par la culture et le contexte de vie (Upadhyay *et al.*, 2014). Chez les femmes universitaires célibataires, il est possible d'avancer que leur autonomie reproductive peut être influencée par leur(s) partenaire(s) et par la culture dans laquelle elles vivent. Chaque fois que ces facteurs d'influence se modifient, le niveau d'autonomie reproductive fluctue également (Upadhyay *et al.*, 2014). Par exemple, une femme qui a plusieurs partenaires sexuels peut avoir différents niveaux d'autonomie reproductive avec chacun d'eux :

La fonction reproductive des femmes est souvent réduite à une discussion de choix, comme si chaque femme était un individu séparé des forces familiales, communautaires, sociales, culturelles et politiques. Pourtant, ces forces influencent son niveau d'autonomie [ou de contrainte] dans sa prise de décision sur sa santé reproductive (Norsworthy, McLaren et Waterfield, cité dans Chrisler, 2012, p. 57, traduction libre).

Upadhyay et ses collègues (2014) ont élaboré un modèle d'autonomie reproductive, sans toutefois illustrer sa forme finale et validée. La figure 3.1 est donc la représentation de leur modèle final illustrée par la chercheuse de ce mémoire. Ces auteurs se sont principalement intéressés aux facteurs interpersonnels de l'autonomie reproductive, tels que le pouvoir décisionnel, la capacité de communication avec le partenaire et l'absence de coercition. Le pouvoir décisionnel est la capacité de prise de décision par soi-même (ou avec le partenaire) en ce qui concerne les méthodes contraceptives, la grossesse et la maternité (Upadhyay *et al.*, 2014). La capacité de communication est définie comme le fait de se sentir à l'aise de discuter avec son partenaire des méthodes contraceptives, de la grossesse et de la maternité (Upadhyay *et al.*, 2014). La capacité de communication implique également la capacité de discuter de sexualité et d'exprimer ses désirs à son partenaire. L'absence de coercition reproductive réfère à l'absence de contraintes par le partenaire (ou

l'entourage) quant à l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi qu'à l'expérience de la grossesse et de la maternité (Upadhyay *et al.*, 2014). Ces trois facteurs permettront de mieux évaluer l'autonomie reproductive des participantes à partir de leurs expériences sexuelles et des expériences de négociation.

Suite à la recherche sur ces trois facteurs interpersonnels, les auteurs mentionnent qu'il serait pertinent d'examiner simultanément les facteurs individuels, familiaux, sociaux, communautaires et juridiques. Par exemple, les facteurs individuels réfèrent aux connaissances sur la santé reproductive et sur les méthodes contraceptives ; aux perceptions et attitudes envers les méthodes contraceptives et l'IVG ; à l'utilisation exacte des méthodes contraceptives ainsi qu'aux comportements sexuels (Upadhyay *et al.*, 2014). En ce qui a trait aux facteurs familiaux, sociaux et communautaires, il peut s'agir des normes entourant la sexualité ou encore, de l'accès aux méthodes contraceptives et à l'IVG.

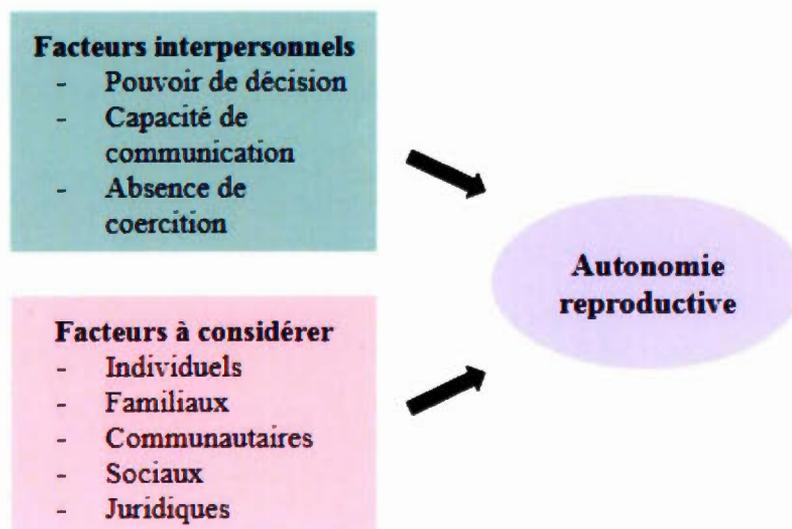


Figure 3.1 Modèle théorique élaboré par Upadhyay *et al.*, 2014

Ce modèle permettra ainsi de mieux analyser particulièrement les facteurs interpersonnels qui influencent l'autonomie reproductive des participantes de cette recherche. Les analyses de ce mémoire sont donc une combinaison de la théorie féministe de la justice reproductive (Chrisler, 2012) et du modèle théorique de l'autonomie reproductive (Upadhyay *et al.*, 2014). Ensemble, ces deux théories se complètent sur leurs valeurs et leurs objectifs, soit l'accomplissement d'une autonomie et santé sexuelle et reproductive des femmes à travers le monde.

3.4 Objectifs de recherche

Afin de répondre plus spécifiquement à l'objectif de cette recherche, soit d'explorer les expériences et représentations des femmes indiennes universitaires quant à leur santé sexuelle et reproductive, trois questions de recherche vont guider l'analyse des résultats :

- 1) Quelles sont les normes sociales et les enjeux associés à la décision d'avoir une vie sexuelle active en tant que femmes universitaires ?
- 2) Quelles sont les expériences et les perceptions des femmes quant à leurs connaissances et à l'utilisation des méthodes de contraception ?
- 3) Comment se manifeste le pouvoir de décision et de contrôle sur leur stratégie contraceptive ?

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre vise à présenter la méthodologie utilisée dans cette recherche. La première section permettra de décrire le projet de recherche. La deuxième section détaillera les outils de collecte de données. La troisième section présentera les procédures de recrutement tandis que la quatrième décrira le déroulement des entrevues. La cinquième section précisera les procédures d'analyses qualitatives et la sixième s'intéressera aux considérations éthiques.

4.1 Description du projet

Une méthodologie qualitative a été privilégiée aux fins de cette recherche. D'un point de vue épistémologique, celle-ci permet une analyse riche en profondeur des réalités, des perspectives et des expériences des acteurs sociaux (Poupart, 1997). D'un point de vue éthique et politique, une étude qualitative permet de mieux comprendre les enjeux sociaux propres à cette population et ainsi, repérer les préjugés, les pratiques discriminatoires et les inégalités sociales (Poupart, 1997). Du point de vue méthodologique, l'entretien qualitatif est un outil d'information et d'exploration privilégié qui s'ancre dans le point de vue et le sens que les acteurs sociaux donnent à leur vécu (Poupart, 1997; Savoie-Zajc, 2010).

Cette recherche s'intéresse donc plus spécifiquement aux expériences et aux représentations des femmes indiennes universitaires quant à leur santé sexuelle et reproductive. Plus précisément, cette recherche vise à : 1) explorer les normes

sociales et les enjeux associés à la décision d'avoir une vie sexuelle active ; 2) documenter les expériences et perceptions des femmes quant à leurs connaissances et à l'utilisation des méthodes de contraception ; 3) décrire leur pouvoir de décision et de contrôle sur leur stratégie contraceptive.

4.2 Outils de collecte de données

La stratégie retenue pour la collecte de donnée se trouve à être l'entrevue semi-dirigée. L'entrevue se définit comme une interaction verbale entre la chercheuse et la participante sur un phénomène d'intérêt (Savoie-Zajc, 2010). Cet échange reste souple et se laisse guider par le rythme qu'y accorde la participante sur des thèmes généraux élaborés par la chercheuse (Savoie-Zajc, 2010). L'entrevue semi-dirigée repose sur trois postulats. Tout d'abord, l'entrevue est perçue comme une unité de sens, c'est-à-dire que chaque propos tenu doit être mis en relation avec les autres pour en comprendre l'histoire (Savoie-Zajc, 2010). Ensuite, le fait de connaître et d'explicitier la perspective d'une participante permet de lui donner un sens (Savoie-Zajc, 2010). Enfin, il faut reconnaître que « l'interaction verbale et sociale de l'entrevue est [...] hautement situationnelle et conditionnelle, toujours singulière et jamais reproductible » (Savoie-Zajc, 2010, p. 341).

Comme les questions sont semi-dirigées, c'est-à-dire ouvertes, courtes, neutres et pertinentes (Savoie-Zajc, 2010), la participante a l'occasion d'aborder des aspects plus significatifs pour elle. De cette entrevue semi-dirigée émergera un partage d'expériences et de savoirs socialement construits (Savoie-Zajc, 2010). Ainsi, l'entretien de type qualitatif a permis d'obtenir une « juste appréhension et compréhension des conduites sociales » (Poupart, 1997, p. 174) des femmes

universitaires indiennes. En effet, en plus de mieux comprendre et de rendre explicite l'univers des participantes, l'entrevue semi-dirigée a eu une fonction émancipatrice chez certaines d'entre elles en enclenchant une réflexion et en « stimul[ant] des prises de conscience et des transformations » (Savoie-Zajc, 2010, p. 343). Enfin, l'entrevue semi-dirigée permet de mieux comprendre comment ces étudiantes arrivent à négocier leur autonomie reproductive tout en tenant compte des oppressions vécues dans leurs interactions personnelles ainsi que dans les structures sociales, politiques et institutionnelles (Chrisler, 2012).

L'outil de collecte de données principal est la grille d'entrevue qualitative semi-directive développée en trois thèmes centraux : les expériences amoureuses et sexuelles, les connaissances et utilisation des méthodes de contraception, puis les défis et enjeux sociaux vécus par les femmes universitaires (voir Appendice A). Le contenu de la grille d'entrevue a d'abord été révisé lors d'une rencontre de pairs universitaires à Montréal. Elle a aussi été bonifiée à la suite de rencontres avec des experts dans le domaine de la santé reproductive et de la culture en Inde. La grille a ensuite été traduite en anglais afin de pouvoir rejoindre l'échantillon désiré. Une entrevue pilote a été menée afin de pratiquer l'entrevue et d'améliorer la grille. Des changements ont par la suite été apportés afin de clarifier certaines questions. Pendant la collecte de données, relativement peu de changements ont été apportés à la grille d'entrevue. Toutefois, un thème émergent a été ajouté lorsque les participantes abordaient le sujet par elles-mêmes, soit leur perception du concept de consentement sexuel dans leur vie personnelle ainsi que dans la société.

La première section documente les *expériences amoureuses et sexuelles* des participantes et contient des questions sur le déroulement des rencontres avec un partenaire et le type d'activités réalisées ensemble. De plus, la présence de pressions de la part du partenaire, des amis ou de la famille relativement au mariage, à la

grossesse et à une vie sexuelle active est examinée par des questions telles que : « In your opinion, have you felt some pressure from your partner or your entourage to get married? » ou « In your opinion, have you felt some pressure from your partner or your entourage about your sexuality? » La deuxième section se concentre sur les *connaissances et utilisations des méthodes de contraception*. Un outil visuel a été créé afin que les répondantes identifient toutes les méthodes contraceptives auxquelles elles ont eu recours (voir Appendice B), telles que le condom masculin, le condom féminin, le timbre contraceptif, la pilule contraceptive orale (et d'urgence), entre autres. Par la suite, la chercheuse pose des questions sur les connaissances des participantes quant aux méthodes qu'elles ont utilisées ainsi que de leurs sources d'information sur la contraception. Des questions portent aussi sur l'expérience d'une méthode de contraception qui n'a pas fonctionné. De plus, quelques questions ciblent la négociation de la contraception avec un partenaire : « How did that go? What did he think? What was his role in the negotiation? » La troisième section s'intéresse quant à elle aux *défis et enjeux sociaux vécus par les femmes universitaires à Mumbai*. À titre d'exemple, il est demandé : « In your opinion, what are the main challenges that young women experience... regarding their love life? / regarding their sexuality? / regarding contraception? » Enfin, elles sont appelées à suggérer des changements ou des améliorations souhaitées en ce qui concerne leurs connaissances ou l'accès aux méthodes contraceptives.

Un questionnaire (voir Appendice C) remis à la fin de l'entrevue comporte cinq questions sociodémographiques sur leur âge, leur ville natale, leur statut relationnel, leur religion et leur travail (le cas échéant). Puis, il y a deux questions à court développement, une sur la satisfaction de leurs droits en tant que femmes vivant à Mumbai et une autre sur leur considération à se définir ou non comme féministes.

4.3 Procédures de recrutement

Comme la recherche se déroulait dans un autre pays, il s'avérait important d'ajouter une étape avant de procéder au recrutement, soit une étape d'adaptation culturelle et d'inclusion dans le milieu universitaire. La chercheuse est arrivée à une université de Mumbai⁴ au mois de juillet 2016 afin d'y passer deux mois en stage, permettant ainsi une meilleure inclusion auprès des étudiantes. Pendant ce temps, la chercheuse a également pu lire de nouveaux articles scientifiques et livres sur la sexualité des jeunes en Inde, des articles de journaux quotidiens en anglais (particulièrement sur la politique) et des articles de blogs féministes indiens sur différentes réalités vécues par les femmes en Inde. Elle a aussi pu assister à une conférence nationale de deux jours : « Revisiting the Discourse on Women's Rights: New Forms of Violations and Contestations » à Mumbai, ce qui a permis à la chercheuse d'en apprendre davantage sur de réalités qui lui étaient inconnues. Enfin, au cours de ces deux mois d'adaptation culturelle, elle a aussi pu discuter avec plusieurs professeurs, libraires, amis et inconnus à propos de son sujet de recherche et ainsi, connaître leurs opinions sur de nombreux sujets.

Le recrutement a donc débuté en septembre 2016 avec une présentation orale du projet de recherche dans un cours magistral d'une université de Mumbai. Les étudiantes rencontrées ont ensuite partagé l'annonce du projet de recherche (voir Appendice D) dans leurs réseaux d'amies et de connaissances, ce qui a permis le début du recrutement. Par la suite, il était demandé aux participantes qui le désiraient d'aider à recruter dans leur cercle de relations. Le choix d'un échantillonnage par boule de neige a été favorisé, car la sexualité, et plus précisément la santé sexuelle et reproductive des femmes étudiantes, sont encore des sujets tabous autant auprès de la

⁴ Afin de préserver l'anonymat des premières répondantes, le nom de l'université n'est pas révélé.

population étudiante que des institutions scolaires. L'échantillonnage par boule de neige « consiste à ajouter à un noyau d'individus tous ceux qui sont en relation avec eux » (Beaud, 2010, p. 266). Ce type d'échantillonnage non probabiliste est préconisé pour une recherche sociale exploratoire puisque c'est peu coûteux, rapide et facile à appliquer (Beaud, 2010). Ainsi, il s'avérait plus efficace de passer par les réseaux de contacts et connaissances de chacune des participantes.

Néanmoins, le recrutement a été plus difficile que prévu. En effet, à la suite des problèmes informatiques pour recevoir le certificat éthique (logiciel e-reviews), les mois de juillet et août, passés sur le terrain en Inde, se sont écoulés sans pouvoir procéder au recrutement. Ensuite, septembre et octobre sont des mois très festifs en Inde, entraînant plusieurs jours fériés ainsi que des semaines entières de célébrations, telles que Ganesh Chaturthi, Navratri et Diwali. De ce fait, plusieurs étudiantes retournaient dans leur famille à l'extérieur de Mumbai pour ces fêtes. Puis, la fin de session universitaire du mois de novembre a fait en sorte que plusieurs étudiantes étaient trop occupées pour participer à la recherche. Conséquemment, 10 participantes ont été rencontrées en 10 semaines.

La collecte de données s'est effectuée entre septembre et novembre 2016 auprès de femmes étudiant dans divers collèges et universités de Mumbai. L'objectif initial de ce projet de recherche était de rencontrer entre 12 et 15 femmes correspondant aux critères d'inclusion suivants : 1) avoir ou avoir eu des relations sexuelles consentantes avec un homme dans les douze derniers mois ; 2) être actuellement inscrite au collège ou à l'université ; ainsi que 3) parler anglais. Ce dernier critère était important pour la communication entre la chercheuse et les participantes. De plus, il était voulu que le premier critère ne soit pas plus spécifique, afin de voir comment les répondantes viennent à définir ce que sont des relations sexuelles. Le principal critère d'exclusion

se trouvait à être les femmes mariées, puisque l'étude s'intéresse aux femmes ayant une vie sexuelle en dehors des liens du mariage.

4.4 Déroulement des entrevues

Les femmes intéressées à participer pouvaient joindre la chercheuse via l'adresse courriel institutionnelle ou son numéro de téléphone en Inde. Avant la rencontre, l'affiche de recrutement ainsi que le formulaire de consentement étaient envoyés aux participantes.

Les entrevues ont eu lieu dans leur foyer, dans l'appartement de la chercheuse, dans un hôpital et dans les couloirs universitaires. Ces lieux étaient choisis selon les disponibilités et les préférences des participantes. Lors de l'entretien individuel, il y avait un retour sur le but et les objectifs de la recherche. La lecture et l'explication du formulaire de consentement (voir Appendice E) ont permis de réitérer les conditions importantes, telles que l'anonymat, la protection et confidentialité des données et leurs droits en tant que participantes. La chercheuse a également répondu à leurs questions afin d'obtenir leur consentement libre et éclairé. Comme les entrevues étaient enregistrées à l'aide d'un enregistreur vocal numérique, les participantes en étaient informées avant leur signature du formulaire de consentement. Le formulaire de consentement était ensuite signé en deux copies. Les entrevues réalisées par la chercheuse ont duré en moyenne 60 minutes, la plus courte étant de 30 minutes alors que la plus longue a duré 80 minutes. Les participantes étaient toujours en mesure de prendre une pause pendant l'entrevue ou d'y mettre fin en tout temps.

Au terme de l'entrevue, la chercheuse remerciait la participante pour ses précieuses confidences et pour son temps. Puis, la distribution du questionnaire sociodémographique a permis de recueillir quelques renseignements personnels. Enfin, elles recevaient une affiche des ressources locales où elles pouvaient être reçues si elles se sentaient fragilisées à la suite de l'entretien (voir Appendice F). La chercheuse a pris des notes afin de résumer et retenir les propos et le langage non verbal de la participante (par exemple : postures, hésitations, expressions faciales).

4.5 Procédures d'analyses qualitatives

Les quatre étapes d'une analyse inductive ont été privilégiées pour l'analyse des données de cette recherche exploratoire (Blais et Martineau, 2006). Ce type d'analyse est défini comme « un ensemble de procédures visant à "donner un sens" à un corpus de données brutes, mais complexes » afin de permettre l'émergence des catégories et de nouvelles connaissances (Blais et Martineau, 2006, p. 2). La première étape a été de retranscrire les entrevues enregistrées sous forme de verbatim (Savoie-Zajc, 2010). La préparation de ces données brutes a été réalisée en s'assurant de l'anonymat des participantes en modifiant ou en omettant les noms et les lieux. Comme deuxième étape, une lecture attentive et approfondie de chacune des entrevues a été réalisée ainsi qu'une prise de notes de thèmes qui semblent déjà pertinents (Blais et Martineau, 2006). En guise de troisième étape, le processus d'identification et de description des premières codifications (Blais et Martineau, 2006) a débuté dès les quatre premières entrevues effectuées. En effet, les analyses réalisées à l'aide du logiciel Nvivo (version 11) se sont déroulées de façon simultanée avec la collecte de données. Afin de s'assurer de la justesse des codes proposés, une analyse intercodeurs a été réalisée sur une portion des données avec une collègue étudiante à la maîtrise en sexologie, profil recherche. Cette technique est nommée le codage parallèle en

aveugle dans Blais et Martineau (2006). Par la suite, la remise d'une version préliminaire de l'arborescence a été proposée à la directrice et au codirecteur. Les codes se sont modifiés tout au long de l'analyse des autres entrevues. Ensuite, certains codes similaires ont été regroupés en catégories et ont été hiérarchisés (Blais et Martineau, 2006). Enfin, la quatrième étape a été réalisée pendant plusieurs mois, soit de poursuivre la révision et le raffinement des catégories et des sous-catégories lors de rencontres entre la chercheuse et ses superviseurs, permettant une vérification de la clarté des catégories (Blais et Martineau, 2006). Il semble pertinent de mentionner que la chercheuse a gardé en tête, pendant toutes les étapes de l'analyse des données, le concept d'universalisme ethnocentrique, concept dénoncé par Mohanty (2010). Cette féministe d'origine indienne dénonce un universalisme ethnocentrique dans les recherches, c'est-à-dire le fait d'analyser les structures familiales, légales, économiques et religieuses en fonction des normes occidentales (Mohanty, 2010). Ainsi, les analyses ont été effectuées le plus possible en fonction des normes sociales indiennes perçues par les participantes en s'ancrant dans leurs expériences et réalités (Mohanty, 2010). Les résultats présentés dans ce mémoire évoquent les thèmes récurrents qui répondent directement aux questions de recherche et qui rendent compte des expériences des participantes. Néanmoins, ils représentent seulement une brève partie des catégorisations effectuées pendant les analyses.

4.6 Considérations éthiques

Comme mentionné dans la section sur le déroulement des entrevues, plusieurs stratégies ont été utilisées afin de s'assurer des droits et du bien-être des participantes. Lors du premier contact entre la participante et la chercheuse, l'affiche de recrutement ainsi que le formulaire de consentement (en anglais) leur étaient envoyés, en plus d'une invitation à poser leurs questions, au besoin. Après avoir pris

connaissance de ces formulaires, si la participante démontrait un intérêt à collaborer, la chercheuse lui laissait choisir le meilleur moment et l'endroit où se déroulerait l'entrevue. Lors de l'entretien, la chercheuse et la participante repassaient à travers le formulaire de consentement qui comprend les procédures de cette recherche, les avantages et les risques associés, la confidentialité des données ainsi que les coordonnées des personnes responsables. La chercheuse a lu à la participante ses droits, tels que se retirer à n'importe quel moment de l'entretien. La chercheuse a aussi rassuré la participante en discutant de la confidentialité de l'étude, du respect à la vie privée et de la dépersonnalisation des données. Si elle avait des questions, la participante était encouragée à les poser avant la signature du formulaire de consentement. Lorsque la participante exerçait son choix libre et éclairé de participer à cette recherche, le formulaire de consentement était signé en deux copies, une pour la participante et une pour la chercheuse. Puis, après l'entrevue, la chercheuse lui donnait une fiche contenant des ressources locales, au cas où elle aurait eu besoin d'aide. La chercheuse a mentionné aux participantes de ne pas hésiter à communiquer avec elle au besoin.

Plusieurs moyens ont été mis en place afin de s'assurer de la confidentialité des données. Les entrevues enregistrées étaient transférées sur l'ordinateur portable de la chercheuse et supprimées de l'outil d'enregistrement. Toutes les entrevues et les verbatim ont été mis dans un dossier caché et protégé par un mot de passe dans l'ordinateur (qui comporte aussi un mot de passe). Afin de protéger l'identité des participantes ainsi que la confidentialité des données recueillies, les noms, les lieux ou toute information pouvant les identifier ont été effacés ou remplacés lors de la transcription de l'entretien (de l'enregistrement à l'écriture). Les fiches sociodémographiques ont été compilées dans un fichier Word verrouillé et ensuite déchetées sur place. En résumé, toutes les données (enregistrements audio, verbatim et analyses Nvivo) sont dans un dossier caché et verrouillé dans l'ordinateur

portable de la chercheuse ainsi que sur un disque dur externe protégé par mot de passe. En ce qui a trait aux formulaires de consentement, ils sont gardés dans un classeur verrouillé chez la chercheuse.

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQÀM, numéro du certificat : 1161 (voir Appendice G).

CHAPITRE V

RÉSULTATS

Dans le cadre de cette recherche, les résultats présentés se rapportent aux expériences et représentations de la santé sexuelle et reproductive des femmes inscrites au collège ou à l'université et ayant eu des relations sexuelles consentantes avec un homme dans les douze derniers mois. Cette section débute avec la présentation des participantes à l'étude. Ensuite, les résultats seront présentés sous trois angles : 1) Les structures familiales, sociales et culturelles modulent les expériences sexuelles des participantes ; 2) Les facteurs individuels jouent un rôle dans l'atteinte de l'autonomie reproductive des participantes ; 3) Les relations interpersonnelles avec le partenaire sexuel influencent le niveau d'autonomie reproductive des participantes. Enfin, les participantes donnent leurs suggestions pour l'amélioration des connaissances et de l'accès aux méthodes contraceptives.

5.1 Présentation des participantes

Comme présenté dans le tableau 5.1, l'échantillon final comprend 10 femmes universitaires ayant eu des relations sexuelles consentantes avec un partenaire masculin dans les douze mois précédant l'entretien de recherche.

Les dix participantes rencontrées sont âgées de 20 à 25 ans, l'âge moyen et médian étant de 22,5 ans. Cinq participantes viennent du Maharashtra, l'État où se trouve

Mumbai, tandis que les cinq autres sont originaires du Bengale de l'Ouest, du Gujarat, du Karnataka, du Kerala et de l'Uttar Pradesh.

En ce qui a trait aux études entreprises par les participantes, elles étaient diversifiées, mais toujours en sciences humaines : études des femmes, études sur le genre, études tribales, travail social, éducation spécialisée, médias de masse, journalisme, sciences politiques et droit.

La plupart d'entre elles ne sont pas encore sur le marché du travail. Les quatre participantes les plus âgées (24 et 25 ans) enseignaient tout en poursuivant leurs études : deux en éducation spécialisée pour les jeunes et deux à l'université.

En ce qui concerne leur logement, la plupart des femmes rencontrées habitent en colocation à Mumbai. Seulement trois d'entre elles habitent encore chez leurs parents.

Concernant leur religion, six filles se disent hindoues, une se définit comme chrétienne et trois autres n'adhèrent à aucune religion — bien qu'elles pratiquent et célèbrent tout de même les fêtes hindoues.

En ce qui a trait à leur statut relationnel, six d'entre elles se définissent comme célibataires, trois comme étant en fréquentation et une comme étant en relation amoureuse.

Tableau 5.1 Caractéristiques des participantes

Participante	Âge	Domaine d'études	Travail	Habite chez ses parents	Religion	Statut relationnel
Shivangi	22	Études des femmes	–	Non	Hindouisme	Célibataire
Komal	22	Éducation spécialisée	–	Oui	Hindouisme	En relation amoureuse
Salini	22	Études sur le genre	–	Non	Hindouisme	En fréquentation
Heeral	24	Éducation spécialisée	Enseignement spécialisé	Oui	Hindouisme	En fréquentation
Surbhi	25	Sciences politiques	Enseignement	Oui	Aucune	Célibataire
Avantika	20	Médias de masse	-	Non	Hindouisme	En fréquentation
Tanvi	24	Éducation spécialisée	Enseignement spécialisé	Non	Hindouisme	Célibataire
Sanaya	21	Journalisme, études tribales	-	Non	Aucune	Célibataire
Karishma	20	Travail social	-	Non	Christianisme	Célibataire
Anisha	25	Droit	Enseignement et production de films	Non	Aucune	Célibataire

5.1.1 Les représentations d'une relation sexuelle sont diversifiées

Comme les critères d'inclusion ne spécifiaient pas ce qu'était une relation sexuelle, les participantes étaient interrogées sur leur propre définition. Plusieurs visions ont émergé : certaines parlent de caresses, d'autres incluent plusieurs comportements sexuels différents, allant des baisers, des caresses, du sexe oral à la pénétration. Les participantes sont d'accord pour dire que la définition d'une relation sexuelle demeure vague et ambiguë. Il leur est parfois difficile de reconnaître ce qui est considéré comme une relation sexuelle et ce qui ne l'est pas.

I don't think penetration counts as the whole sexual intercourse. I think that basically, yes, making out is one thing and sexual intercourse would be definitely another thing. I don't think the lines are very distinct, they are definitely blurred. I don't think that only intercourse is sexual intercourse with penis penetration and all. (Anisha)

Par ailleurs, Karishma inclut une période de temps pour une relation sexuelle : les préliminaires, la relation sexuelle et le temps passé ensemble par la suite.

A lot of people talk about penetrative sex being sex, but for me, that's not just that. Sex is basically for me, what happened before that and after that, and that's very important for me. Without that, it's not sex. It's just penetration. Yeah. That's what I would like... The foreplay part of it has to be for quite a while until I'm aroused sufficiently. [...] After penetration, also. That's how I define sex: before penetration, penetration and after penetration. After penetration, I want to be naked and cuddle. I want to feel warm after that too. I don't want someone running after... Like, no. I would hate that. I would not meet this person again. (Karishma)

Il subsiste également une différence entre « sexe » et « faire l'amour » qui revient dans le discours de certaines participantes.

I think, if you just stop it at sexual intercourse, for me, it has always been the scientific thing where it's two bodies coming together for one particular reason: for having sex. I think, for me, scientifically, that is what it is. I was not somebody who would... All this time, every time I had sex with

somebody, I always said: « Ok, I had sex with that person ». It was only with my boyfriend I started using the words : « We made love ». I could differentiate. I was able to notice the emotional changes. [...] Somewhere, my definition has changed altogether. Initially, I couldn't differentiate between what sex is and making love is. Now, I can do that. (Tanvi)

Pour la plupart des participantes, une relation sexuelle est perçue comme un besoin sexuel important. Les relations sexuelles sont perçues comme saines pour l'équilibre émotionnel et la santé physique, permettant d'obtenir du plaisir. Afin de combler ce besoin, certaines ne prennent pas en compte les normes sociales entourant la sexualité, lesquelles restent présentes et fortes dans leur entourage.

Like I said, it's really not a big deal how people exaggerate sexual intercourse and how they associate these social norms with them. It's really not like that for me. It's very rational. I want to do it because I feel like I need to do it at this point. So, I just go ahead and do it. (Sanaya)

5.2 Les structures familiales, sociales et culturelles modulent les expériences sexuelles des participantes

Certaines structures modulent le choix des femmes universitaires rencontrées d'avoir une vie sexuelle active. Premièrement, les rôles de genre découlant des valeurs familiales et culturelles demandent aux participantes d'être honorables, entre autres dans leur apparence physique et dans leurs conduites. Deuxièmement, les normes sociales et familiales modulent la vision de la sexualité avant le mariage comme inadmissible. Troisièmement, les normes sociales instaurent la perception que la procréation constitue l'unique fonction de la sexualité à l'intérieur du mariage. Quatrièmement, les familles qui adhèrent à ces normes exercent une forme de contrôle importante sur les relations amoureuses ou sexuelles des participantes.

Finalement, le consentement sexuel est une notion primordiale à l'atteinte d'une autonomie sexuelle et reproductive, notion toutefois mal interprétée par la société.

Il semble pertinent de spécifier que cette section pourrait constituer à elle seule le sujet d'un mémoire puisque l'Inde représente « une culture ou plutôt une mosaïque de cultures, de cultures vivantes dont le propre est justement le dynamisme, le mouvement, la transformation » (Granger *et al.*, 2013, p. 12). Ainsi, cette section des résultats embrasse large tout en demeurant une section sommaire, ce qui donne une vision plutôt figée des structures familiales, sociales et culturelles de l'Inde. Cette section interpelle donc le lecteur à utiliser avec nuance et prudence les éléments qui y sont présentés.

5.2.1 L'importance d'être une femme honorable dans toutes les sphères de la vie

La société indienne contemporaine demeure très conservatrice en ce qui a trait à la socialisation des garçons et des filles, et ce, dès le début de la grossesse alors qu'une forte préférence pour un enfant de sexe masculin est notée. En grandissant et tout au long de leur socialisation, on s'attend des jeunes femmes qu'elles soient honorables⁵. Il est requis d'être une femme réservée et convenable dans toutes les sphères de leur vie, autant dans leur habillement que dans leurs actions.

There is some kind of pressure to be a modest and decent woman, considered as a decent woman. I probably don't live up to those terms!

⁵ En anglais, les participantes utilisent l'expression « a decent woman ». Pour les fins du présent mémoire, ces termes ont été traduits par « femme honorable », soit « [une personne] qui par sa conduite, ses actions conformes à une norme valorisée socialement est digne d'estime, de considération, de respect ». Plus particulièrement, en parlant d'une femme : « dont la conduite sexuelle est conforme à une norme valorisant la chasteté, la fidélité pour les femmes mariées et les fixant dans un rôle de mère et d'épouse. » (Centre national de ressources textuelles et lexicales, 2012)

(laughs)... Well, from their standards. I work through mine. I don't know, there is this judgment part attached to it. (Salini)

En effet, une apparence physique conservatrice est de mise : les cheveux longs, un maquillage sobre, des vêtements dits traditionnels ou qui couvrent les jambes et les bras, etc. Cette exigence se fait connaître tout d'abord dans leur sphère privée, soit par le biais des valeurs familiales.

Within my private sphere, within my family, my mom has an issue with the way I dress. I need to be dressed conservatively according to her, now that I have grown up. It's the whole idea that I cannot dress the way I want to. (Karishma)

Ensuite, la sphère publique dans laquelle elles vivent contraint les participantes à s'habiller de façon conservatrice si elles ne souhaitent pas attirer les regards ou simplement pour leur sécurité :

If you see a woman wearing a sort of clothes, short clothes... even colored hair, even tattoos, all of that, people fond perceptions. This must be, whatever they call it, « slutty » or whatever. In that sense, there is pressure from a lot of people. (Salini)

Let's say I do dress up the way I want to, like I got the freedom within from my private sphere. Let's say my parents were all liberal and are ok with me dressing the way I want, but once I step out, the kind of looks I would get from people... You know? I don't want to make a statement, but the way people would look at you... I am not even kidding, but people would probably look at the woman who is dressed in such a way and would consider her an easy target because you know what, if she can dress like this and show off anything, then... you know? Probably she doesn't mind having sex with me. It's pretty primitive but that's the kind of mentality that runs in a lot of people on the streets. You get why the restrictions in the private sphere are happening and how it manifests in the public sphere also. That's one way of thinking it. There is another way of cropping it where you need to... We've been always working this way, which you need to dress conservatively, but let's talk about making people think otherwise also, right? (Karishma)

Au-delà de l'habillement et de la présentation de soi, une femme honorable, telle que déterminée par les standards sociaux indiens, se définit également comme une femme

calme qui garde pour elle ses opinions et qui ne tente pas de partager ses impressions et réflexions sans y être invitée. On s'attend aussi à ce qu'elle ait une attitude réservée, notamment lorsqu'elle est dans un groupe de gens qu'elle connaît peu. Ainsi, c'est donc à la fois l'apparence, mais aussi la conduite de la jeune femme qui détermine sa valeur.

I am an outgoing person who likes to meet new people. I am always in the mood when I laugh and talk. [My partner] was having problems with that. « Why do you talk to people? » In Indian mentality, girls can't be that outgoing. You have to be suppressed or you don't have the drive to explain yourself in this society or in a certain types of groups. He had that kind of problems with me. (Avantika)

En effet, il est pertinent de noter que les participantes discutent des normes sociales associées aux conduites des femmes en Inde, tout en n'adhérant pas nécessairement elles-mêmes à ces exigences physiques et sociales imposées. En outre, les participantes rapportent la présence d'une homosocialisation importante pour les jeunes femmes. Autrement dit, elles sont conditionnées à se tenir seulement entre femmes afin de maintenir une réputation de femme honorable. Le fait de se tenir avec des garçons est mal perçu et cette règle non écrite découle en partie des croyances des parents qui jugent inappropriés des rapports amicaux entre garçons et filles.

Problems young women in university face with their love lives... I think, a major part in India will be the parents, even if they are not involved in the relationship! (laughs) Pressure is there because a lot of families are orthodox and conservatives. So yes, girls are not really... seen to be decent if they are hanging out with boys. That's kind of a normal part because you grow up with this, knowing that if you are seen with boys, you are « that » kind of girls. That kind of attachments, images... You are profiled in a way, you know? [...] Straight of it, a girl is hanging out with guys... Even just like hanging out, talking, not even sex! Even then, she's seen... definitely has a lot of pressure. (Salini)

Cette même participante mentionne que cette pression à se tenir loin des garçons n'est pas aussi forte pour ceux-ci. En effet, sa famille tolère que les garçons aient des copines, mais il lui est impossible d'avoir un copain. En somme, on exige des jeunes

femmes qu'elles soient honorables dans leur apparence physique, dans leur conduite ainsi que dans leurs amitiés, préférablement entre filles.

5.2.2 La sexualité avant le mariage est inacceptable

La sexualité reste un sujet tabou, sensible et souvent censuré, car il renvoie à plusieurs sentiments négatifs, tels que la honte, la gêne ou la crainte de subir un jugement défavorable de la part des autres. Plus qu'un simple tabou, la sexualité est perçue comme une conduite moralement répréhensible à l'extérieur du mariage. Cette perception de la sexualité est en partie attribuable aux institutions religieuses qui condamnent presque tout comportement sexuel.

Indirectly, the perception... that sex is sin. Somehow, that takes place. It's ingrained because of all those religion years... It is taught when you are a child. (Shivangi)

L'une des raisons pouvant expliquer la perception de la sexualité comme condamnable renvoie aussi à la présence des discours et contenus portant sur les agressions sexuelles lors des rares discussions portant sur la sexualité entre les parents et leur(s) enfant(s).

Also, how we hear about sex for the first time, it's generally fear and not a good thing. It's always heard that you will be touched by someone in an inappropriate manner. That is the first knowledge of any sexual intimacy that we hear about as a child: it's about abuse. That's the first thing. As a child, you are told that people should not do that to you and that it's wrong. I'm not saying that children should not be told that, but the idea of sex is generally also related to abuse very strongly [...] You are not told that sex can be a good thing. I don't think my family ever told me that it could be a good thing or anything nice about it. (Anisha)

Le côté tabou de la sexualité donne lieu à des jugements hâtifs sur le sujet :

[There] is still a taboo attached to it! We are not that open about it. We still tend to judge people. We still tend to talk and give our opinion: this is right, this is wrong, and stuff like that. We tend to do that, which is not required, you know? (Tanvi)

Ainsi, la seule sexualité permise est celle à l'intérieur du mariage. En d'autres mots, les relations sexuelles avant le mariage restent inadmissibles puisqu'il existe une pression à conserver sa virginité jusqu'au mariage.

They can't talk about it and there are a lot of moralities attached to it. If you have sex and you are not this girl who... Morality is attached to... Virginity has a lot of emphasis in the society that we are in. You are supposed to sleep with the person you might be married to and all that. It's very strong. (Anisha)

Comme susmentionné, une femme honorable se définit par son apparence physique et sa personnalité, mais également par sa sexualité. Par exemple, Avantika mentionne qu'une jeune femme de 18 ans sexuellement active sera perçue comme une femme aux mœurs légères : « She is not a good character. You are judged on your character about the age you had sex. There are these issues. » Bien que les jeunes soient de plus en plus sexuellement actifs avant d'être mariés, il semble difficile de se détacher de cette conception de la sexualité maritale. Donc, une femme honorable se définit notamment par sa virginité.

Social norms, as I said, there is still a taboo attached to it. People still start judging your character on the basis of your virginity. Also, it's another habit, there is so much attached to it. [...] There is still a taboo attached to it. In one hand, we know everyone is doing it [sex], but on the other hand, people are scared to accept it publicly because of the fear of getting judged. (Tanvi)

En effet, Karishma mentionne qu'il serait temps que la sexualité avant le mariage soit acceptée par la société puisqu'elle est de plus en plus habituelle chez les jeunes. Cette acceptation ferait en sorte qu'il y ait moins de jugements sur les choix individuels concernant la sexualité.

Sex before marriage, it's happening! Let's accept it as a society and let's just remove this stigma because if you remove the stigma, you are actually

encouraging healthy practices. India already has the stigma attached to sex itself. Sex has to be hidden. I'm not saying sex has to be... It's a choice. (Karishma)

Bien que perçue comme une norme plus présente au sein de la génération plus âgée, sa présence est rapportée chez les jeunes femmes également. En effet, deux des participantes mentionnent avoir été en accord avec cette norme sociale qui demande de préserver leur virginité jusqu'au mariage. Bien qu'elles soient d'accord avec certaines caresses, elles ont déjà refusé à leur partenaire amoureux des relations sexuelles avec pénétration puisqu'elles souhaitent attendre jusqu'au mariage. Or, avec le recul, ces deux participantes ont modifié leur perception sur l'importance accordée à la virginité et ont eu des relations sexuelles avant le mariage.

Even I was like that before whatever happened. Until my second year, I was like... « Ok, you and I will only [do it] after getting married, I will do all these things. » I was like that. Things changed. People changed their perspectives on things. Initially, I was very scared about like... Before ever having sex, I was very scared. (Shivangi)

Cette attente sociale ressort davantage dans leur récit de leur première relation sexuelle. En effet, cette crainte de perdre sa virginité avec un partenaire qui l'aurait quittée avant qu'ils ne soient mariés est présente dans le discours d'une participante :

I was very scared at that time! I was worried that, you know, anything might go wrong. What will happen, you know? For an Indian girl, what if the guy is trying to use you? So, I was like: « What will happen if everything is done and then he leaves..? » It would have been a hard thing for me. But no, nothing of that sort happened. I was lucky! [...] When it happened, I cried! Because it felt like I lost something very precious. (Komal)

Les participantes font état d'un défi pragmatique : celui de trouver un endroit afin de partager des moments intimes avec leur partenaire. La mauvaise perception sociale d'une sexualité prémaritale et la présence d'une homosocialisation sont des défis pour les jeunes désirant avoir des relations sexuelles puisqu'ils doivent trouver un endroit accessible et privé, ce qui semble difficile à Mumbai.

I think one of the main things, because of the societal barrier we have in this country, the whole perception people hold with them... One is the place. [...] A lot of time, people want to do it, but they can't do it because there is just no place at all. They cannot afford a room; they cannot go to each other's place and all. It's not really that openly accepted. In a city like Mumbai, if I'm a localite, I cannot take a room for myself. Most of the hotels, except from these extremely rich like Taj, Vivanta, Novotel or Marriott kind of stuff, you will not be allowed to get a room for yourself if you are a localite. It's like, both in couples, they have to be non-localites and some hotels will have restrictions about the whole marital status. If you are unmarried, you cannot rent a room. If you are an unmarried couple, you don't get a room. That happens. This is one of the challenges the youth face. All because... They are married, so it's not a big deal for them. But those who are not... the couples, basically, who are into a relationship, this is one problem that they face. (Tanvi)

Pour les trois participantes qui habitent encore dans leur famille (parents, oncles et tantes, grands-parents), le manque d'espace intime est notable.

You don't have a place to do anything. So, that is the very first barrier, you know? I mean, forget contraception! You first need to be able to do something at some place! That is a huge restraint... (Surbhi)

Les rencontres pour relations sexuelles sont souvent décrites comme étant opportunes, rapides et stressantes puisqu'elles doivent être exécutées en secret :

Sometimes at his place when there is nobody or my place when there is nobody in the house. So, that is when we go into all this. [...] Yes, we do have sex. In a month, maybe 2-3 times? Because it depends on how many times the houses are empty or whatever. [...] At his place, it's very very tight chill! « Come! Let's get in the bed! Let's do it! » (laughs). His house is a little small, so it's a really dangerous thing. And his mother might come and find us in that awkward position. (Komal)

Même si la plupart des participantes habitent en appartement, il leur est difficile d'inviter leur partenaire chez elles. En effet, trouver et habiter un appartement en tant que femme étudiante et célibataire peut être problématique puisque les propriétaires sont inquiets des garçons qui pourraient y être invités.

Because right now, even if it comes to getting a house for bachelor girls, it is very hard. People are judged: because you are bachelor girl, guys will come

to your house and all that! Even that, our sexuality is so scary for other people that we don't even get a house to stay. [...] Single women only, because there are lot of men who can come, and they don't trust the men and all that. If I go to this guy's house, the Tinder guy, he is not judged. But if someday I bring a guy, I'm going to get judged by my neighbours. (Shivangi)

Cependant, en général, ces jeunes femmes sont capables de trouver des endroits privés, tels que leur résidence familiale (parfois), celle de leur partenaire ou celle d'un.e ami.e. Il est toutefois plus facile pour les hommes de se trouver un appartement que pour une femme étudiante et célibataire. En somme, la croyance qu'une sexualité avant le mariage est inacceptable oblige les participantes à relever des défis : l'importance intériorisée accordée à la virginité ainsi que la recherche d'endroits privés pour avoir des relations sexuelles.

5.2.3 La procréation devrait constituer l'unique fonction de la sexualité à l'intérieur du mariage

Le mariage indien est tout d'abord perçu comme une étape importante dans la vie des individus – hommes ou femmes. Contrairement aux normes qui préconisent le mariage, au moins quatre des participantes sont critiques quant à l'institution du mariage et ne le souhaitent pas pour elles-mêmes.

Marriage, it's an absolute no-no. I just feel there is a pressure to stay together... it's like an official contract between 2 people. But if there is no contract, you are free to leave if you want to. There is no pressure about staying together. (Salini)

Like, the right to marry or not. Can I have a choice about that? Marriage is considered like a milestone that you have to... You go to school and then you'll get married eventually. This is a thing, right? But where is my right to not marry if I don't want to? (Karishma)

Or, le mariage est une période de changements qui permet de rendre acceptable la sexualité dans un couple. En effet, cette sexualité devient légitime puisqu'elle a comme fonction de concevoir des enfants et de créer une famille. Selon les participantes, il existe une valorisation de la sexualité comme un moyen procréatif.

[...] women sexuality in the church, because I was in a convent. I don't say it doesn't happen in temples or mosques, that's not what I am saying, but I encountered this reality very closely. In churches, how women are told that S is for the sperm and E is for the egg and X is to keep your legs crossed. Sex is only for reproduction and not for pleasure. (Sanaya)

Pour Tanvi, elle explique son approbation des normes qui demandent aux femmes d'avoir des enfants (dans son cas, avant 30 ans) suite à son mariage.

A lot of time, what happens, people want to get settled and have a family after their thirties, but by that time... this whole generation gap idea? By the time grandchildren get old, the grandparents are almost about to die... Sadly! That happens. That's a calculated work that people go by. I think somehow I believe in that. [...] It's a calculated thing and I think it's very logical. I really stand with it, it's like by the age of 30, I will believe to be settled and have children. (Tanvi)

Toutefois, les participantes mentionnent que les perceptions sociales de la procréation comme fonction unique de la sexualité rendent difficiles d'entrevoir le plaisir sexuel comme un élément important.

Sex here has mostly been seen as an activity through which you reproduce. You don't look at it as something pleasurable. So, that is the main barrier, because if you are having sex for pleasure, then you are like: « Oh my god, you are that bad woman! » (Surbhi)

Comme la sexualité est perçue comme une activité procréative à l'intérieur du mariage, les jeunes femmes ont indiqué que discuter du désir ou du plaisir féminin constituait un défi de taille. C'est, pour elles, un sujet difficile à aborder avec leur partenaire puisqu'elles pourraient se faire juger par celui-ci comme étant trop « expérimentées » ou possédant trop de connaissances sur le sujet.

If you really want to be open about your sexuality, some of them [guys] do back out from the discussion. They are not very comfortable with this. Not comfortable in the sense that they have not encountered a girl before that did talk about her sexuality openly and speaks out what she wants and doesn't want. So, maybe that is one of the reasons for being uncomfortable. (Salini)

Néanmoins, il semble y avoir un double standard, car bien qu'elles ne puissent s'exprimer sur leur propre satisfaction, celle de l'homme doit être comblée. On attend souvent d'elles, de façon implicite, qu'elles soient expérimentées ou douées lors des relations sexuelles.

Maybe especially with young girls, because... Among peer groups, there is a lot of pressure to be sexually active, because young people think it is really important for them to have sex. It's cool and what not. You are a prude if you don't have sex. [...] But if you are having sex, you know, we need to cut you off in a convent or do something to you! Do some purification or rituals and what not! So, you know? People are trapped between these two things. (Surbhi)

En fait, il leur est demandé simultanément par la jeune génération d'être sexuellement actives avant le mariage, et par la génération plus âgée d'être honorables, de garder leur virginité jusqu'au mariage et d'utiliser leur sexualité à l'intérieur du mariage afin de procréer ; des demandes contradictoires auxquelles sont confrontées les jeunes femmes. Cette valorisation de la sexualité procréative apporte des défis supplémentaires pour les jeunes femmes. Si la perception que la sexualité n'a qu'un rôle de procréation, il est difficile pour les femmes de souhaiter des relations sexuelles simplement pour le plaisir qu'elles procurent. En effet, certaines participantes se sentent jugées lorsqu'elles souhaitent avoir une vie sexuelle pour leur propre plaisir, et non pour fonder une famille. L'une d'entre elles mentionne qu'elle n'a pas besoin de connaître son partenaire depuis longtemps avant d'avoir des relations sexuelles, pourquoi attendrait-elle jusqu'au mariage si elle souhaite simplement du plaisir sexuel ? : « There is a pressure to only be with guys for love, and not lust. There is a taboo if you are only dating somebody or in a relationship just for sex. » (Salini) Cette façon de percevoir la sexualité des femmes, une sexualité à

l'intérieur du mariage impliquant des émotions, est l'un des plus grands défis que doivent relever les jeunes selon Sanaya.

I think one of the biggest challenges women face is how I was told that you have to be emotionally involved before getting physically involved. Sex can be casual for women too, you know? We have that whole idea men can have sex and get away with it, but women are bounded with that activity. Because we are socialized in that way, women... they cannot separate the two. They cannot separate emotional intimacy and physical intimacy because you are socialized a certain way. The whole idea that men can have casual sex but women cannot... Because men are rational creatures, women are irrational creatures: that whole idea, you know? How social norms and their manifestations of patriarchy and its forms... Also, a lot of women's sexuality is also controlled by social norms: what is acceptable and what is not acceptable. (Sanaya)

En fait, l'une d'elles discute de la perception sociale négative associée aux femmes qui ont plusieurs partenaires sexuels :

How can you randomly go and hav[e] sex with people? I think that's just how we've been brought up in this country. It is challenges that people face. People can't really do what they want, because they are always scared about being judged. This is another one of the things. (Tanvi)

Cette valorisation de la sexualité procréative apporte son lot de défis pour celles qui ont plusieurs partenaires sexuels ou qui sont en relation simplement pour avoir des relations sexuelles. En suivant cette logique, si la sexualité a comme tâche la procréation, la sexualité pour le plaisir n'a pas sa place. Il peut donc apparaître difficile de se procurer de la contraception sans ressentir de jugements de la part des autres. Si la sexualité avant le mariage n'est pas permise, où se trouve le besoin de contraception ? Si la sexualité après le mariage a comme fonction la procréation, où se trouve le besoin de contraception ?

Usually, you only do it with your husband, and then, you don't need contraception. Why would you need contraception with the husband? Those attachments! There is no concept of consent, you know? Do it just for the pleasure of it? It is basically because we need to procreate. For procreation and stuff. (Salini)

Ces normes sociales rendraient donc les méthodes contraceptives taboues, puisqu'elles n'ont pas, aux yeux d'une proportion importante de la population indienne, leur utilité ni avant ni après le mariage. Ces normes sociales affecteraient la perception de la contraception dans la société, ce qui peut rendre difficiles l'accès et la consultation d'un professionnel de la santé au sujet de la contraception pour les participantes. Ainsi, sans une prise de conscience ou un besoin nécessaire des méthodes contraceptives, il est difficile pour les participantes d'obtenir une réelle autonomie reproductive.

5.2.4 La vie amoureuse ou sexuelle des jeunes femmes est contrôlée par les membres de la famille

Les trois sections précédentes présentent des normes sociales et culturelles qui mettent en contexte les enjeux auxquels font face les participantes dans leur vie sexuelle active. Or, les participantes énumèrent certaines formes de contrôle de la part des membres de leur famille quant aux relations amoureuses ou sexuelles qu'elles entretiennent :

This is how we are being controlled. If you look at women sexuality, it has always been controlled. [...] In fact, the more progressive families are in codes, the more conservative they are when it comes to sexuality. It's ok that women are drinking, it's ok if they have friends who are guys nowadays, but it's not ok for you to have a boyfriend or a relationship. (Anisha)

Selon cette même participante, les tabous entourant la sexualité empêchent ou limitent les discussions familiales : « Generally, overall, I think this taboo prevents a lot of conversations about sex ». Une autre raison qui empêcherait les discussions entourant la sexualité renvoie à la désexualisation des jeunes dans le regard des parents.

Even to have that conversation. You don't know who you can have that conversation with. Families are a very big problem, I think. There is no conversation in families. [...] Generally, because there is no space in most of the families; 95% or more of the friends that I know, there is no space. There is a complete disregard from the family side for the fact that a person who is 20-25-30 could be a sexual being. Completely desexualized. (Anisha)

Les participantes notent la présence d'un écart générationnel entre les enfants et les parents en ce qui concerne les discussions sur la sexualité. Pour certaines, cet écart ne tend pas à disparaître avec le temps puisque leurs parents conservent une mentalité dépassée de la sexualité qui prohibe les questionnements des jeunes femmes sur le sujet :

Girls should be introduced, at least, from puberty itself. They should know what it is, how it is, why it is? In India, it's considered to be a taboo where they don't even speak at home. (Avantika)

Certaines participantes trouvent désolant leur incapacité à se confier à leurs parents sur ces sujets, puisque la sexualité prend une place importante dans leur vie. Malheureusement, il s'avère difficile de se confier à leur famille, soit à leurs parents, oncles et tantes, et grands-parents : « It's so hard to live this life that they don't know about... at all. When you are panicking and you really wish to... (Sanaya) » Par exemple, Surbhi trouvait pénible le fait de constamment mentir à ses parents lorsqu'elle sortait avec son copain qu'elle fréquentait depuis trois ans. Pour la majorité d'entre elles, il n'est pas possible de se confier à leur famille sur cette sphère privée de leur vie puisque cela pourrait avoir de graves répercussions.

No. We are in India. This small country ideology attached to... So, my parents, I come from a very conservative family. My dad and mom are very particular about things like this. Dating wouldn't be allowed unless it's an approved match by the parents or dating only prior to marriage period and things like that... [...] So, I'm a modern Indian teenager, who is just fighting back the system, you know? So yes, you can't really tell your parents, they don't know. That's the baseline. (Karishma)

En outre, Karishma révèle s'être détachée de ses parents depuis qu'elle est sexuellement active, car c'est une vie dont ses parents ignorent.

All this is fine, but family is different. I think a little detachment from them has also started because of how... you know? I am leading to a life, a life that they don't know about and a life they know about. It would be convenient because a daughter talking to her mother about it, I think it's important. That it is something I really wish... that I could talk to my mom. (Karishma)

En effet, les parents pourraient être une forme de soutien importante pour elles. Pour d'autres participantes, leurs parents sont au courant de leurs relations, sans toutefois en connaître tous les détails. Plus précisément, quelques mères sont informées que leur fille a des relations intimes ou sexuelles, bien que le sujet n'ait pas été soulevé explicitement. Cependant, pour Tanvi, lorsque ses parents ont appris l'existence d'une relation intime, la conséquence a été l'obligation de quitter Mumbai afin de revenir dans la ville où ils habitaient, dans un autre État de l'Inde.

My dad and mom? Yeah. At first, they didn't know about it, but later on, they came to know about it because some of his friends or some colleagues. [...] And then, there were obviously issues at home, definitely. [...] There was a bit tension... Because my mom was like: « No, I can't take this ». They took me to [other State] back. They said: « You don't have to study in Mumbai anymore. Do your studies in here because it's better for you ». I struggled a lot, but then, I came back. (Tanvi)

Après cette première réaction de ses parents, Tanvi mentionne toutefois qu'ils ont accepté de la renvoyer à Mumbai pour terminer ses études. Or, elle réalise que ses parents n'ont jamais discuté de sexualité avec elle.

My dad was like, after a discussion of 2½ hour, my dad was like: « Ok, we are sending you back, focus on your studies and do think about it. » And then, he added a line saying: « Don't worry, even if you end up married to the guy, or you love him, or you end up getting pregnant or something, don't worry about anything. You are our child; we will take care of you. You have our blood and your child is also going to have our blood. You don't have to worry about anything ». Obviously, as parents, they will not encourage the fact that I get into a sexual relationship. According to them, I am still a virgin, but I am not... Honestly, we never had very open discussions also. Somewhere, my parents thought there is no need. The need was not felt. The need that we need to educate our daughter about those things was not there. (Tanvi)

En ce qui concerne les parents à qui leur fille s'était confiée sur sa relation, ils prenaient notamment à cœur la continuité de la relation. Par exemple, pour Surbhi et Tanvi, lorsqu'une rupture a eu lieu, leurs parents ont exercé de la pression afin qu'elles poursuivent la relation.

My parents would know. My father is sort of ok, he doesn't take it seriously. My mother has this... « It should be like love, it should be something that lasts ». They don't understand that break-ups happened and things do not work out, stuff like that. Here, we generally thought through sort of grind... You know? Make it work, one way or the other, even when there is literally nothing left to work on. She was very intense about it. I mean, I am 25 now. I was really young back then. For me, it did not make any sense why she was expecting me to work on something that was clearly, been a very humiliating experience for me because of whatever [cheating]... There were other women involved with that person and things like that. For me, it was a question of preserving my own integrity or whatever. (Surbhi)

Pour ces parents qui avaient accepté que leur fille soit en relation, il importe plus de sauver la relation afin qu'il y ait un mariage éventuellement que d'aider leur fille à sortir d'une relation devenue malsaine. Cela dit, plusieurs participantes ont discuté de la notion d'indépendance qui semble importante pour elles avant de discuter de relations intimes ou de mariage avec leur famille. Elles souhaitent avoir terminé leurs études, avoir entamé une carrière et être financièrement indépendantes de leur famille avant d'annoncer une relation amoureuse.

What can you do? Earning, I think that's the most important part. I have to start earning very well and support myself first. And then, make sure the guy is earning enough, that he can support himself. So you know, we will think about staying together or whatever. You know, then you have... the leverage or weight to fight your family for this. In that way, I think I need to be financially independent, and then...it will be a bit easier. (Salini)

Malgré ces embûches à se confier à leurs parents, les participantes étaient généralement en mesure de partager des confidences sur leurs fréquentations et relations intimes avec leur fratrie et leurs cousins.e.s.

Some cousins knew. The younger generation of the family knew, because it was a 4½ years [relationship]. Something had to get out. So yeah, but not of the elders. Not of the elders! If they found out, I mean, it's actually kind of dangerous. (Salini)

Bien que les frères et sœurs réagissent plutôt bien à l'annonce que la participante soit en relation intime ou soit active sexuellement, l'une d'elles dépeint la réaction de son frère :

My brother also knows, but he reacted in a very patriarchal way. He was like : « Oh... » Haha ! He was so cute, actually. I told him that and he was like: « Was it your first time? » I was like : « No... ! » Haha ! He's like : « Oh god...! » He got all protective and he was like: « May all their dicks fall off! » I was like: « Calm down...» I don't know, he was irritated or just a snarky comment he was passing... I don't know what. I was just like: « Calm down, relax » [...] Yes, very very patriarchal. (Sanaya)

En plus de partager avec leurs frères, sœurs et cousin.e.s, il est possible pour la majorité des participantes de raconter leurs histoires de relations intimes avec leurs ami.e.s. Ce partage leur permet d'apprendre davantage sur les expériences amoureuses et sexuelles de leurs pairs : « Yes, of course! It's part, you know? Learning by experiences through somebody else! (laughs) » (Salini) ou encore « Even when your friends talk? When they are talking about their own sexual experiences, you tend to share all of these things » (Sanaya).

5.2.5 Le consentement sexuel est une notion primordiale à l'atteinte de l'autonomie sexuelle et reproductive

Les normes sociales présentées ci-dessus affectent un autre élément central de la sexualité : le sujet du consentement sexuel, encore méconnu et mal interprété par certains jeunes adultes et par les générations plus âgées. Le consentement sexuel est une notion primordiale à l'autonomie sexuelle et au pouvoir décisionnel des femmes

ainsi qu'à leur autonomie reproductive. Selon Karishma, le consentement n'est pas intégré dans la société, comme en témoignent ces propos : « In India, frankly, people just know that consent exists. It's there, it's around somewhere, but it is not really accepted. » Il peut être difficile de comprendre le concept de consentement sexuel, même pour les jeunes, puisqu'ils sont élevés dans le système patriarcal en place.

We come from a really old patriarchal system. There is patriarchy everywhere, but here, the way it operates within the cast system and the class system is a little more different I can't even say that all of us youngsters know... because there are still people who don't understand. It's not exact, but when you come across people of my age who have no clue what consent is, you cannot blame them out rightly because they are living within the system. They are brought up by the system. This is what system teaches them: that a woman cannot say anything, she does not really have a say in the bedroom. (Karishma)

Sanaya décrit une discussion avec une professionnelle de la santé, soit une femme médecin, qui perpétue des mythes entourant les victimes d'agressions sexuelles.

When they are taking your case history, they ask you if you are married or unmarried. Then, I asked her: « Why is that detail important? Why is that detail important? » She said: « If it's a rape case, the police will like to know ». The whole idea is, if she is not a virgin and she has been raped, that means she has a character and she probably asked for the rape. She asked for it. That understanding and the whole idea of the larger idea of what consent is and what consent isn't. How it is in that one detail...! [...] Also, the whole notion that sex is legitimized by marriage; that notion also comes into the picture. (Sanaya)

Karishma déclare qu'il est important que les femmes connaissent leur droit de refuser une relation sexuelle : « They just don't know they have a right to say no. So, yeah, it's important, like a lot of people need to understand consent ». Il devient difficile de consentir sans même connaître ce concept. Karishma conclut avec ceci : « Consent is important because it's not just about the man disregarding the no; it's also about women knowing they can say no. » Enfin, les témoignages de certaines participantes tendent à révéler que les jeunes gens vivant en milieu urbain comprennent de mieux en mieux le concept du consentement sexuel, ce qui pourrait améliorer l'autonomie

sexuelle et reproductive des jeunes femmes. Notons qu'elles soulignent les différences qui existent à cet égard selon qu'elles se trouvent en milieu urbain et dans les grandes villes telles que Mumbai ou en milieu rural et dans les villages en ce qui concerne le consentement.

5.3 Les facteurs individuels jouent un rôle dans l'atteinte de l'autonomie sexuelle et reproductive des participantes

Lors des entrevues, les participantes ont été interrogées sur l'expérience de leur première relation sexuelle. Par la suite, les participantes ont partagé leurs différentes sources d'information sur le corps féminin, la sexualité et les méthodes contraceptives. Les participantes ont mentionné leurs raisons d'utiliser de la contraception. Ces raisons mènent à l'utilisation de cinq méthodes contraceptives élaborées dans la section ci-dessous. Enfin, elles ont discuté de ce qu'elles avaient vécu dans le cadre d'une consultation médicale ou lorsqu'elles se sont procuré des méthodes contraceptives en pharmacie. Ainsi, cette section s'intéresse à leurs connaissances, à leurs expériences sexuelles, à leur utilisation des méthodes contraceptives et à leurs expériences de consultation pharmaceutique et médicale.

5.3.1 La perception de leur première relation sexuelle varie selon leurs critères personnels d'une expérience idéale

Les participantes devaient décrire leur première relation sexuelle avec pénétration. Lorsqu'elles font mention de leur âge lors de cette première fois, elles ont entre 18 et

21 ans. Avant que l'événement en question ait lieu, des participantes avaient discuté de leur première fois avec leur partenaire.

Almost for 15 days, we were discussing it. Do you want to do it? Do you want not to do it? Sometimes yes, sometimes no. Then... Let's do it! (Komal)

Except the first time I did it, it was a stable boyfriend. So, we spoke about it. A lot, a lot, a lot, generally about how it would go. (Heeral)

Cependant, l'une d'entre elles qui n'avait pas discuté avec son partenaire mentionne à quel point ses attentes d'une première fois romantique n'ont pas été comblées.

I had a plan that was my first time would be in a good place... you know? Roses, you know? A very nice and warm bed, in a beautiful and romantic lighting and everything! Like, it just happened. So our college is very big, there are parts where nobody goes. It's forest, kind of trees. It happened in the open! (laughs). Near a tree and rocks and all that! So it was kind of romantic in a different way... (Shivangi)

Deux participantes partagent leur première fois comme un moment d'exploration entre elle et son partenaire. Ces participantes racontent que lors de leur première fois, autant elles que leur partenaire doutaient qu'il y ait bel et bien eu pénétration. Ils s'initiaient ensemble au fonctionnement des relations sexuelles avec pénétration.

So, both of us were learning through it. Even we didn't know much. We only know what a condom is and where it is supposed to go. We didn't know where he was supposed to put his thing in..! (laughs) It took us a month... to try! After that month, finally, when it happened, it felt very good. It was done. We were learning together. All those things. (Salini)

Salini en garde un très bon souvenir : « My first time... Ooooooh, I think it is still the best! (laughs) ». Quant à Anisha, elle a trouvé son expérience plus difficile et s'est sentie forcée lors de sa première relation sexuelle :

The first time I started having sex, he was very experienced, I was not. I think our relationship really got fucked up because of that. It was not a very good relationship, like sexually. I don't know, there was a lot of pressure per se, lack of understanding. So, that is that. (Anisha)

En fait, l'une d'elles regrette d'avoir eu sa première relation sexuelle alors qu'elle n'éprouvait pas de sentiments pour son partenaire.

The first time, when I lost my virginity, I lost it with this guy who was cheating [...] on his girlfriend with me. I felt so terrible about it because he was the first one, so I have to remember him all my life! (Tanvi)

La perception de leur première expérience sexuelle varie donc selon leurs critères personnels d'une première relation sexuelle idéale. En général, la plupart des premières expériences sexuelles sont dépeintes de façon positive et représentent des moments mémorables et d'exploration, sauf pour Anisha qui a eu une expérience forcée et pour Tanvi qui a vécu sa première fois avec un partenaire auquel elle ne tenait pas.

5.3.2 Les connaissances des participantes sur le corps féminin et les méthodes contraceptives proviennent de sources d'information variées

Les sources d'information des jeunes femmes sur le fonctionnement du corps féminin, de la sexualité et des méthodes contraceptives sont variées. Des participantes indiquent que les annonces à la télévision ou sur internet concernant les méthodes contraceptives représentaient l'une de leurs premières sources d'information.

There used to be these several companies which make these regular contraception pills of 28 days. They have their advertisements about: « Use the space method... between children » or « One every day for 28 days »... Things like that. So, you know, that's how you figure out. (Surbhi)

Or, ces annonces ne s'adressent pas aux femmes célibataires utilisant des méthodes de contraception. En effet, l'une des participantes décrit la problématique des annonces qui dépeint une femme mariée utilisant un test de grossesse en souhaitant être enceinte, jamais le contraire, soit une femme célibataire ou en couple souhaitant

recevoir un test de grossesse négatif.

You know, in the ads, it is actually a woman who is taking a pregnancy test... She is a married woman! She's taking the test and she becomes happy if it's positive because she got pregnant. Most of the ads are that way. [...] So, it is always a married woman doing it. Not a single woman. So, those kind of judgments, the advertisements themselves... kind of propound the « take the [pregnancy test] for birth ». Single woman is not supposed to take pregnancy test. I think I would like to see a change there. Why don't have a college girl in an ad, checking for pregnancy? (Salini)

Par ailleurs, certaines mentionnent avoir eu une éducation sexuelle sommaire à l'école, plus précisément sur leur corps de femme.

Heeral : We had one seminar for half a day. It was very awkward! It was just... We don't even know what the boys were oriented about. We were separated, and all we talked about was the physical body changes and getting your periods. Yah...

Chercheuse : Ok, so not really the contraceptives and everything...

Heeral: Not even the contraceptives. No, no, no. We are in India !

Il semble que ce soit différent d'une école à l'autre, puisqu'une autre participante était satisfaite de tout ce qui lui a été enseigné dans les cours d'éducation sexuelle, passant des méthodes contraceptives, à la définition d'une relation sexuelle, aux organes génitaux masculins et féminins, etc. Cependant, plusieurs ont recours à internet et à Google afin de pallier le manque d'éducation sexuelle à l'école.

Yes, I learned by myself because normally, in colleges or schools, you don't have a subject like sex education. We didn't have any... Normally, sex is just about puberty: you will get your pubic hair and everything. That is a very basic thing. About the understanding, nobody gives you. It's all up to you to find that information. Because we are lucky, we have Google and we can Google things and know... at least half of the things. Even those things are not properly... That's how I got to know all about it. (Avantika)

Certaines d'entre elles s'informent plus à ce sujet sur internet seulement à la suite de leurs premières relations sexuelles. Lorsqu'elles commencent à être actives sexuellement, les participantes utilisent internet afin de rechercher plus de renseignements sur la sexualité, en lisant davantage au sujet des méthodes

contraceptives. L'information de base acquise dans les cours d'éducation sexuelle et leurs recherches sur internet leur permet de savoir où se procurer des méthodes de contraception. Or, une des sources d'information importantes des jeunes femmes se trouve dans les brochures des boîtes des méthodes de contraception ou de tests de grossesse.

After buying them [emergency pill and pregnancy test], yes. Before buying them, I just knew only where to buy them, so I bought them. After buying them, I knew how to use them through the pamphlets. (Salini)

Cela dit, plusieurs participantes ont eu des discussions entourant les méthodes de contraception avec leur partenaire, ce qui leur a permis d'en apprendre davantage, particulièrement sur le condom. D'autres préféraient discuter de contraception avec des membres de leur cercle d'amis. Enfin, seulement une des participantes indique avoir questionné sa mère au sujet des tests de grossesse.

I asked my mother also once. How does this work? She told me you have to put a few drops of your urine to find out. I was like: « How is that possible? » It is some hormones that your body use when you are on your periods, when you are pregnant. That's how... you know? It detects. I was like: « Oooh. » (Sanaya)

En somme, les sources d'information utiles à leur compréhension du corps et des méthodes contraceptives sont variées : télévision, école, internet, partenaire, cercle d'amis et quelques mères. Aucune des participantes n'a rapporté s'être informée auprès des professionnels de la santé. Une participante résume donc la façon générale de s'informer chez les jeunes :

About condoms, you learn in school. You have a very basic sex education thing, which is not that great. You only learn about the condom there. About the pill and everything, again, you see a lot through advertisements, and then, you Google them. And then, you talk to your friends about them. That's how you know. (Surbhi)

Il est pertinent de noter qu'une seule participante est d'avis que les jeunes de sa génération sont bien informés et indépendants lorsque vient le temps de prendre des décisions sur leur santé sexuelle et reproductive.

When it comes to contraception, things have changed, people are more aware today. They have been educating themselves about it. Like what to do, how to do? As compared as before our times, things have changed now. I think you see a change in that. (Tanvi)

Pourtant, malgré les nombreuses sources d'information auxquelles les participantes ont accès, elles semblent toutefois peu informées sur certaines méthodes de contraception. Plus de la moitié des participantes ont questionné la chercheuse sur le nom, l'utilisation ou les effets de certaines méthodes contraceptives :

Contraception, a lot of people don't know. To be very honest, of all these, even I don't know all the contraception! Oh! This is the pregnancy test, is it? Yes, you can mark that. So like... I probably know that this is a thing you insert to avoid... you don't let the sperm enter. These two. (Yes). I'm telling you, I, myself, don't know about most of these things because we are not told, you know? (Sanaya)

5.3.3 Les participantes souhaitent principalement éviter une grossesse, tout en utilisant des méthodes contraceptives moins efficaces à cette fin

Les participantes ont relevé trois raisons qui les ont incitées à recourir à la contraception. La principale raison d'utilisation de la contraception et nommée par les dix participantes est celle d'éviter une grossesse : « So, most of the time, we do it with [a condom]... because I am very scared. I am very scared; I don't want to be pregnant! » (Shivangi) ou encore « What is the main reason...? I don't want to get pregnant! » (Salini) Plus précisément, les participantes veulent éviter une grossesse puisqu'elles sont encore étudiantes et souhaitent entreprendre une carrière avant de penser à la maternité. Encore plus important, comme la famille n'est souvent pas au

courant de leur vie intime, il serait laborieux d'annoncer une grossesse en tant que femme qui n'est pas encore mariée. De plus, trois d'entre elles mentionnent explicitement utiliser la contraception afin d'éviter une grossesse puisqu'elles sont peu inquiètes des risques d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) avec leur(s) partenaire(s).

The main reason was that I should not get pregnant because obviously, security factor. Other than that, no worries about STDs and everything! [...] We have those medical check-ups every year. But then, they check-up everything, even HIV. So, the only reason we used condoms was the safety factor. (Avantika)

I am very sure that with the partners I have, they don't have any kind of diseases that can be transmitted through sexual activity. Mostly, obviously, it's to avoid pregnancy. (Sanaya)

La deuxième raison à utiliser la contraception s'ajoute à la première : éviter une grossesse ainsi que le risque de contracter des ITSS.

Because it is safety that matters. Obviously, I don't want to get pregnant. These are two main reasons... and health wise also. The safety from everything: not only for pregnancy, but for health and infections and stuff like that. (Tanvi)

Again, I don't want to get pregnant or have any sexually transmitted diseases. That's the concern. Also, I think diseases, if I'm sleeping with someone new, I don't want to have sex without it. (Anisha)

La troisième raison à utiliser une méthode contraceptive n'est pas aux fins de protection contre une grossesse ou des ITSS : elle sert plutôt à améliorer une condition médicale ou à modifier le cycle menstruel. Cette raison se retrouve principalement dans une utilisation (parfois incorrecte) de la pilule contraceptive.

Sanaya: I wasn't getting my period, so there is this medicine which just helps you regulate your cycle. You just get your period with that.

Chercheuse : Ok, and how many pills do you have to take? How does it work?

Sanaya: I had to take 10 pills for 5 days: one in the morning, one at night. I don't remember, actually. Yes. It was 10 pills, one in the morning, one in the night.

Chercheuse : And after 10 pills, you are supposed to have your period...?

Sanaya : Yes, I am supposed to. But then I didn't get it.

Comme illustré dans le tableau 5.2, les étudiantes universitaires rencontrées utilisent principalement cinq différentes méthodes de contraception, en ordre d'utilisation : le condom, le retrait, la contraception orale d'urgence, le calendrier et la pilule contraceptive. Premièrement, le recours au condom masculin comme méthode contraceptive a été utilisé par toutes les participantes de l'étude (10/10). Toutefois, dans le discours de certaines d'entre elles, le condom n'est pas infaillible ; il importe donc de bien connaître leur partenaire afin de savoir s'il a des ITSS ou non.

Like I said, it's just not about me not being pregnant but infections also. I heard about it. There are certain infections you can't really prevent with a condom also. Like I said, at least when I am choosing my partner, when you talk, you get a little idea of their past also, if they are lying or they are not, a little trust or where they are coming from. A little work based on... yeah. (Karishma)

Deuxièmement, la méthode contraceptive du retrait, aussi appelé le coït interrompu, se définit comme un partenaire qui se retire du vagin avant l'éjaculation. Le retrait a été utilisé par la majorité des étudiantes (9/10). En effet, lorsque la participante est certaine que le partenaire saura se retirer avant son éjaculation, elle utilise la méthode du retrait. Certaines participantes mentionnent avoir plus de plaisir sans condom, et préfèrent donc utiliser le coït interrompu. Plusieurs nomment le manque de plaisir du partenaire lors du port du condom, ce qui amène les participantes à utiliser la technique du retrait afin que leur partenaire ait plus de plaisir.

Troisièmement, comme les deux premières méthodes sont parfois incertaines ou peu efficaces, cela a mené des participantes à utiliser à plusieurs reprises la contraception orale d'urgence. Cette dernière, communément appelée *I-pill* par les participantes, a

été utilisée par la majorité d'entre elles au moins une fois dans leur vie (8/10), et de 3 à 6 fois pour la plupart. Trois principales raisons émergent des entrevues quant à l'utilisation de la contraception orale d'urgence. Tout d'abord, certaines ont vécu un bris du condom, ce qui les a amenées à se la procurer. Ensuite, pour quelques-unes, il était convenu d'utiliser la méthode du retrait avec le partenaire, mais celui-ci ne s'est pas retiré à temps. Cela les a donc menées à se procurer la contraception orale d'urgence. Puis, certaines participantes avaient pris la décision avec leur partenaire d'avoir une relation sexuelle non protégée, soit par choix ou par absence de condoms au moment de la relation, et par la suite, de se procurer la contraception orale d'urgence.

Quatrièmement, la méthode du calendrier, utilisée par certaines étudiantes (3/10), s'avère utile autant comme méthode de contraception que pour connaître leurs prochaines dates de menstruations. L'une d'entre elles utilise une application de téléphone cellulaire afin de l'aider à bien calculer la période de fertilité ainsi que ses prochaines menstruations.

Pour terminer, la pilule contraceptive orale a été utilisée par 3 participantes, mais dans aucun cas son utilisation n'était à des fins contraceptives. L'une d'entre elles l'a utilisée afin d'améliorer sa condition du syndrome des ovaires polykystiques, l'autre pour régulariser son cycle menstruel alors que la dernière l'a utilisée de façon discontinue afin d'avancer la date de ses prochaines menstruations.

Tableau 5.2 Méthodes contraceptives utilisées par les participantes

Condom (n = 10)	<p>It was like... « Whenever we will do it, we will do it with that » [...] Of course it is [important]. We don't want to spoil each other. If anything happens, then it is too much for a burden, you know? So condoms have always been there. (Komal)</p> <p>Let's just use physical barriers like condoms. It's convenient. And I don't think it really reduces pleasure either. A lot of people talk about how much it's better [without it]. I've had it without a condom, but with a condom, it is fine for me, so... (Karishma)</p>
Retrait (n = 9)	<p>And withdrawal, basically, it is much more fun without a condom. So you do it without the condom, but you withdraw just before you come! That, I had done... I mean... My partners have done! With my consent... (Salini)</p> <p>First of all, we tried that pre-withdrawal thing, because he was like: « I don't get that pleasure when I use a condom ». So, normally, most men have this problem. When they use condom, they won't be getting that pleasure as compared to the naked one or without one. Then, he had problems with the use of condoms. So, that's how we have tried this pre-ejaculation thing. He said: « I could control, I will withdraw before the ejaculation. » (Avantika)</p>
Contraception orale d'urgence (n = 8)	<p>When it failed? It only happened once. My ex-boyfriend, he had this habit that every time we did it, he will go and wash the condom to check for leaks. I know... he was very caring in that sense. « Oh, I shouldn't have come inside you... » So, he checked fully, he put water and stuff. So once he did, there was a major hole and we were like « Oh shit... » Then, we went to get the pill. (Salini)</p> <p>I said I had unprotected sex 3-4 times, right? So, it's just beyond the safe side. I knew they didn't come inside me, but the pre-come? You never know! It's only to be on the safe side that I took an I-Pill. (Sanaya)</p>
Calendrier (n = 3)	<p>And calendar system, I found out after... Actually, I wanted to keep track of my period date. So, there is this app called MyCalendar. On that, it keeps track of your period. It's really cool! It keeps a track of your period in a calendar. It talks about when you had sex. You can feed it the information. Right now, I am ovulating. These are the signs of you ovulating and that the fertility window is high. There is a high chance of pregnancy. [...] It's a really cool app. (Sanaya)</p>

Pilule contraceptive orale (n = 3)	<p>You take it for 6 months, and then you take a break, and then you take it for 6 months again. After that, I stopped taking it. [...] In general, you just don't want to have sex anymore. Because you are constantly having those horrible feelings, you just don't want to do it anymore. The pill really works fine for preventing pregnancy because you don't want to do it anymore! Yah! (Surbhi)</p> <p>It's a 21 days that you have to pop out. These things are also used for the pre-poning or delaying the periods. If I want to delay my periods, I could have take it until the day I reach my home and then I stop and get my periods after that. If I wanted to pre-poner my periods, to get it early, I have to take it for 3 days and stop it and I will get my periods. (Avantika)</p>
---	---

Enfin, bien qu'elles utilisent ces méthodes contraceptives, plusieurs ont déjà craint être enceintes. Afin d'atténuer leurs craintes, certaines participantes ont fait l'achat d'un test de grossesse en pharmacie, expérience décrite par deux d'entre elles :

So, I didn't give a damn [about buying a pregnancy test]. I was in that stage, you know, it's for me, I cannot think about society right now. I want to be sure about things. I was just like... just ignore all those things, I have to do it. So, I went. I bought it. He gave it to me in a very blend pokerface. « *Ok, tikka* ». Ok fine! I ran away from that place! (Shivangi)

I bought it! I was so scared to even go to that medical man that gave me a pregnancy test. I was like : « [hindi]... I want to talk to an auntie [female] ». He tells me : « What is wrong..? » I was like: « I want a pregnancy test ». He was like: « Ok, you can tell me! » And then, the man gave it to me. So much tension that I went there and then I did it. I was like « Phew, thank god it was nothing! » And then, I kept it in my purse. (Komal)

Or, malgré la crainte d'être enceintes, il est pertinent de noter que plusieurs d'entre elles préféreraient simplement attendre jusqu'à la manifestation de leurs prochaines menstruations :

So, it was scary, definitely. We both freaked out quite badly. We were like : « Oh, shit! » We freaked out. Luckily, my periods were due in a week, so I was like... Let's keep our fingers crossed. So, I was good. The wait was horrible for me! Oh, God. But, close call ! (Heeral)

5.3.4 Les défis perçus au cours de la consultation avec un professionnel de la santé et de l'accès à la contraception contraignent les participantes à favoriser les méthodes les plus accessibles et non les plus efficaces contre les grossesses

Comme mentionné précédemment, obtenir de la contraception peut devenir délicat puisque la sexualité prémaritale est inadmissible. Consulter un professionnel de la santé afin d'obtenir une méthode contraceptive prescrite constitue donc un obstacle pour les participantes. Celles-ci ont peur de se faire juger pour leurs comportements qui ne répondent pas aux attentes sociales d'une femme honorable : « You can't lie to your doctor. You just can't! You have to tell him [about] the smoking, drinking, having sex! I better go with a friend. » (Karishma) En effet, les participantes mentionnent que même les professionnels ont tendance à juger leurs comportements :

I can't go to the gynecologist like this, just to ask. You know? Because even though it is their job, there are still people with tendency of judging you... especially in Indian culture. (Shivangi)

L'une d'elles raconte sa propre expérience avec un gynécologue chez qui elle a perçu un jugement de valeur lorsqu'elle lui a mentionné souhaiter obtenir un test de grossesse :

So, the first time I went to the gynecologist when I skipped my period, I think he was quite judgmental. It was a man. I went to the doctor and I was like: « I had a contraceptive failure and I skipped my period. I have taken pregnancy tests but they were all negative, but I still wanted to cross-check ». First question he asked me: « How many children do you have? » I was like: « I am unmarried... » He was like : « Oh, ok... » (Sanaya)

La peur des jugements de la part d'un professionnel de la santé peut avoir des conséquences sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes femmes. Certaines relèvent l'utilisation importante de la contraception orale d'urgence :

Lack of awareness about contraception since most of them, I don't even know what they are. It's a very good problem. Excessive use of *I-Pills*; I know people who have taken so many *I-Pills* » (Anisha)

En effet, il semble que ce soit une méthode plus facile à obtenir puisqu'elle est disponible en pharmacie. Bien que le pharmacien puisse porter un jugement sur la jeune femme, la rencontre est plus rapide qu'une consultation chez le médecin ou le gynécologue.

Actually, visiting a gynecologist... I have had a lot of friends who started using the emergency contraceptive pill first, before discovering other forms of contraception, because they thought: « Yeah, it's fine. I can just take a pill after I do it ». I was like: « Listen, it is not good for your health ». Having a gynecologist is something stressed upon here. I mean, if you are a young single woman and visit a gynecologist, it means there is something wrong with you, or you have been pregnant or... things like that. It is not seen as just visiting any other doctors. It's seen in a very... shady light. Also, a lot of gynecologists are very judgmental people. You don't even want to visit them. (Komal)

En plus du défi que représente une consultation avec un professionnel de la santé, les participantes ont discuté de leurs perceptions et expériences d'achat de contraception dans les pharmacies. Komal, dans le cadre d'un exercice universitaire, raconte qu'elle devait acheter de la contraception, ce qui semblait une tâche difficile pour certaines de son groupe : « When we were in [college class], we had this activity where we had to go to the medical store and buy a condom. All these girls were like: "No no, I won't do it! I won't do it! I won't do it!" » La peur du jugement de la part du pharmacien ou des gens dans la pharmacie crée chez les participantes un certain inconfort à l'achat de contraception.

Even in terms of contraception, I don't think in India, there is that kind of comfort attached to buying contraception itself. I mean, sure, people do give you the look, whether is a guy or a girl, for both of them. I mean, it will be more for the girl, obviously, if she's going to buy contraception. (Salini)

Komal relate la présence de ces croyances et jugements dans les publicités. Elle dépeint des annonces sur YouTube où une jeune femme achète des condoms en

pharmacie. Les réactions choquées des gens l'entourant la culpabilisent, d'autant plus avec les commentaires des hommes à côté d'elle : « Elle vient de demander un condom ! Quel genre de fille doit-elle être ? ! » De ces faits, la plupart des participantes rapportent que se procurer des condoms est une tâche effectuée par le partenaire.

No ! For condoms, no. There a lot of men that have condoms with them. If the guy doesn't have one... I don't think I will buy condom. (Shivangi)

No, it's always him who manages. He takes care of the stock. I've never really had the need to buy it myself. I never had to. I just never had to. I wouldn't mind if I had to, I guess, but I've never felt the need to buy it. He always had it taken care of. (Tanvi)

La peur du jugement des autres est un obstacle à l'accès à la contraception d'urgence, et donc, reste une tâche encore effectuée par le partenaire : « He bought the pill. Like, I am not going. Because, you know, the shop might judge me. The first time, I was scared that people would judge me. So, he got it. » (Shivangi) Puis, il en est de même pour l'achat de tests de grossesse en pharmacie. L'une des participantes achète les tests pour ses amies : « There are a lot of people who can't and they will ask their friends to go buy it: "Can you just buy me a pack? Go get me a pregnancy test." I have bought a lot of pregnancy tests for friends since college. » (Karishma) En effet, il semble possible pour quelques participantes d'ignorer les regards empreints de préjugés et de se procurer des condoms.

Obviously, there is a stigma attached to it. You need to go to a chemist shop here and go like: « *Bhai...* [sentence in hindi] » You know? « Give me a condoms pack. » They will be a little stigmatizing... like when I go out and ask a pregnancy test, they look at you like this...[judgmental face] Yeah. So, you just ignore those looks and just buy it. (Karishma)

Certaines participantes sont en mesure de se procurer elles-mêmes la contraception orale d'urgence en pharmacie : « There were several times I bought it [emergency pill] myself as well. » (Surbhi) Les participantes qui sont en mesure de se procurer des méthodes contraceptives ou des tests de grossesse sont celles qui, malgré les

normes sociales, passent outre le jugement dont elles pourraient faire l'objet. Ces dernières mentionnent que ce n'est donc pas un obstacle pour elles et qu'elles assument leur choix d'avoir une vie sexuelle : « I became more open and more... what do you say... careless? I don't care. Whatever you want to think, you think... I am having a great time! (laughs) » (Salini). De plus, il semble exister une facilité à acheter des méthodes contraceptives en pharmacie à Mumbai, puisque c'est une grande ville qui permet un certain anonymat, comparativement à certains villages.

There is this thing of anonymity in big cities, that nobody knows you. In my city, I might not! Not just because I care about what they think, because people talk a lot. Some might actually know who you are. This is a thing about small towns, right? They might know who you are; they might know your parents, in that sense. (Salini)

5.4 Les relations interpersonnelles avec le partenaire sexuel influencent le niveau d'autonomie sexuelle et reproductive des participantes

Cette section documente les façons dont les jeunes femmes prennent le contrôle dans leurs relations sexuelles et dans leur négociation du condom et du retrait. Le premier point s'intéresse aux expériences liées au consentement dans leurs relations sexuelles. Le deuxième point explore plus spécifiquement les différentes manifestations de la négociation du condom et du retrait chez les participantes.

5.4.1 La notion de consentement présentée dans les expériences sexuelles des participantes

Comme l'un des critères d'inclusion dans la participation à cette recherche était d'avoir eu des relations sexuelles au cours des douze derniers mois, toutes les

participantes étaient en mesure de raconter certaines expériences, dont certaines liées au consentement sexuel. Par exemple, Komal, en relation de couple, affirme qu'avec son partenaire, il y a toujours eu consentement mutuel. Une autre raconte qu'elle a toujours pu donner son consentement à ses partenaires, et vice versa.

Inside the bedroom, I think pretty much anything if I am comfortable. I give consent and if obviously the partner gives consent. It's important! (laughs)
Obviously, they mostly do. (Salini)

L'une d'entre elles mentionne n'avoir jamais vécu une situation non consentante selon sa définition du consentement : « It was a mutual thing, right? When both of them come together and it's a yes together. It's perfectly fine. The problem is when it's a yes and then it's a no and the no is ignored, right? » (Karishma) Toutefois, certaines mentionnent avoir eu besoin d'exprimer à plusieurs reprises leur « non » ou leurs limites à leur partenaire afin de refuser une relation sexuelle. Bien que n'ayant pas vécu une situation d'agression, elles ont dû exprimer et répéter à maintes reprises qu'elles ne souhaitent plus avoir une relation sexuelle avec leur partenaire.

Yes, nobody forced me. Nobody was like: « You have to do it, you have to do it ». It was respected, but they did try to convince me and all but after a time that I was really serious about it... that I really don't want to do it, so they were ok. Nobody really forced me, as such as like turned me off or pissed me off or something like that. That was ok. (Tanvi)

Bien que moins nombreuses, certaines participantes rapportent des situations où leur consentement était ambigu ou complètement absent. L'une d'entre elles fait état d'une situation dans laquelle elle a accepté des relations sexuelles avec son partenaire en espérant que cela allait faire durer leur relation amoureuse.

Yes, I didn't give consent, but it still happened. You know, I went along with it, but not... [...] So, in the last 2 years, it became kind of a booty call, sort of thing? Friends with benefits, you know? It was mostly from his part. He wanted it, and I obviously did not. I was kind of heartbroken and I wanted him back. So, I went along with it, knowing that I was kind of being used. In that sense, there was no consent at all. I should have been more open about it... or whatever I don't know. (Salini)

En effet, certaines ont vécu des expériences où elles ont été incapables d'exprimer leurs limites à temps. Par exemple, une participante évoque une situation où l'un de ses partenaires amoureux souhaitait essayer le sexe anal. Bien qu'elle n'en avait pas envie, l'événement s'est tout de même produit.

There was this conflict... He wants to do it. I don't want to do it. So, there were many issues, and he was like... « No, I want to do it. You have to satisfy me. You have to satisfy me » And then, I did it once, under the pressure, I would say, I allowed him to do that under pressure. It was something which was completely unacceptable for me. [...] After that, I told him: « This is completely unacceptable. I just did it because you pressurized me. I wanted to get it out anyway ». I told him it will never happen again. I made it clear. That was the first and last time that it happened. (Avantika)

Cependant, ces expériences de relations sexuelles non consentantes ou lorsque le consentement est ambigu semblent rendre les participantes plus fortes à s'affirmer par la suite dans un contexte dyadique. En utilisant leur vécu, elles deviennent elles-mêmes des agentes de transformations sociales et discutent du consentement de façon de plus en plus critique. Leurs expériences de relations sexuelles consentantes et non consentantes dépeignent une réalité à laquelle ont fait face les participantes. Elles semblent bien comprendre le concept de consentement (et les défis engendrés par celui-ci dans leur vie et leur entourage) et surtout, elles arrivent à communiquer leurs limites à leur partenaire.

5.4.2 L'implication du partenaire dans la contraception oblige les participantes à recourir à leurs capacités de prise de décision et de communication

Comme mentionné dans la partie traitant de l'utilisation de la contraception, les deux méthodes contraceptives les plus utilisées par les participantes étaient le condom et le retrait. Ces méthodes exigent une négociation et une implication du partenaire, ce qui

entraîne parfois un manque de contrôle sur leur corps et donc, une moins grande autonomie sexuelle et reproductive.

Les analyses révèlent chez les participantes la présence de cinq façons de négocier le port du condom avec le partenaire. Premièrement, certaines d'entre elles ont vécu des situations où le consentement était mutuel quant à l'utilisation du condom. Il n'y a donc pas eu un réel besoin de négocier.

No, no, he was fine with it! He was even very... this thing that we have to use contraception... « I don't want you to pop any pills because of me » and everything. He says it was better. We used contraception and that's good for both of us, hygiene and everything. We decided it was better. Eventually, no problems, no negotiation. Both of us were... We had condoms and it was very smooth. No issues with that thing. It was more of a mutually understanding that we did it. It was better. He had no issues with condoms or any other things. (Avantika)

Deuxièmement, plusieurs participantes ont vécu une ou des situations où elles devaient demander, expliquer et répéter au partenaire d'utiliser le condom afin qu'il accepte.

With this guy, I made it clear. Anyways, it is not a relationship, so I wanted to be even more protected in that way. [...] While doing, you know, most of the time, I was like: « You know you should wear it? » He's like : « Ok, I will wear it sometimes... » I was like: « Dude, do you want to be a father right now? » He was like: « Ok, you are scaring me right now! ». So, wear it! (Shivangi)

Troisièmement, certaines participantes ont pu exprimer leurs limites en retirant leur consentement et en refusant une relation sexuelle si elle était non protégée.

The condom broke and he didn't have another condom. It was really late. So, actually, I don't know. I was very frank about it: « I don't care what this is, but without a condom, I won't do it ». He got a little annoyed, yeah. He was still in bed and he was like... you know? He tried convincing me and we were just hooking up and you know? He tried to convince me that it's ok... In a way, he was just trying to turn my no into a yes. You get what I am saying? (Yes). So, that was really annoying. I just got up and left: « Listen, I

don't know what you have in mind, but it is not going to happen. You do not have another condom. It's simple as this ». (Karishma)

Dans les trois cas précédents, ces participantes ont vécu des situations où il leur a été possible de communiquer avec leur partenaire et de décider d'elles-mêmes. De ce fait, la négociation du port du condom avec leur partenaire semble facilitée par leur capacité d'affirmation de leurs conditions et limites, démontrant un certain degré d'autonomie sexuelle et reproductive. Néanmoins, il existe deux cas où il y a une absence de négociation avec le partenaire qui a parfois mené à des conséquences sur leur santé sexuelle et reproductive.

Une quatrième manifestation de la négociation du port du condom est celle de simplement accepter une relation sexuelle non protégée sans négocier avec le partenaire : « He was like: "No, I won't have sex with a condom on". I was like: "How can you do that?" He was like: "No, no. I just don't come. I don't like it." I was like: "You know what? Ok fine, let's just do it." » (Sanaya) Une des participantes ayant vécu le refus du port du condom de la part de son partenaire, mentionne que sa responsabilité est donc d'aller s'acheter la contraception orale d'urgence suite à leur relation sexuelle :

Even if there is a guy who refused to use a condom, she's confident; she's aware what she has to do on her part. If he's not done it, she knows what she has to do: she has to go buy a pill for herself. She's very independent and confident about that. (Tanvi)

Pendant la relation sexuelle, Tanvi a donc une autonomie réduite en raison d'une négociation limitée avec son partenaire. Or, à la suite de la relation sexuelle, Tanvi témoigne d'une certaine autonomie reproductive puisqu'elle agit sur les composantes qui lui semblent plus faciles, soit l'achat de la COU afin d'éviter une grossesse.

Cinquièmement et finalement, certaines ont de la difficulté à négocier le port du condom avec leur partenaire, celui-ci se ravisant seulement après avoir craint une grossesse ou suite à une grossesse non planifiée. En effet, des problèmes de négociation ont mené à une grossesse qui fut volontairement interrompue pour une participante. C'est seulement à la suite de ces événements que le partenaire a accepté le port du condom.

Then, there were issues on that also, like: « No, I can't take risks with that. » But he was like : « No, let's try... » Almost all the time, he wears it, but eventually, we got into a trouble one. [...] Later, with the pregnancy and abortion happening, after that, he took it seriously. After that, we used condoms and it was fine for him. He was like: "It's better if we don't get into trouble again". So yeah, fine. After that, it was ok negotiating with him. (Avantika)

En ce qui concerne le retrait, les principales raisons qui font que les participantes choisissent le retrait sont les rapports sexuels non planifiés, le côté moins plaisant du condom pour le partenaire masculin (et dans quelques cas, pour elles-mêmes) ou le simple choix d'utiliser le retrait comme méthode. Les participantes acceptent généralement cette méthode lorsqu'elles sont certaines que leur partenaire saura se retirer à temps. L'utilisation du retrait résulte du fait qu'elles n'ont pas de condoms sur elles ou qu'elles ne prennent pas de contraception hormonale. Ainsi, la responsabilité de leur santé sexuelle et reproductive est laissée entre les mains du partenaire, ce qui peut les rendre plus vulnérables aux grossesses non planifiées et aux ITSS. Bien que le choix d'utiliser le retrait par les participantes démontre un certain degré de pouvoir décisionnel, ce choix reste néanmoins un choix semi-éclairé. Considérant qu'elles ne connaissent pas toutes leurs options de méthodes contraceptives ; considérant les mythes associés à certaines méthodes ; considérant leur préférence pour la pharmacie plutôt que pour le médecin ou le gynécologue ; il est possible de conclure que le retrait est la méthode de contraception choisie en l'absence d'autres options.

Enfin, il est pertinent de noter que deux participantes ont l'impression d'être ou de devoir être plus responsables que leurs partenaires à propos de la contraception : « Basically, it's that I haven't seen a lot of men engaged with questions on contraception. You see women engaged on contraception. I haven't seen men talk much about it, or think about it much. » (Anisha) Bien qu'une relation sexuelle se déroule à deux, la contraception semble être la responsabilité unique d'un seul des partenaires, bien souvent la femme. Elles trouvent que leurs partenaires masculins ne prennent pas leurs responsabilités en ce qui a trait à la contraception puisque souvent, ils ne veulent pas porter le condom, seul moyen de contraception réversible pour les hommes.

For example, from my experience, I would say about using condoms is also a problem. Because many of the guys, they don't want to use condoms because they feel that they don't feel it... It reduces their pleasure. That's an issue of using condoms. [...] About contraception, the thing is, almost all the contraceptives are for women. Emergency, whether it's the 21 days tablet, whether it's an abortion pill... Whatever, it is all for women. There is nothing for men! The one thing that they have, they don't want to use it. Then what? Contraception is there, it's just for the woman. It's all focus on the woman. Eventually, it's affecting our health. Because I took those pills, I know it can affect me in the future. You know, even I had an abortion... I'm sure it may affect my future, maybe it will be fine. Maybe I'm healthy enough to handle it and my reproductive health is fine. I always have this thought in my mind. Why is it constantly on girls or women? Why not men? (Avantika)

En fait, ces deux participantes s'entendent pour dire que les femmes sont plus réceptives à la contraception puisque ce sont elles qui vont vivre avec les conséquences d'une relation sexuelle non protégée : « We are the ones who get pregnant, we are the ones who have to do the abortion, we are the ones who have to take the pills. » (Avantika)

En définitive, les méthodes utilisées par les participantes demandent une négociation avec leur(s) partenaire(s) et cela s'avère parfois ardu. En effet, des négociations plus difficiles ont quelquefois eu des conséquences sur leur santé sexuelle et reproductive,

comme la crainte d'une grossesse chez plusieurs et une grossesse non planifiée interrompue volontairement pour l'une d'elles. Les méthodes le plus souvent choisies et utilisées, soit le condom et le retrait, sont des méthodes qui demandent l'implication du partenaire et par conséquent, font en sorte de réduire l'autonomie reproductive des participantes. Il est pertinent d'ajouter qu'elles sont critiques face à leurs expériences sexuelles, en particulier à propos du consentement et de la négociation. Leurs réflexions entourant la responsabilité des femmes envers la contraception comparativement à celle des hommes sont intéressantes dans le contexte de l'obtention d'une plus grande autonomie reproductive.

5.5 Pour améliorer l'accès et les connaissances sur la contraception, les participantes proposent des changements préalables importants dans la société

Les participantes étaient interrogées sur leurs perceptions de l'accessibilité à la contraception à Mumbai. Certaines étaient d'accord pour dire qu'il était plus facile d'accéder à de la contraception dans une grande ville que dans leurs villages, si elles étaient capables d'ignorer les regards remplis de jugement. Or, la plupart trouvent qu'une meilleure accessibilité ainsi qu'une meilleure perception et ouverture au sujet de la contraception dans la société les aideraient à en obtenir.

Access to contraception... The thing is that a lot of people... Women don't access contraception because there is a lot of stigma associated with it. You don't want to go in and buy a condom, don't want to buy *I-Pill*. (Sanaya)

Again, availability is a very important challenge. There are a lot of stigmas attached if you want to go buy something. (Anisha)

Pour pallier les difficultés rencontrées, les participantes donnent des pistes de solution. Par exemple, des machines distributrices permettraient d'avoir un réel sentiment d'anonymat à l'achat de condoms :

Access, I have told you, right, about the automated machines? I would love to see them everywhere. We see McDonald everywhere, why not contraception?! That's what people do most of the time when they have a partner! (laughs) I would like to see that. (Salini)

Des participantes mentionnent qu'il est maintenant possible de faire l'achat de contraception via des sites internet : « A lot of other websites. So, you know, that helps at maintaining anonymity and accessibility. It's another good option » (Salini).
Ce service mériterait d'être mieux connu :

Today, thanks to technology, you don't even have to step out of your house. You order it online and you get it. (S : You can order contraception?) Yes! You can order *I-Pills*, or... Because, you have an attire of... In cities, at least in metropolitan cities, you have an attire of pharmacies. You give them your list of medicines, you don't have to go and buy it. They come deliver it at your place. [...] I think things are very accessible... (Tanvi)

En fait, le souhait des participantes quand il est question d'un meilleur accès à la contraception, ce serait d'avoir plus de femmes qui travaillent dans les pharmacies ainsi que dans les professions médicales. Par exemple, cela diminuerait leur gêne d'aller chez le gynécologue si c'était une femme qui examinait leurs parties génitales. Il en est de même à la pharmacie, où les participantes se sentiraient moins gênées de se procurer de la contraception si elles étaient servies par une pharmacienne.

Access, it will take a long time. If there are girls in the medical shop... it might become easier for a girl to just go. But these girls, also, they are not always in the medical shop... After 8 or 7 pm, their job gets over. So a girl who wants to buy a condom late at night, it's a little difficult situation. [...] More female workers. People will feel safe, they will feel more comfortable: « Ok, there is a woman... » (Komal)

Cependant, améliorer l'accès à la contraception demande au préalable d'avoir de meilleures connaissances quant aux méthodes contraceptives :

Evenly, I am making protection available, especially condoms, you make them available, several places across the country at normal rates or free in lots of places : you are not actually telling people the benefits of it. (Surbhi)

En effet, les participantes sont d'accord pour affirmer qu'il existe un manque de sensibilisation quant à la contraception qui engendre plusieurs défis, dont les connaissances nécessaires et l'aisance à se procurer des méthodes contraceptives :

For women in university, especially in Mumbai, there is no [issue as to] accessibility. One, it is a question of knowledge. Two, it's being comfortable going and getting it. (Surbhi)

Une meilleure sensibilisation aux méthodes contraceptives permettrait de diminuer la gêne entourant la contraception : « If more people were a little more aware about it in terms of... stop judging youngsters who are coming in buying condoms. I have a lot of issues with the stigma around it, because it's happening » (Karishma). Les participantes mentionnent souvent les jugements hâtifs ou les situations gênantes auxquelles elles font face lors d'un achat de contraception en pharmacie. La majorité des participantes citent les cours d'éducation sexuelle comme point de départ pour améliorer la sensibilisation et l'accès aux connaissances sur la contraception et la sexualité en général.

I can suggest that, that would be my suggestion for sex education. Sex ed is very important, I would say that. [...] I think that this would be my suggestion: more awareness, more workshops, and more courses. This should be introduced at the ground level, so they get a better understanding. That would be my suggestion. (Avantika)

Pourtant, il semble difficile d'intégrer des cours d'éducation sexuelle dans les écoles puisque la sexualité n'est pas encouragée :

For one, sex is not encouraged. It's believed that the more sex education you give to women, the more they will use it to become loose women. That is the very first reason. Now, sex education does not take place in most schools... at all! At All! That is not happening. » (Surbhi).

Donc, il est très rare que des cours d'éducation sexuelle soient donnés dans les écoles. Selon cette même participante, il est pourtant important de rendre accessible une éducation sexuelle et reproductive selon l'âge des jeunes :

I think access to reproductive health education should be made available to everyone at a decent level... at a decent age when you know that people will be active. Not as a thing that happens much later in your life. You need to give it a school level, you need to start early. You need to make it accessible everywhere: not just in urban spaces. (Surbhi)

Advenant que ces cours d'éducation sexuelle soient ajoutés au cursus dans les écoles, les personnes donnant ces cours se doivent d'être des experts en la matière. En fait, le cursus devrait élargir le champ d'enseignement de la sexualité à plus que les menstruations, les ITSS et les « conséquences » d'avoir des relations sexuelles avant le mariage (Surbhi).

You know, we should be told that whatever you decide to do, to have sex or not have sex, before marriage or after marriage, during the marriage if you want to or don't want to, you must know what you want and what you don't. I think women must... Not just women, even men must be told that you must respect consent of a woman. So, it's a process where you need to involve both men and women. There has to be a lot of interactions between the two sexes for, you know, get that understanding. It's probably very idealistic, you know? Fingers crossed. It's a very idealistic situation, but I think we need to start somewhere. Sex education is a must. It's a must. (Sanaya)

En somme, les participantes souhaitent une meilleure sensibilisation à la sexualité en général. Cela permettrait d'accéder à des cours d'éducation sexuelle et ainsi, d'améliorer les connaissances liées à la sexualité, à la contraception et pour les femmes, à une meilleure santé sexuelle et reproductive. Bien que les participantes reconnaissent que ces solutions sont difficiles à mettre en place, elles croient que des petits changements à court terme permettront de grands changements à long terme.

I think it is a process. It's a huge process. Maybe with time, hopefully, I don't know because fundamentalism and regressive ideologies are gaining momentum. Most of them are patriarchal men and they want to... because it's a past structure, they want to control that power. How do you control patriarchy? By controlling a woman's sexuality. [...] I think it's a process. It's a structural change. It means that we need... People's mindsets need to change. That is more important. The basic is that people should think differently. (Sanaya)

En définitive, les participantes ont exprimé plusieurs souhaits : un changement de mentalités quant aux normes sociales entourant la sexualité, des cours d'éducation sexuelle dans les milieux scolaires, de meilleurs accès et services à la contraception ainsi que du personnel féminin dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive. Ces solutions contribueraient aussi à améliorer leur niveau d'autonomie sexuelle et reproductive. Par exemple, en leur procurant les connaissances nécessaires sur le fonctionnement du corps et sur les méthodes contraceptives, les jeunes femmes seraient en mesure de prendre des décisions plus éclairées sur les stratégies contraceptives qu'elles comptent adopter.

CHAPITRE VI

DISCUSSION

Dans une perspective exploratoire, cette discussion tente d'analyser les résultats issus des entrevues à l'aide du cadre conceptuel combiné du modèle théorique de l'autonomie reproductive et la théorie de la justice reproductive, ainsi que des études scientifiques recensées. Le chapitre précédent a permis d'explorer les expériences et représentations des femmes indiennes universitaires quant à leur santé sexuelle et reproductive. Désormais, cette discussion tente de mettre en lien les trois questions de recherche qui ont été détaillées dans les résultats : 1) Quelles sont les normes sociales et les enjeux associés à la décision d'avoir une vie sexuelle active en tant que femmes universitaires ? 2) Quelles sont les expériences et les perceptions des femmes quant à leurs connaissances et à l'utilisation des méthodes de contraception ? 3) Comment se manifeste le pouvoir de décision et de contrôle sur leur stratégie contraceptive ?

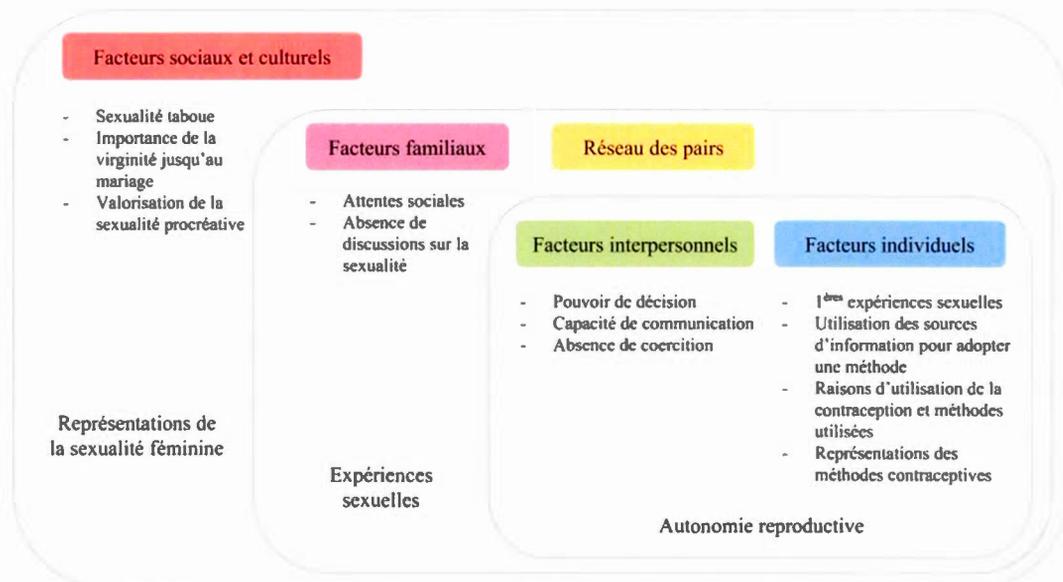


Figure 6.1 Modèle théorique final

La figure 6.1 ci-dessus permettra une meilleure compréhension de la discussion. Tout d'abord, les structures sociales et culturelles imposent certaines normes, dont l'importance de la virginité, du mariage et de la procréation, qui affectent les représentations de la sexualité féminine dans le pays.

Ensuite, la famille et le réseau des pairs modulent tous les deux les expériences sexuelles des participantes. En effet, la famille crée des attentes sociales envers l'apparence et la conduite des jeunes filles. Elle peut également être perçue comme un obstacle aux discussions entourant la sexualité et aux expériences sexuelles des participantes. Or, le soutien des pairs permet aux jeunes femmes de transgresser les normes sociales perpétuées par les structures sociales et culturelles ainsi que les attentes sociales de la famille, leur permettant une vie sexuellement active.

Puis, concernant l'atteinte d'une autonomie reproductive, plusieurs facteurs individuels et interpersonnels entrent en ligne de compte. Des facteurs individuels tels que leurs premières expériences sexuelles, leur utilisation de sources d'information pour adopter une méthode contraceptive, leurs raisons d'utiliser la contraception, leur utilisation des méthodes contraceptives ainsi que leurs perceptions des méthodes contraceptives ont une incidence dans l'atteinte d'une autonomie reproductive. Quant aux trois facteurs interpersonnels du modèle théorique de l'autonomie reproductive, ils sont repris ici dans la négociation des méthodes contraceptives les plus utilisées par les participantes. Leur pouvoir décisionnel, leur capacité de communication avec le partenaire et l'absence de coercition reproductive peuvent les mener à l'atteinte d'une plus grande autonomie reproductive.

Ce chapitre sera divisé en six sections : 1) les facteurs sociaux et culturels ; 2) les facteurs familiaux et le réseau des pairs ; 3) les facteurs individuels ; 4) les facteurs interpersonnels ; 5) les limites méthodologiques de cette recherche, ainsi que 6) les recommandations.

6.1 Les structures sociales et culturelles mettent en place des normes entourant la sexualité féminine : l'importance de la virginité, du mariage et de la procréation

Les participantes de notre recherche ont mentionné à maintes reprises que la sexualité reste un sujet tabou, secret et sensible qui peut provoquer de la honte, de la gêne et de la culpabilité chez la population étudiante et générale, propos aussi retracés dans une étude menée par Foo (2002). Cette perception de la sexualité peut entraver le développement d'une vision saine de la sexualité (Foo, 2002). En fait, il est possible d'affirmer que la sexualité des femmes est particulièrement perçue comme étant gênante et honteuse (Pillard, 2007).

Comme soutenu par Abraham (2001, 2002), la sexualité féminine reste compromettante, sauf si elle est centrée sur la virginité et le mariage. La majorité des participantes ont mentionné que les relations sexuelles avant le mariage sont taboues et inacceptables dans la société où elles vivent ; affirmation confirmée par plusieurs recherches (Abraham, 2002; Abraham et Kumar, 1999; Alexander *et al.*, 2007; Santhya *et al.*, 2011b). Les normes sociales patriarcales dominantes ne légitiment la perte de la virginité et l'accès à la sexualité que dans le contexte du mariage, ce qui fait en sorte qu'une sexualité saine continue à être associée au mariage (Abraham, 2001). Les participantes dénoncent l'importance accordée à la virginité des jeunes femmes par la société. Comme dans les études d'Abraham et Kumar (1999) et d'Abraham (2001), certaines participantes sont d'avis qu'elles avaient elles-mêmes intériorisé l'importance de la virginité (avant d'être actives sexuellement). Il est possible de croire que cette intériorisation provient de plusieurs institutions, les principales étant familiales, scolaires et religieuses (Abraham, 2002).

Les participantes ont parfois discuté de l'importance du mariage et de la maternité dans l'identité des femmes, propos recueillis dans plusieurs recherches (Abraham et Kumar, 1999; George, 2002; Unnithan, 2010; Widge, 2002). Selon elles, en plus de l'inacceptabilité d'une sexualité avant le mariage, la fonction de la sexualité féminine se résume à la procréation, écartant de ce fait toute la notion de plaisir sexuel. Cette vision de la sexualité féminine va dans le même sens que les propos de Foo (2002), soit que les femmes de plusieurs pays asiatiques ne sont pas considérées comme des êtres sexuels, mais comme des êtres dont l'utilité est de fonder une famille. Le mariage joue un rôle central dans la procréation : dès qu'un couple est marié, la pression devient forte pour qu'ils deviennent parents (Sonpar, 2005). Cependant, bien qu'elles soient conscientes de l'importance de fonder une famille, les participantes mentionnent que le fait d'être encore aux études leur enlève momentanément cette pression : « No, no ! The pressure has always been to not get pregnant!! » (Karishma) Même si certaines anticipent la pression sociale du mariage et de la maternité (Dudgeon et Inhorn, 2004; Paul *et al.*, 2017; Unnithan, 2010), les participantes sont conscientes qu'elles ont encore quelques années devant elles au collège ou à l'université avant d'y faire face.

Toutefois, cette perception et cette valorisation de la sexualité procréative dans le mariage représentent un défi lorsqu'il s'agit du plaisir dans la sexualité (Paul *et al.*, 2017). Les institutions sociales dominantes imposent aux femmes des normes qui limitent et punissent l'exploration de la sexualité féminine (Abraham, 2002; Mmari et Blum, 2009). En effet, les participantes connaissent les répercussions sur leur réputation s'il advenait que l'entourage soit au courant de leurs activités sexuelles, telles qu'être une personne « of bad character » (Abraham, 2002) ou une femme de peu de valeurs (Doshi *et al.*, 2013). Des participantes expliquent qu'une femme connue pour avoir eu des relations sexuelles avant le mariage (donc, pour le plaisir que celles-ci procurent) sera perçue comme sexuellement disponible pour tous,

propos retracé dans l'étude d'Abraham (2002). En somme, certaines structures sociales et culturelles rendent difficile l'acquisition d'une autonomie sexuelle et reproductive par les participantes (Paul *et al.*, 2017).

6.2 La famille et le réseau de pairs modulent les expériences sexuelles des participantes

6.2.1 Les participantes font face à plusieurs attentes sociales dans leur conduite et leur sexualité

Il est pertinent de rappeler que les jeunes femmes font face à de nombreuses attentes sociales concernant leur apparence physique et leur conduite. En effet, il leur est demandé d'avoir une apparence conservatrice, autant dans leur habillement que dans leur coiffure et leur maquillage. Quant à leur conduite, les femmes sont censées être calmes, posées et réservées, en particulier lorsqu'il s'agit d'émettre leurs opinions. Même si les participantes n'adhéraient pas à ces attentes sociales ni dans leur apparence ni dans leur conduite, elles étaient conscientes de transgresser les normes en place.

Comme dans l'étude d'Abraham (2001) auprès de jeunes étudiants de Mumbai, les résultats de notre recherche révèlent une homosocialisation importante auprès des jeunes femmes. En effet, depuis leur plus jeune âge, il leur est conseillé de prendre leur distance des garçons, interactions contrôlées par les parents et la famille qui jugent celles-ci inappropriées. Toutefois, le fait de poursuivre des études collégiales et universitaires a donné aux dix participantes de nombreuses occasions d'expérimenter des relations amoureuses ou sexuelles, ce que confirment d'autres

recherches (Abraham et Kumar, 1999; Alexander *et al.*, 2006, 2007; Doshi *et al.*, 2013; Santhya *et al.*, 2011b; Shekhar *et al.*, 2007).

Comme la sexualité est répréhensible et non encouragée avant le mariage, les participantes mentionnent le défi de trouver des endroits privés pour leurs relations intimes et sexuelles. Celles qui habitent en appartement sont parfois surveillées par leurs voisins ou par le propriétaire, tandis que celles qui habitent le foyer familial doivent trouver un moment où aucun autre membre de la famille n'est présent. Quelques participantes mentionnent des lieux publics comme endroits pour rencontrer leur partenaire, tels que les parcs, les cinémas, les résidences et les salles de bain publiques. Le défi de trouver un lieu privé et les lieux choisis avaient aussi été soulevés par les participants de deux études (Alexander *et al.*, 2006; Khanna *et al.*, 2002). Puisque leurs relations sexuelles doivent être effectuées en secret, loin du regard de l'entourage, les participantes décrivent celles-ci comme étant rapides, opportunes et stressantes, résultats similaires à ceux d'Alexander et ses collègues (2006), bien que ceux-ci se soient intéressés aux premières expériences sexuelles. Pour les participantes à cette recherche, il est possible de percevoir ce manque d'endroits privés comme affectant la majorité des activités sexuelles, et non pas seulement leurs premières expériences.

6.2.2 L'absence de discussion entourant les relations intimes et la sexualité des participantes au sein de leur famille

Bien que les participantes soient à l'aise de venir discuter de leurs expériences sexuelles dans le cadre de cette recherche, elles affirment que ce ne sont pas toutes leurs amies ni leur entourage qui le sont autant. En effet, la perception sociale de la

sexualité comme une conduite moralement répréhensible amplifie la réticence à en discuter, comme cité par une des participantes : « Generally, sex is seen like such a big deal, at least here it seems like that. Not [amongst] my peers, not at all, but generally, overall, I think this taboo prevents a lot of conversations about sex. » (Anisha) D'ailleurs, selon les participantes, les discussions entourant la sexualité restent taboues et peu communes à Mumbai (Mutha *et al.*, 2014).

Les participantes signalent aussi qu'il y a peu de discussions sur la sexualité et les méthodes contraceptives au sein de leur famille, comme le relève Abraham (2001). Selon une participante, les jeunes hommes et les jeunes femmes de 20 à 30 ans sont désexualisés par les adultes, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas perçus comme des êtres capables de sexualité. Alexander et ses collègues proposent ainsi que ce manque de discussions à propos de la sexualité est attribuable au peu de reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes (non mariés) et au peu d'attention accordée à leurs droits à l'information et à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. En effet, les parents et les programmes institutionnels ne fournissent pas l'information ou les services nécessaires en matière de santé sexuelle et reproductive aux jeunes qui ne sont pas mariés (Alexander *et al.*, 2006).

Bien que les participantes souhaitent discuter de leurs relations amoureuses ou sexuelles avec leurs parents, cela leur était souvent impossible. Comme dans l'étude de Doshi et ses collègues (2013), il semble exister un écart important entre les normes acceptées par les parents et celles auxquelles adhèrent les jeunes, plus précisément en ce qui concerne la sexualité avant le mariage. Dans ces circonstances, craignant la désapprobation de leurs parents, les participantes étaient nombreuses à mentionner être réticentes à en discuter et donc, à avoir gardé secrètes leurs relations intimes ou sexuelles. Cette crainte et cette réticence se retrouvent aussi dans deux études effectuées auprès des jeunes (Abraham, 2001; Alexander *et al.*, 2006).

En ce qui a trait aux parents qui ont eu connaissance du fait que leur fille était en relation, ces derniers tenaient beaucoup à la continuité de la relation. Bien que ces participantes mentionnent avoir voulu mettre fin à leur relation devenue malsaine, leurs parents insistaient pour qu'elles restent avec leur partenaire. Comme noté dans la recherche d'Abraham (2002), il existe une forte pression de la part de plusieurs parents pour que leur fille épouse celui avec qui elle a eu des relations sexuelles puisque la logique veut que la sexualité d'une femme ne soit liée qu'à un seul homme.

6.2.3 Le soutien des pairs est important pour les participantes

Lorsqu'il existe un manque de soutien ou une désapprobation parentale des relations amoureuses des jeunes femmes, il est possible que les participantes soient allées chercher un soutien à l'extérieur de leur famille en se confiant à leurs pairs (Alexander *et al.*, 2006; Santhya *et al.*, 2011b). Comme appuyé par de nombreuses études, le réseau des pairs est un élément important à considérer dans les attitudes et expériences sexuelles des jeunes (Abraham et Kumar, 1999; Alexander *et al.*, 2007; Doshi *et al.*, 2013; Mmari et Blum, 2009; Pardhi *et al.*, 2015; Santhya *et al.*, 2011b; Shekhar *et al.*, 2007). Par exemple, pour Sanaya, avoir un réseau de pairs sexuellement actifs semble diminuer le tabou entourant la sexualité :

Yes, it doesn't matter. It's not a big thing. All of us do it. All of us talk about it. It's just fine. It's not a big deal. At least, in my friends' circle, like I said, most of them are really ecstatic people, very open about things. Sex is not a big thing, except for one friend of mine. It's cool. Everyone's cool about it. No one cares. (Sanaya)

Comme signalé dans l'étude de Doshi et ses collègues (2013), avoir des pairs sexuellement expérimentés rendrait plus susceptible d'être soi-même sexuellement

actif. Un réseau des pairs sexuellement actifs permet aussi de s'engager dans des comportements dits moins conformistes et donc, de transgresser les normes associées à la sexualité (Alexander *et al.*, 2007).

En résumé, il est demandé aux jeunes femmes d'être honorables, de préserver leur virginité jusqu'au mariage et d'utiliser leur sexualité pour fonder une famille. Toutefois, parmi leur groupe de pairs, les jeunes femmes peuvent être sexuellement actives, mais pas « trop » expérimentées, et surtout ne doivent pas discuter de leur plaisir sexuel. Les jeunes participantes sont donc confrontées à ces demandes contradictoires où s'affrontent deux visions différentes de la sexualité (Abraham, 2001; Mutha *et al.*, 2014). D'ailleurs, ces normes et ces enjeux sociaux rendent difficile l'utilisation des méthodes contraceptives puisqu'elles n'ont pas leur utilité ni avant ni après le mariage (Paul *et al.*, 2017). Ces normes affectent donc la perception sociale des bienfaits de la contraception, ce qui peut rendre plus difficiles l'accès et la consultation d'un professionnel de la santé au sujet de la contraception. Sans une prise de conscience quant à l'utilité et au besoin de contraception chez les femmes, il s'avère difficile d'acquérir une réelle autonomie reproductive.

6.3 L'atteinte d'une autonomie sexuelle et reproductive nécessite la considération de plusieurs facteurs individuels

6.3.1 Les premières expériences sexuelles des participantes

Les participantes étaient toutes actives sexuellement, faisant ainsi partie des 25 % de jeunes Indiens à déclarer avoir des relations sexuelles avant le mariage (Pardhi *et al.*, 2015). Toutefois, les études réalisées auprès des filles démontrent qu'elles s'initient

plus tardivement que les garçons à une sexualité prémaritale (Abraham, 2002; Abraham et Kumar, 1999; Alexander *et al.*, 2006, 2007; Mutha *et al.*, 2014; Santhya *et al.*, 2011b). Les dix participantes à cette recherche font donc partie du 1 à 18 % de jeunes filles ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles avant le mariage (Abraham, 2002; Abraham et Kumar, 1999; Alexander *et al.*, 2006, 2007; Mutha *et al.*, 2014; Santhya *et al.*, 2011b). De plus, dans la recherche de Santhya et ses collègues (2011b), 5,3 % des jeunes femmes avaient eu une première expérience forcée, comme ce fut le cas pour une des participantes à notre étude. D'autres recherches proposent qu'entre 9 et 21 % des jeunes femmes aient déjà vécu une expérience sexuelle forcée (Alexander *et al.*, 2006; Mutha *et al.*, 2014).

6.3.2 L'utilisation des sources d'information par les participantes leur permet d'adopter une méthode contraceptive

Les sources d'information des participantes au sujet de la sexualité et de la contraception sont variées, mais sont principalement l'internet, les annonces publicitaires à la télévision ou sur internet et leur réseau de pairs, sources d'information mentionnées dans de nombreuses études (Abraham, 2002; Chopra et Dhaliwal, 2010; Khanna *et al.*, 2002; King *et al.*, 2014; Rahman *et al.*, 2013). La plupart des participantes étaient d'avis que l'éducation sexuelle offerte à l'école n'était pas satisfaisante, propos semblable à une recherche qui a démontré que l'éducation sexuelle offerte à l'école est rarement une source d'information importante pour les jeunes (Mutha *et al.*, 2014). Ainsi, les participantes vont chercher par elles-mêmes d'autres sources d'information. Enfin, la majorité des participantes n'ont jamais questionné des membres de leur famille sur la sexualité et la contraception, ce qui n'étonne guère puisque plusieurs études ont démontré que la

famille n'est que rarement une source d'information pour les jeunes (Abraham, 2001; Khanna *et al.*, 2002; King *et al.*, 2014; Ruikar, 2013).

Toutefois, un point important souligné par les participantes n'a pas été relevé dans la littérature scientifique. Le moment où les jeunes vont rechercher de l'information est parfois ultérieur à leurs premières expériences sexuelles. Par exemple, avant leurs premières expériences, les cours d'éducation sexuelle et leurs recherches sur internet leur ont permis d'acquérir l'information de base sur les noms et les endroits où obtenir des méthodes contraceptives. C'est seulement suite à l'achat d'une méthode contraceptive ou d'un test de grossesse que les participantes ont l'occasion de lire la brochure incluse dans les boîtes et ainsi, d'en apprendre davantage sur leur fonctionnement et leur utilisation adéquate. La brochure contenue dans ces boîtes est donc une source d'information importante, mais une source utilisée seulement à la suite de leurs premières expériences sexuelles.

6.3.3 Les raisons d'utilisation des méthodes contraceptives

La raison principale donnée par toutes les participantes pour leur utilisation de la contraception dans leurs relations sexuelles était d'éviter une grossesse, comme mentionnée dans l'étude d'Abraham (2002). Les raisons sous-jacentes à l'évitement d'une grossesse pour les participantes sont le fait de ne pas être mariée, d'être encore aux études et de souhaiter entamer une carrière avant de fonder une famille. Pourtant, les méthodes utilisées par les participantes ne sont pas les plus efficaces contre les grossesses (La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, s.d.). La deuxième raison d'utiliser une méthode contraceptive, plus précisément le condom, est pour éviter de contracter une ITSS. Or, quelques participantes disaient ne pas être

inquiètes de cet enjeu puisqu'elles connaissaient bien leurs partenaires : « I am very sure that with the partners I have, they don't have any kind of diseases that can be transmitted through sexual activity. Mostly, obviously, it's to avoid pregnancy. » (Sanaya) Ces propos sont semblables à ceux trouvés dans deux études, soit que l'impression de bien connaître leur(s) partenaire(s) rend les jeunes moins inquiets de contracter des ITSS ou le VIH, ce qui résulte parfois dans un usage sporadique du condom (Abraham, 2002; Santhya *et al.*, 2011a). En fait, les principaux risques d'une sexualité perçus par les jeunes dans la recherche d'Abraham (2002) et dans notre recherche étaient ceux liés à la grossesse ou au risque de se faire prendre par un membre de la famille. Enfin, la troisième raison d'utilisation de la contraception, plus précisément de la pilule contraceptive, est celle liée à la régulation d'une condition médicale ou de leur cycle menstruel (SOGC, s.d.), et non pas à des fins contraceptives. Cette raison d'utiliser la contraception n'est toutefois pas retracée dans la littérature scientifique produite en Inde, peut-être en raison du manque de recherches qui s'intéressent spécifiquement à l'utilisation de la pilule contraceptive chez les jeunes.

6.3.4 Les cinq méthodes contraceptives utilisées par les participantes

Les participantes ont eu recours à cinq méthodes contraceptives, dont la plupart sont jugées moyennement ou peu efficaces contre la grossesse, dont le condom masculin (n = 10), le retrait (n = 9) et la méthode du calendrier (n = 3). En effet, selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le condom, le retrait et le calendrier ont des taux d'échec selon une utilisation courante tout de même élevés, respectivement 18 %, 22 % et 24 %.

Comme ces méthodes sont parfois incertaines, les participantes ont utilisé la contraception orale d'urgence (COU, n = 8), et ce, pour trois principales raisons : bris du condom, retrait manqué et relation sexuelle non protégée, raisons indiquées également par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (s.d.). Cette dernière rappelle que la contraception orale d'urgence est une méthode « à utiliser de manière occasionnelle seulement [et] non pas comme une méthode régulière » (SOGC, s.d., p. 3; Verma *et al.*, 2015). Or, les participantes de notre recherche l'ont utilisé à de nombreuses reprises, la plupart l'ayant utilisé entre 3 à 6 fois dans les dernières années. L'utilisation de la COU démontre un certain degré d'autonomie reproductive parmi les participantes puisqu'elles prennent la décision d'éviter une grossesse non désirée (Verma *et al.*, 2015). Huit participantes sur dix (80 %) avaient utilisé la COU, ce qui est beaucoup plus que le pourcentage trouvé dans l'étude de Rahman et ses collègues (2013), soit 15,1 %. Toutes les participantes de notre recherche connaissaient la COU : elles sont toutes au collège ou à l'université et vivent toutes en milieu urbain, deux facteurs qui sembleraient être associés à un niveau plus élevé de connaissances sur la contraception orale d'urgence (Rahman *et al.*, 2013). Toutefois, leur grande utilisation de la COU contredit deux recherches portant sur les femmes scolarisées en Inde, lesquelles démontraient un faible niveau de connaissances des méthodes d'urgences (COU et DIU) avec des pourcentages allant entre 7,3 % et 11,2 % (Puri *et al.*, 2007; Takkar *et al.*, 2005). Cependant, il se peut que ces deux recherches aient été réalisées auprès de femmes qui ne sont pas nécessairement toutes sexuellement actives, contrairement à notre recherche. Il est possible de postuler que comme ces deux études remontent à plus de 10 ans, il y a peut-être eu depuis une sensibilisation croissante à ce type de méthodes contraceptives d'urgence, ce qui serait un changement positif.

La seule méthode contraceptive régulière et efficace utilisée par les participantes est la pilule contraceptive, qui introduit un taux d'échec selon une utilisation réelle de 9 % (SOGC, s.d.). Pourtant, aucune d'entre elles ne l'utilisait à des fins contraceptives : une l'avait utilisée afin de réguler une condition médicale et deux

autres afin de retarder leurs menstruations. Il semble subsister plusieurs mythes concernant la pilule, autant sur l'action de la pilule sur leur cycle menstruel que sur ses effets secondaires.

En somme, il est possible de constater les mêmes faits qu'une récente recherche : malgré les nombreuses options disponibles pour les jeunes femmes, l'utilisation des méthodes contraceptives hormonales et modernes reste très faible (Sheriar *et al.*, 2014).

6.3.5 Leurs perceptions des méthodes contraceptives affectent leurs choix contraceptifs

Les perceptions des participantes quant aux méthodes contraceptives peuvent être affectées par des influences sociales, religieuses et culturelles (Ensor et Cooper, 2004; Pardhi *et al.*, 2015). En effet, dans une étude menée par Chopra et Dhaliwal (2010), la plus grande utilisation du condom comparativement aux autres méthodes plus efficaces reposait sur la perception que ces méthodes ont plus d'effets secondaires que le condom. La crainte des effets secondaires des méthodes contraceptives hormonales était présente chez plusieurs des participantes, crainte relevée dans de nombreuses études (Chopra et Dhaliwal, 2010; Ensor et Cooper, 2004; Prasad *et al.*, 2005; Prateek et Saurabh, 2013; Verma *et al.*, 2015). Pourtant, les participantes ont un discours contradictoire : alors que plusieurs d'entre elles ne souhaitent pas utiliser la pilule contraceptive en raison de ses effets secondaires, elles sont tout de même nombreuses à avoir eu recours à la contraception orale d'urgence plus d'une fois. Il est donc possible de croire que la crainte des effets secondaires n'est pas la raison principale qui motive les choix contraceptifs des participantes.

Une autre explication possible quant aux méthodes contraceptives utilisées par les participantes est celle de l'accessibilité à ces méthodes dans les pharmacies. Bien que le pharmacien puisse porter un jugement sur les femmes qui se la procurent, ce qui peut les décourager de s'y rendre (Mutha *et al.*, 2014), la rencontre est plus rapide qu'une consultation chez le médecin ou le gynécologue. En effet, leur réticence à consulter un médecin ou un gynécologue empêche les participantes d'obtenir des méthodes contraceptives prescrites et efficaces, comme le DIU, la pilule contraceptive ou l'anneau vaginal. Par exemple, une des participantes signale explicitement qu'un manque de connaissances générales sur la contraception et le fonctionnement du corps féminin a entraîné certaines de ses amies à se procurer plusieurs fois la COU en pharmacie. Comme relaté dans une recension des écrits scientifiques (Khanna *et al.*, 2002), ce manque de connaissances générales semble limiter les jeunes dans leur utilisation des méthodes contraceptives. Enfin, cette réticence à consulter un professionnel de la santé s'explique par le fait que celui-ci est souvent un homme, propos relaté aussi par Ensor et Cooper (2004). La réticence des participantes peut également provenir d'un manque de connaissances sur l'offre de services, d'une mauvaise expérience ainsi que d'un service gênant ou insatisfaisant, raisons qui émanent aussi de plusieurs études (Chopra et Dhaliwal, 2010; Ensor et Cooper, 2004; Prasad *et al.*, 2005). De ces faits, on peut en conclure qu'il n'est pas possible pour les participantes d'acquérir une réelle autonomie reproductive sans avoir au moins eu la possibilité d'obtenir des méthodes de contraception prescrites et efficaces (Sheriar *et al.*, 2014).

Le choix contraceptif des participantes reflète donc un manque de connaissances et d'accès à des méthodes contraceptives plus efficaces, ce qui les limitent dans leurs choix et réduit leur autonomie, les plaçant parfois dans des situations vulnérables, tel qu'exposé dans l'étude de Pardhi et ses collègues (2015).

6.4 Les facteurs interpersonnels permettent de considérer le niveau d'autonomie reproductive des participantes lors des situations de négociation

L'autonomie reproductive renvoie au pouvoir décisionnel et au contrôle associés au choix de son partenaire, des méthodes contraceptives, d'une grossesse et de la maternité (Purdy, 2006; Upadhyay *et al.*, 2014). Ces capacités de prises de décision, de communication et de contrôle sont souvent influencées par la relation avec le partenaire (Upadhyay *et al.*, 2014). Comme mentionné précédemment, les deux méthodes contraceptives les plus utilisées par les participantes étaient le condom masculin et le retrait. Ce sont des méthodes qui demandent l'implication du partenaire (SOGC, s.d.) et une certaine négociation, ce qui peut limiter l'autonomie reproductive des participantes.

En ce qui concerne le condom, les participantes négocient son utilisation de cinq façons différentes. Trois de ces façons de négocier le port du condom démontrent un certain niveau d'affirmation de soi, de pouvoir décisionnel et donc, d'autonomie reproductive : 1) le consentement mutuel à utiliser le condom ; 2) la demande répétée ou l'explication de la part de la participante pour utiliser le condom ; 3) le refus complet d'une relation sexuelle non protégée. En effet, les situations précédentes semblent répondre aux trois critères du modèle théorique d'Upadhyay et ses collègues (2014) : capacité de communication avec le partenaire, pouvoir décisionnel et absence de coercition. Les participantes étaient en mesure de discuter avec leur partenaire à propos de l'utilisation du condom ainsi que de prendre une décision par elle-même selon le contexte. De plus, les participantes utilisant ces façons de négocier n'ont pas fait face à des contraintes par le partenaire ou quiconque (Upadhyay *et al.*, 2014). Deux autres façons de négocier le port du condom témoignent toutefois d'une moindre autonomie reproductive : 4) l'acceptation d'une

relation sexuelle non protégée sans qu'il y ait eu négociation au préalable (et parfois utilisation de la COU a posteriori par la participante); 5) la difficulté à négocier provoque une crainte d'être enceinte ou a engendré une grossesse et une IVG. Selon les mêmes critères d'Upadhyay et ses collègues (2014), ces situations n'y répondent pas adéquatement. La capacité de communiquer aisément avec leur partenaire au sujet de la contraception est quasi absente ou très difficile, ce qui résulte dans un certain manque de pouvoir décisionnel des participantes. Bien que celles-ci n'aient pas énoncé la présence de coercition reproductive, il est possible d'avancer qu'elles ont fait face à des contraintes importantes lors de ces deux situations (Upadhyay *et al.*, 2014). Par exemple, une participante souhaitant le port du condom pour prévenir une grossesse et qui fait face à un partenaire qui y est réticent pourrait devoir prendre une décision sous contrainte. Ces difficultés à négocier le port du condom avec leur partenaire ont mené certaines participantes à des craintes de grossesses et à des conséquences sur leur santé sexuelle et reproductive, dont une prise considérable de COU et une grossesse qui s'est terminée en IVG. En ce qui concerne l'IVG, bien qu'il s'agisse d'une avancée importante pour les droits des femmes, son utilisation pourrait aussi être interprétée comme représentative d'un manque de contrôle sur leur santé sexuelle et reproductive (Sundari Ravindran et Balasubramanian, 2004), ce qui semble le cas pour la participante ayant eu cette expérience.

Le retrait était la deuxième méthode la plus utilisée par les participantes. Cette méthode est souvent un substitut au port du condom puisque leurs raisons d'utiliser le retrait étaient souvent une relation sexuelle non planifiée ou l'augmentation du plaisir sexuel du partenaire (ou le leur) sans le port du condom, deux raisons rapportées par d'autres études (Khanna *et al.*, 2002; Santhya *et al.*, 2011b). Choisir la méthode du retrait démontre tout de même qu'elles font un choix autonome. Or, ce choix reste semi-informé puisque les participantes manquent de connaissances sur l'utilisation et l'accès à d'autres méthodes contraceptives plus efficaces. En effet, il est critique que

chaque femme soit en mesure de connaître ses options de méthodes contraceptives et surtout, qu'elles ne dépendent pas de leur partenaire en ce qui a trait à leur santé sexuelle et reproductive (Mutha *et al.*, 2014). Or, le choix du retrait comme méthode contraceptive laisse la responsabilité de leur santé sexuelle et reproductive entre les mains de leur partenaire, les rendant plus vulnérables aux ITSS et aux grossesses non désirées (SOGC, s.d.).

Pour conclure, il est pertinent de noter qu'en général, les participantes agissent sur leur santé sexuelle et reproductive en aval, c'est-à-dire qu'elles laissent leur partenaire se procurer les condoms, mais elles arrivent à s'acheter un test de grossesse ou la contraception orale d'urgence si elles le jugent nécessaire pour éviter une grossesse. Comme dans la recherche menée par Paul et ses collègues (2017), il est possible d'alléguer que les participantes préfèrent agir en rétrospective sur leur santé sexuelle et reproductive. En fait, il est possible de penser que l'autonomie reproductive des étudiantes sondées s'exerce moins facilement lors d'une relation sexuelle, mais qu'elles déploient ensuite des stratégies leur permettant de faire des choix reproductifs conformes à leurs valeurs et objectifs.

6.5 Recommandations

Suite aux résultats obtenus dans ce mémoire, il est possible de formuler quelques recommandations. Tout d'abord, avant même de réussir à discuter ouvertement de sujets tels que la sexualité et la santé sexuelle, les participantes mentionnent la nécessité d'un changement de mentalités quant aux normes sociales entourant la sexualité, normes influencées par les structures sociales et culturelles prédominantes en Inde (Ismail, Shajahan, Rao et Wylie, 2015). En fait, il est primordial d'aborder les

tabous de la sexualité dans la société, et plus précisément, la sexualité sans intention de procréation (donc, pour le plaisir) (Paul *et al.*, 2017). En fait, une meilleure sensibilisation au niveau familial et sociétal semble nécessaire pour briser les tabous entourant la sexualité féminine (Paul *et al.*, 2017). Cette sensibilisation aux besoins sexuels et reproductifs des femmes par la population ainsi que par les professionnels de la santé pourrait, à moyen terme, améliorer l'acceptation sociale des méthodes contraceptives modernes et efficaces et ainsi, permettrait de créer un environnement plus propice et favorable à leur utilisation (Paul *et al.*, 2017). Cette possible ouverture aux différentes représentations de la sexualité féminine jointe à l'acceptation sociale de la contraception pourraient permettre une meilleure agentivité des femmes quant à leur santé sexuelle et reproductive (Paul *et al.*, 2017). Toutefois, il semble peu réaliste que les tabous entourant la sexualité disparaissent du jour au lendemain, même s'ils constituent un obstacle considérable à l'offre d'une éducation sexuelle adéquate aux jeunes (Ismail *et al.*, 2015).

Ensuite, les participantes ont fait des suggestions concernant la présence des cours d'éducation sexuelle dans les milieux scolaires, ce qui n'est pas le cas partout en Inde. L'éducation sexuelle doit devenir un processus continu et universel permettant d'aborder des sujets importants, tels que le consentement, la contraception et les inégalités de genre encore présentes dans la société (Alexander *et al.*, 2006, 2007). D'une part, l'éducation sexuelle permettra une amélioration des connaissances, des attitudes et des pratiques des jeunes (Mutha *et al.*, 2014). D'autre part, l'éducation sexuelle permettra aux jeunes de développer une multitude de compétences de vie plus générales, dont « la communication, l'écoute, la prise de décision, la négociation et l'affirmation de soi, de même que l'identification des ressources d'aide et de conseils » (Ismail *et al.*, 2015, p. 334, traduction libre). Ainsi, l'éducation sexuelle pourrait devenir une stratégie importante d'apprentissage dans les milieux scolaires, en plus de mettre à la disposition des jeunes des ressources accessibles et conviviales (McManus et Dhar, 2008). Or, il est encore difficile de transformer les curriculums

scolaires, qui demandent de passer par plusieurs niveaux de gouvernements, auxquels de surcroît siègent en majorité des hommes. En effet, avant même la mise en œuvre d'un programme national d'éducation sexuelle obligatoire dans les milieux scolaires, ce dernier a suscité de fortes objections, notamment de la part des parents, des enseignants et des politiciens : les gouvernements de plusieurs États l'ayant même rejeté, dont l'État du Maharashtra (Ismail *et al.*, 2015; McManus et Dhar, 2008). Il reste donc plusieurs défis au niveau de l'éducation sexuelle à offrir dans les milieux scolaires :

... it may be said that despite all opposition, there is an immense need for implementation of appropriate gender-based, culturally sensitive sex education curriculum in schools to cope up with the increasing vulnerability of young adults, especially girls... (McManus et Dhar, 2008)

En guise d'exemple de sujets à aborder, il est important d'éduquer les jeunes femmes sur les méthodes contraceptives, ainsi que sur la contraception orale d'urgence, méthode à utiliser uniquement en dernier recours (Verma *et al.*, 2015). En procurant des connaissances exactes sur le fonctionnement du corps et sur les méthodes contraceptives, les jeunes femmes seraient en mesure de prendre des décisions plus éclairées sur les stratégies contraceptives qu'elles comptent adopter (Alexander *et al.*, 2006). Un autre défi sera celui de combler l'écart entre leurs connaissances et leurs stratégies contraceptives (McManus et Dhar, 2008).

Enfin, au plan national, les programmes déjà en place évalués par Santhya et Jejeebhoy (2007) ont tous reconnu l'importance d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes Indiens. Ces programmes nationaux se placent dans l'un de ces quatre objectifs : sensibiliser les jeunes aux problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive, fournir l'accès à des services appropriés aux jeunes ; réduire les inégalités de genre et améliorer le statut des filles et des jeunes femmes ; créer un environnement favorable aux jeunes pour se développer (Santhya et Jejeebhoy, 2007).

Policies and programmes — be they related to women and child development, youth, health and family welfare or HIV/AIDS — have all recognised the importance of improving sexual and reproductive health and choice among young people, and the importance of healthy youth in shaping India's future. (Santhya et Jejeebhoy, 2007, p. 32)

Or, ces programmes nationaux comportent plusieurs lacunes, dont des sujets trop génériques ou trop techniques liés au VIH/SIDA, et qui n'abordent pas assez tous les autres aspects de la santé sexuelle et reproductive (Santhya et Jejeebhoy, 2007), tels que le consentement sexuel, le plaisir sexuel ou les méthodes contraceptives modernes. En effet, ces services se doivent de mieux comprendre les besoins sexuels et reproductifs des jeunes femmes, plus précisément d'encourager le besoin d'utilisation des méthodes contraceptives efficaces afin d'améliorer le contrôle qu'ont les jeunes femmes sur leur santé sexuelle et reproductive (Ismail *et al.*, 2015; Paul *et al.*, 2017). Pour ce faire, Santhya et Jejeebhoy (2007) proposent l'instauration de cliniques de santé qui s'intéressent exclusivement aux préoccupations des adolescents et des jeunes adultes, mariés ou non (Santhya et Jejeebhoy, 2007).

En plus de souhaiter de meilleurs accès et services à la contraception, les participantes souhaitent des professionnels de la santé de sexe féminin. Ces demandes sous-entendent que les services offerts soient donnés sans jugement ni coercition de la part des professionnels de la santé (Cleeve, Faxelid, Nalwadda et Klingberg-Allvin, 2017; Paul *et al.*, 2017; Santhya et Jejeebhoy, 2007; Sheriar *et al.*, 2014). Les professionnels de la santé qui interagissent avec les jeunes, mariés ou non, doivent être formés, sensibilisés et orientés afin de répondre à leurs besoins (McManus et Dhar, 2008; Paul *et al.*, 2017; Santhya *et al.*, 2011a). Ces professionnels doivent devenir plus à l'aise d'offrir des services personnalisés pour les jeunes, plus sensibles à leur réalité et à la vulnérabilité des jeunes femmes célibataires ainsi que plus aptes à protéger leurs droits (Cleeve *et al.*, 2017; Santhya *et al.*, 2011a). Toutefois, avant d'observer des changements progressifs dans les attitudes et représentations

existantes de la sexualité dans les services de santé, il faudra du temps, de la patience ainsi que l'expertise et l'ouverture des professionnels de la santé à ces nouveaux enjeux (Ismail *et al.*, 2015).

Puis, il n'est pas possible de réduire l'autonomie sexuelle et reproductive des femmes à une discussion de choix. Il est nécessaire de les voir comme des individus influencés par les forces familiales, communautaires, sociales, culturelles et politiques (Chrisler, 2012). Toutes ces forces ont une influence sur les prises de décision des femmes quant à leur santé sexuelle et reproductive (Chrisler, 2012).

Ruikar (2013) dénonce ainsi l'inaction de plusieurs acteurs sociaux :

We have seen that the sexual activity in urban India starts in early adolescent age. Thus, it is important to have specific interventions for this age group. This lack of early intervention can prove fatal for the future of the country. But the failure cannot be the fault of a singular stakeholder. There are things going wrong at each and every level. Unperceptive parents, insensitive mass media and inert educational institutes, all are the partners in crime (Ruikar, 2013, p. 6)

Il est primordial de continuer les recherches sur la sexualité prémaritale des jeunes afin de mieux saisir leurs besoins et leurs expériences, et non pas pour critiquer leurs comportements sexuels. Considérant que la sexualité est un sujet encore très controversé en Inde, il est d'autant plus important que les recherches se poursuivent afin d'exposer la multitude de réalités vécues par les jeunes en Inde. Ces recherches contribueront à susciter les discussions sur la sexualité et peut-être, à mieux reconnaître les sujets qui devraient être abordés dans les futurs cours d'éducation sexuelle des milieux scolaires.

6.6 Limites du projet de recherche

La réalisation d'une recherche qualitative comporte plusieurs limites méthodologiques. Tout d'abord, il existe une barrière linguistique. L'anglais n'était pas la langue première des participantes ni celle de la chercheuse. Cependant, toutes les participantes parlaient anglais puisqu'elles étudient au collège ou à l'université en anglais. Or, il semblait y avoir un avantage à cette limite, puisque la chercheuse pouvait demander aux participantes des reformulations ou des précisions sur certaines expressions utilisées, considérant que ce n'était pas sa langue première. De plus, des synthèses ont été réalisées pendant les entretiens afin de confirmer leurs propos. Une recension des écrits mentionne qu'il aurait pu être pertinent de s'appropriier les terminologies locales afin de les inclure dans la grille d'entretien et d'améliorer celle-ci (Khanna *et al.*, 2002).

Ensuite, il est possible qu'un biais de contagion ait eu cours puisque l'échantillonnage s'est fait par boule de neige (Beaud, 2010). Par exemple, une participante qui aide au recrutement aurait pu discuter des thèmes de l'entretien avec les futures participantes. À la fin de chaque entretien, la chercheuse mentionnait que leur aide au recrutement était précieuse, mais qu'il était important de ne pas révéler les thèmes précis de l'entretien. Il a été important pour la chercheuse d'éviter le recrutement à l'intérieur d'un seul groupe d'amies en le précisant aux participantes aidant au recrutement.

Il peut également exister un biais de désirabilité dans cette étude qui touche un sujet intime en Inde. Certaines des participantes peuvent avoir souhaité mieux paraître ou embellir leurs expériences devant la chercheuse. Comme les participantes étaient des volontaires, il est possible de croire qu'elles ont une plus grande aisance avec le sujet (Khanna *et al.*, 2002). Il existe peut-être d'autres étudiantes sur les campus qui n'ont

pas voulu participer puisqu'elles considéraient le sujet comme trop privé et intime pour être partagé avec une chercheuse. Il est possible de croire que ces dernières auraient pu avoir une vision différente de la sexualité, peut-être plus conservatrice, et donc, une perception autre de leurs expériences concernant la contraception et leurs relations sexuelles.

De plus, il est pertinent de mentionner le petit échantillon de 10 participantes, rendant plus difficile la généralisation des résultats obtenus. Il va sans dire que l'échantillon représente un mode de vie peu commun des femmes en Inde puisque cette recherche s'est intéressée à une minorité de femmes étudiantes sexuellement actives avant le mariage, donc à des femmes qui s'écartent des normes sociales hétéronormatives. Il faut donc rester prudents quant au réductionnisme culturel, c'est-à-dire de passer d'une simple description à une affirmation générale (Mohanty, 2010). En effet, les participantes n'étaient pas un groupe universel et préexistant au processus d'analyse (Mohanty, 2010), d'autant plus que les jeunes ne constituent pas une catégorie homogène au niveau des expériences sexuelles, du contrôle de leur sexualité et de l'accès à l'information et aux services (Abraham, 2002). Par exemple, les jeunes en milieu rural ou en milieu urbain ou plus scolarisés n'auront pas nécessairement accès aux mêmes méthodes contraceptives ou expériences (Abraham, 2002). La transférabilité des résultats se trouve donc à être plus difficile dû au nombre limité de participantes, à une certaine homogénéité due aux critères d'inclusion (lieux de recrutement, âge, scolarisation, etc.) et au manque de saturation théorique (Laperrière, 1997).

Et puis, il faut souligner que la chercheuse, en tant que femme blanche occidentale, fait partie de l'exogroupe, ce qui a eu des impacts sur les interactions avec les participantes (Poupart, 1997). En effet, cela a pu avoir une portée positive si elles percevaient que la chercheuse était quelqu'un de l'extérieur, ouverte, dynamique et dans le non-jugement. Des participantes ont accepté de collaborer à la recherche afin

de pouvoir poser certaines questions sur leur cycle menstruel et la contraception sans se sentir gênées. Toutefois, cela a pu avoir un effet négatif si elles ont ressenti une pression à donner une bonne image d'elles-mêmes ou si elles croyaient la chercheuse dans une position supérieure à la leur. L'inclusion de la chercheuse dans l'université où le recrutement a débuté a donc été une importante étape dans cette recherche.

Cette position en tant que chercheuse blanche occidentale mérite une mention quant à l'analyse des données. Le féminisme postcolonial dénonce les analyses succombant à un universalisme ethnocentrique, c'est-à-dire qui sont réalisées avec des présupposés découlant des positions privilégiées des chercheurs (Mohanty, 2010). En effet, l'universalisme ethnocentrique entreprend d'analyser les structures familiales, légales, économiques et religieuses en fonction des normes occidentales (Mohanty, 2010). Cet universalisme avait d'ailleurs été dénoncé par la participante Sanaya qui souhaitait que la chercheuse n'y succombe pas. Pour tenter d'outrepasser cette limite importante, la chercheuse a pris le temps nécessaire pour mieux comprendre les normes sociales en Inde : en lisant des articles scientifiques et des articles de journaux locaux ; en posant des questions aux gens qui croisaient sa route ainsi qu'à chacune des participantes. Les analyses des données ont été principalement réalisées en fonction des normes sociales indiennes perçues par les participantes. Il s'agissait donc de s'ancrer dans leur réalité, tout en s'intéressant à leurs façons de résister aux oppressions vécues ainsi qu'à leurs capacités d'action (Mohanty, 2010).

En somme, il existe bel et bien un impact culturel sur les résultats provenant de cette étude. Il appartenait à la chercheuse d'interpréter une réalité partielle au mieux de ses compétences en ayant conscience des critiques avancées par le féminisme postcolonial. Il est donc recommandé d'utiliser avec prudence et nuance les éléments de ce mémoire.

CONCLUSION

La présente recherche vise l'exploration des expériences et des représentations des femmes indiennes universitaires quant à leur santé sexuelle et reproductive. Les trois questions de recherche ont permis de s'intéresser aux normes sociales et enjeux associés à la décision d'avoir une vie sexuelle active, aux expériences et perceptions des femmes concernant leurs connaissances et utilisation des méthodes contraceptives, ainsi qu'à leur pouvoir de décision et de contrôle sur leur stratégie contraceptive.

Les résultats issus des entrevues individuelles semi-dirigées réalisées auprès de 10 femmes universitaires démontrent les nombreux obstacles à l'atteinte d'une santé sexuelle et reproductive. Les structures sociales et culturelles perpétuent des normes patriarcales qui ont une incidence sur les représentations sociales de la sexualité féminine, et indirectement, sur la sexualité des participantes. La famille et le réseau des pairs modulent les expériences sexuelles des participantes ; le premier étant un obstacle et le deuxième étant un facilitateur à la transgression des normes et des attentes sociales envers les femmes. Les facteurs interpersonnels et individuels jouent un rôle important dans l'atteinte d'une autonomie reproductive qui résulte en une meilleure santé sexuelle et reproductive.

Considérant que des changements majeurs sont importants à plusieurs niveaux, il est important de garder en mémoire la complexité des processus à mettre de l'avant afin d'être en mesure d'observer les changements qui s'opèrent. Il est prioritaire que cette recherche s'ajoute à la littérature scientifique et il est nécessaire d'engager des discussions sur les tabous de la sexualité, particulièrement sur la sexualité prémaritale. Ces discussions permettront d'abord d'éliminer la honte rattachée à ce

concept et ensuite, permettront à long terme une plus grande acceptation sociale des comportements sexuels des jeunes. La reconnaissance des besoins sexuels et reproductifs des jeunes rendra plus aisée la recherche d'information et l'utilisation des méthodes contraceptives par ceux-ci, leur permettant de jouir d'une santé sexuelle et reproductive optimale. Plus les jeunes femmes seront outillées et informées sur leur corps, leurs droits sexuels et leur sexualité, plus elles seront aptes à négocier l'utilisation de méthodes contraceptives avec un partenaire.

APPENDICE A



GRILLE D'ENTREVUE

University Women of Mumbai: Sexual and Reproductive Health

Objectif général : Explorer les expériences et représentations des femmes indiennes universitaires de Mumbai quant à leur santé sexuelle et reproductive

Objectifs spécifiques :

1. Explorer les normes sociales et les enjeux associés à la décision d'avoir une vie sexuelle active.
2. Documenter les expériences et perceptions des femmes quant à leurs connaissances et à l'utilisation des méthodes de contraception
3. Décrire leur pouvoir de décision et de contrôle sur leur stratégie contraceptive.

Méthodologie : Entretiens individuels d'environ 60 minutes auprès de 10 à 15 femmes indiennes universitaires de Mumbai.

Formulaire de consentement : Signé avant le début de l'enregistrement

INTERVIEW GRID

Preamble:

Welcome, as you know, I am conducting a research that addresses university women's experiences with their sexual and reproductive health. This interview is recorded to help me better transcribe your answers later. If certain questions make you uncomfortable, remember that you are in no way obligated to answer. Also, as I want to know more about your experience, there is no right or wrong answer: only your reality. So here we go...

1. To begin, I would like you to tell me about you...

- a. If you had to sum up who you are, what would you say?
 - Who are your parents?
 - Who are your friends?
 - What are your hobbies?
 - What is your personality?

2. In this summary of who you are, I would like to know the place of intimate relationships in your life. Are you currently or have you been in an intimate relationship with a man? Tell me about your most significant intimate relationship.

- a. How did you meet?
- b. How did your entourage react?
- c. In your opinion, have you felt some pressure from your partner or your entourage?
 - To get married?
 - To get (or not) pregnant?
- d. What kind of activities you two can do together?
- e. Have you had some intimate moments together?
 - How did they happen?
 - How did you feel?
 - What is the place of sexuality in your relationship now?
- f. Have you felt pressure from your partner or your entourage about your sexuality?
- g. Do you have one or two other significant experiences that seem meaningful, that you would like to mention?
- h. How was your first time? How did it happen?
- i. What would be your definition of sexual intercourse?
- j. If mentioned: What do you think about consent?

3. I would like to continue our discussion about your use (or not) of one or more contraceptive methods... → see visual tool

If used:

- a. Which one have you used? Select every method you used.
For each used method:

- What did you know about this method before using it?
- From whom and where did you get it?
- b. Why did you feel the need to use contraception?
- c. Have you negotiated the use of contraception with your partner?
 - How did that go?
 - What did he think?
 - What was his role?
- d. Have you ever experienced the use of a contraceptive method that didn't work?
 - Have you used emergency contraception or had an abortion?

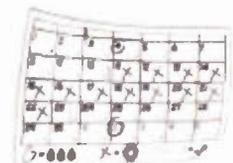
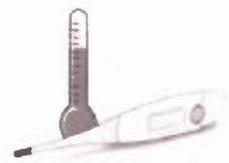
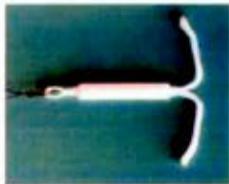
If non-used:

- a. Do you know any contraceptive methods?
 - Which do you know?
 - From who or where did you learn this information?
 - b. Are there situations where you wanted to use a contraceptive method, but you did not? Describe to me what happened.
 - c. What did your partner think about using contraception with you?
- 4. To finish, I would like to discuss the challenges faced by young women.**
- a. In your opinion, what are the main challenges that young women experience?
 - Regarding their love life?
 - Regarding their sexuality?
 - Regarding contraception ?
 - b. Are there any changes you would like to see regarding knowledge and/or access to contraceptive methods? What are your suggestions to improve knowledge and access to contraceptive methods?
- 5. You answered all my questions, but is there something we didn't discuss that you would have liked to address?**

Sociodemographic questionnaire and thanks

APPENDICE B

OUTIL VISUEL



Withdrawal

Other(s): _____

APPENDICE C

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

1. What is your age? _____
2. What city were you born in? _____
3. What is your marital status?
 - Single
 - Seeing someone
 - In relationship
 - Future bride
4. What is your religion?
 - Hinduism
 - Islam
 - Christianity
 - Buddhism
 - Other : _____
 - None
5. Do you have a job either part time or full time?
 - No
 - Yes : In what field? _____
6. As a woman currently living in Mumbai, are you satisfied with your rights?
 - No Yes
 - Please, explain : _____
 - _____
 - _____
 - _____
7. Do you consider yourself a feminist?
 - No Yes
 - Please, explain : _____
 - _____
 - _____
 - _____

Thank you again for your participation. It is truly appreciated!

APPENDICE D

AFFICHE DE RECRUTEMENT

Reproductive Health Research

I am seeking college and university women in Mumbai for a study designed to explore the representations and experiences of reproductive health, social norms and access to services through **one-hour individual interview** with a female researcher.

You may be eligible if you...

- ❖ ... are currently enrolled at college or university
- ❖ ... speak English
- ❖ ... had consensual intercourse with a man in the last twelve months

Involvement in this study is **confidential**

SARAH BEAUCHEMIN-ROY, MA candidate

To know more about this project or to participate,

Please contact me :

beauchemin-roy.sarah@courrier.ugam.ca

+91 8291809712

APPENDICE E

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

University Women of Mumbai: Sexual and Reproductive Health

PREAMBLE :

You are invited to participate in a research project designed to explore the representations and experiences of sexual and reproductive health of university women's in Mumbai. Before agreeing to participate in this project, it is important to take the time to read and understand the information below. If there are words or sections that you do not understand, do not hesitate to ask questions.

IDENTIFICATION :

Researcher :	Sarah Beauchemin-Roy, MA candidate in Sexology Université du Québec à Montréal, Canada beauchemin-roy.sarah@courrier.uqam.ca
Memoir Director:	Sylvie Lévesque, professor in Sexology Université du Québec à Montréal, Canada levesque.sylvie@uqam.ca
Memoir Co-Director :	Mathieu Boisvert, professor in Religious Sciences Université du Québec à Montréal, Canada boisvert.mathieu@uqam.ca

DESCRIPTION AND OBJECTIVE OF THE PROJECT:

The primary objective of this project is to explore the representations and experiences of sexual and reproductive health of university women's in Mumbai. To this end, questions related to sexuality, reproductive and sexual health, social norms and access to services will be asked.

PROCEDURES ASKED FROM THE PARTICIPANT:

Your participation consists in a research interview of approximately one hour. During this interview, you will be asked to share your representations and experiences about sexual and reproductive health as a university woman by answering open-ended questions. With your permission, this interview will be digitally recorded on an audio

device. The transcription of the interview on computer that will follow will never enable your identification. The place and time of the interview are to be determined with the interviewer, according to your preference. Also, you will be asked to respond to a short questionnaire about some demographic information.

BENEFITS and POTENTIAL RISKS:

Your participation will contribute to the advancement of knowledge through a better understanding of the sexual and reproductive health of university women's in Mumbai and of their specific needs.

It is possible that you experience discomfort during the research interview because some topics to be discussed are intimate. Some questions could rekindle emotions. You can stop the interview at all time. A list of appropriate resources will be given at the end of the interview.

ANONYMITY AND PRIVACY:

It is understood that all information collected during the interview is anonymous. Only members of the research team will have access to the collected data. All research material and your consent form will be stored separately in a safe place in the office of the principal researcher for the entire duration of the project.

There is a possibility of quote extracts from the interviews in articles, theses, dissertations, conferences and scientific papers. However, in order to protect your identity and the privacy of the data collected, names, places or any information that could identify you will be erased or substituted during transcription of interview (from recording to writing). That kind of information will not be publicly disclosed.

Digital audio recording, questionnaire, consent and information forms will be conserved for a period of five years before being destroyed.

VOLUNTARY PARTICIPATION and RIGHT TO RESIGN:

Your participation in this project is voluntary. This means that you agree to participate in the project without any stress or external pressure, and also you are free to discontinue your participation at any time during this research, without prejudice of any kind whatsoever and without having to justify yourself. In this case and unless you direct us otherwise, the documents received will be destroyed.

Your agreement to participate also means that you agree that the research team can use the data collected for research purposes (articles, theses and dissertations, conferences and scientific papers).

LIABILITY PROVISION:

By agreeing to participate in this project, you do not waive any of your rights nor release the researchers, sponsor or involved institutions from their legal and professional obligations. Also, there is no compensation for participating in the research project.

FURTHER RESEARCH:

At the end of this project, I would like to maintain over a period of five years the data collected from you to conduct my PhD or other research projects. The ethical rules of this project apply to this long-term preservation of your data. You are free to reject this secondary use.

- I agree that my data may be used for future research projects
- I do not want my data to be used for future research projects

QUESTIONS ABOUT THE PROJECT OR YOUR RIGHTS?

For additional questions about the project, your participation and your rights as a research participant, or to withdraw from the project, you can contact:

Sarah Beauchemin-Roy, researcher from Université du Québec à Montréal
 Phone number in Canada : 001-819-210-8586
 Email : beauchemin-roy.sarah@courrier.uqam.ca

The Research Ethics Committee for Student Projects involving human beings (UQÀM) approved the research project in which you will participate. For information regarding the responsibilities of the research team in terms of the ethics of research involving human beings or to file a complaint, you can contact the Chair of the Committee, through its email address : cerpe4@uqam.ca

ACKNOWLEDGEMENTS:

Your input is important to the realization of this project and I would like to thank you. If you would like to obtain a written summary of the main results of this research, please add your details below.

PARTICIPANT'S SIGNATURE :

Hereby:

- a) I have read this form of informed consent;
- b) I voluntarily consent to participate in this research project;
- c) I understand the project objectives and what my participation involves;
- d) I confirm having had sufficient time to think about my decision to participate;
- e) I also recognize that the person in charge of the project answered my questions satisfactorily;
- f) I understand that my participation in this research is completely voluntary and that I can terminate it at any time without penalty of any form and without providing any justification.

Name (in block letters)

Signature

Date

Email address (optional : only if you would like to obtain a written summary of the main results)

RESEARCHER'S SIGNATURE:

I hereby declare:

- a) having explained the purpose, nature, benefits, risks of the project and other provisions of the information and consent form;
- b) having responded to the best of my knowledge to the questions asked by the participant.

Name (in block letters)

Signature

Date

A copy of the signed information and consent form must be given to participants.

APPENDICE F

LISTE DES RESSOURCES

SNEHA : Society for Nutrition, Education & Health	+91 22 26661 4488 +91 22 2660 6295 +91 22 2404 0045
VACHA : Voices of girls and women	+91 22 2605 5523
MAJLIS Legal Centre	+91 22 2666 1252 +91 2 226 662 394
Women Right Initiative Mumbai	+91 22 4341 1603 +91 22 4341 1604
Human Rights Law Network	+91 22 2343 9754 +91 22 2343 6692
Helpline for Women	+91 22 2611 1103 +91 22 2611 1298
Women Helplines Mumbai : www.mumbai77.com/city/2266/helplines/women	

APPENDICE G

CERTIFICAT ÉTHIQUE

UQÀM | Comités d'éthique de la recherche
avec des êtres humains

No. de certificat: 1101

Certificat émis le: 02-09-2016

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4: sciences humaines) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par le *Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (juin 2012) de l'UQAM.

Titre du projet: Femmes universitaires de Mumbai: étude qualitative sur les expériences et représentations de leur santé sexuelle et reproductive

Nom de l'étudiante: Sarah BEAUCHEMIN-ROY

Programme d'études: Maîtrise en sexologie

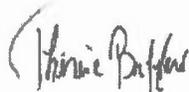
Direction de recherche: Sylvie LÉVESQUE et Mathieu BOISVERT.
Département de sexologie

Modalités d'application

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

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

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



Thérèse Bouffard
Présidente du CERPE 4 : Faculté des sciences humaines
Professeure, Département de psychologie

RÉFÉRENCES

- Abraham, L. (2001). Redrawing the Lakshman Rekha: Gender differences and cultural constructions in youth sexuality in urban India. *South Asia: Journal of South Asian Studies*, 24(s1), 133-156.
- Abraham, L. (2002). Bhai-behen, true love, time pass : Friendships and sexual partnerships among youth in an Indian metropolis. *Culture, Health & Sexuality*, 4(3), 337-353.
- Abraham, L. et Kumar, A.K. (1999). Sexual Experiences and Their Correlates Among College Students in Mumbai City, India. *International Family Planning Perspectives*, 25(3), 139-147.
- Alexander, M., Garda, L., Kanade, S., Jejeebhoy, S. et Ganatra, B. (2006). Romance and sex: pre-marital partnership formation among young women and men, Pune district, India. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 144-155.
- Alexander, M., Garda, L., Kanade, S., Jejeebhoy, S. et Ganatra, B. (2007). Correlates of premarital relationships among unmarried youth in Pune district, Maharashtra, India. *International Family Planning Perspectives*, 33(4), 150-159.
- Asian Communities for Reproductive Justice. (2005) A New Vision for Advancing Our Movement for Reproductive Health, Reproductive Rights and Reproductive Justice. California.
- Bailey, A. (2011). Reconceiving Surrogacy: Toward a Reproductive Justice Account of Indian Surrogacy. *Hypatia*, 26(4), 715-741.
- Baveja, R., Buckshee, K., Das, K., Das, S., Hazra, M., Gopalan, S., Goswami, A., Kodkany, B., Kumari, C.S. et Zaveri, K. (2000). Evaluating contraceptive choice through the method-mix approach: An Indian Council of Medical Research (ICMR) Task Force study. *Contraception*, 61(2), 113-119.
- Beaud, J.-P. (2010). *L'échantillonnage. Dans Gauthier, B. (dir.), Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données.* Québec : Presses de l'Université du Québec, p.251-283.
- Bhasin, S.K., Pant, M., Metha, M. et Kumar, S. (2005). Prevalence of usage of different contraceptive methods in East Delhi - A cross sectional study. *Indian Journal Community Medicine*, 30(2), 53-55.
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blanc, A.K. (2001). The Effect of Power in Sexual Relationships on Sexual and Reproductive Health: An Examination of the Evidence. *Studies in Family Planning*, 32(3), 189-213.

- Center for Reproductive Rights. (2008). *Maternal Mortality in India: Using International and Constitutional Law to Promote Accountability and Change*. 74 pages.
- Centre national de ressources textuelles et lexicales. (2012). *Honorable*. Récupéré le 8 août 2017 de <http://www.cnrtl.fr/definition/honorable>
- Chandhick, N., Dhillon, B.S., Kambo, I. et Saxena, N.C. (2003). Contraceptive knowledge, practices and utilization of services in the rural areas of India (an ICMR task force study). *Indian Journal of Medical Sciences*, 57(7), 303-310.
- Chasles, V. (2008). Femmes en Inde. *L'information géographique*, 72(1), 57-69.
- Chopra, S. et Dhaliwal, L. (2010). Knowledge, attitude and practices of contraception in urban population of North India. *Archives of gynecology and obstetrics*, 281(2), 273-277.
- Chrisler, J.C. (2012). *Reproductive Justice: A Global Concern*. California : ABC-CLIO.
- Cleeve, A., Faxelid, E., Nalwadda, G. et Klingberg-Allvin, M. (2017). Abortion as agentive action: reproductive agency among young women seeking post-abortion care in Uganda. *Culture, Health & Sexuality*, 1-15.
- Dahiya, K., Mann, S. et Nanda, S. (2012). Women's knowledge and opinions regarding emergency contraception. *Journal of SAFOG*, 4(3), 151-154.
- Doshi, P., Dovina, D.T. et Sasikala, S. (2013). Attitude towards premarital sex among college students. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 4(4), 833-836.
- Dudgeon, M.R. et Inhorn, M.C. (2004). Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. *Social Science & Medicine*, 59(7), 1379-1395.
- Ensor, T. et Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health policy and planning*, 19(2), 69-79.
- Fédération Québécoise pour le Planning des Naissances. (2014). *La justice reproductive, ou l'application du prisme de la justice sociale à la santé et aux droits sexuels, reproductifs et maternels*. 34 pages.
- Foo, L.J. (2002). Sexual and reproductive freedom for Asian American Women. Dans Ford Foundation (dir.), *Asian American Women: Issues, Concerns, and Responsive Human and Civil Rights Advocacy* (p. 185).
- George, A. (2002). Embodying identity through heterosexual sexuality - newly married adolescent women in India. *Culture, Health & Sexuality*, 4(2), 207-222.
- Gilliam, M.L., Neustadt, A. et Gordon, R. (2009). A call to incorporate a reproductive justice agenda into reproductive health clinical practice and policy. *Contraception*, 79(4), 243-246.
- Granger, S., Bates, K., Boisvert, M. et Jaffrelot, C. (2013). *L'Inde et ses avatars : Pluralités d'une puissance*. : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Hogmark, S., Klingberg-Allvin, M., Gemzell-Danielsson, K., Ohlsson, H. et Essén, B. (2013). Medical students' knowledge, attitudes and perceptions towards

- contraceptive use and counselling: A cross-sectional survey in Maharashtra, India. *BMJ Open*, 3(12)
- Ismail, S., Shajahan, A., Rao, T.S. et Wylie, K. (2015). Adolescent sex education in India: Current perspectives. *Indian journal of psychiatry*, 57(4), 333.
- Joshi, S.M. et Patil, S.B. (2007). Knowledge and Practices of Family Planning in an Urban Slum of Mumbai. *Indian Journal of Preventive and Social Medicine*, 38(1-2), 1-4.
- Khanna, R., Gurbaxani, S. et Sengupta, K. (2002). *The Gender and Reproductive Health Research Initiative Mapping a Decade of Reproductive Health Research in India (1990-2000)*. Dans OHTRAC et CREA. (dir.). New Delhi
- King, K.A., Vidourek, R.A. et Singh, A. (2014). Condoms, sex, and sexually transmitted diseases: Exploring sexual health issues among Asian-Indian college students. *Sexuality & Culture*, 18(3), 649-663.
- La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (s.d.). *La contraception*. Récupéré de http://www.sexandu.ca/wp-content/uploads/2016/09/Livret_des_methodes_de_la_contraception.pdf
- Laperrière, A. (1997). Critères de scientificité des recherches qualitatives. *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Dans Poupart, J.-P. et al. (dir.) (p. 341-364). Montréal : Gaëtan Morin.
- Manier, B. (2015). Les femmes en Inde : une position sociale fragile, dans une société en transition. *Géocoïnfluences*, 1-7.
- McManus, A. et Dhar, L. (2008). Study of knowledge, perception and attitude of adolescent girls towards STIs/HIV, safer sex and sex education:(a cross sectional survey of urban adolescent school girls in South Delhi, India). *BMC women's health*, 8(1), 12.
- Ministry of Human Resource Development. (2009). *8th All India School Education Survey (8th AISES)*. Dans National Council of Educational Training and Research (dir.). <http://www.aises.nic.in/surveyoutputs>
- Mmari, K. et Blum, R.W. (2009). Risk and protective factors that affect adolescent reproductive health in developing countries: A structured literature review. *Global Public Health*, 4(4), 350-366.
- Mohanty, C.T. (2010). *Sous les yeux de l'Occident: recherches féministes et discours coloniaux*. Dans Christine Verschuor (dir.), *Genre, postcolonialisme et diversité des mouvements des femmes*. Paris : L'Harmattan, (7), p.171-202.
- Mutha, A.S., Mutha, S.A., Baghel, P.J., Patil, R.J., Bhagat, S.B., Patel, S.B. et Watsa, M.C. (2014). A knowledge, attitudes and practices survey regarding sex, contraception and sexually transmitted diseases among commerce college students in Mumbai. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(8), HC14-HC18.
- Office of the Registrar General & Census Commissioner. (2011). *Provisional Population Totals. Paper 1 of 2011 India Series 1 : State of Literacy*. Récupéré de http://www.censusindia.gov.in/2011-prov-results/data_files/india/Final_PPT_2011_chapter6.pdf

- Organisation mondiale de la santé. (2017). *Définition de santé sexuelle et génésique*. Récupéré de <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
- Pardhi, A., Jungari, S. et Bomble, P. (2015). Attitudes and Experiences of Indian Youth regarding Romantic Relationships and Physical Intimacy. *Indian Journal of Youth Adolescent Health*, 2(4), 20-28.
- Patel, V., Rodrigues, M. et DeSouza, N. (2002). Gender, Poverty, and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 43-47.
- Paul, M., Essén, B., Sariola, S., Iyengar, S., Soni, S. et Klingberg Allvin, M. (2017). Negotiating Collective and Individual Agency: A Qualitative Study of Young Women's Reproductive Health in Rural India. *Qualitative Health Research*, 27(3), 311-324.
- Pillard, C.T. (2007). Our Other Reproductive Choices: Equality in Sex Education, Contraceptive Access, and Work-Family Policy. *Emory LJ*, 56, 941-991.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Dans Poupart, J.-P. et al. (dir.) (p. 173-210). Montréal : Gaëtan Morin.
- Prasad, J.H., Abraham, S., Kurz, K.M., George, V., Lalitha, M.K., John, R., Jayapaul, M.N.R., Shetty, N. et Joseph, A. (2005). Reproductive Tract Infections among Young Married Women in Tamil Nadu, India. *International Family Planning Perspectives*, 31(2), 73-82.
- Prateek, S.S. et Saurabh, R.S. (2013). Contraceptive Practices Adopted by Women Attending an Urban Health Centre. *African Health Sciences*, 12(4), 416-421.
- Purdy, L. (2006). Women's Reproductive Autonomy: Medicalisation and Beyond. *Journal of Medical Ethics*, 32(5), 287-291.
- Puri, S., Bhatia, V., Swami, H., Singh, A., Sehgal, A. et Pal Kaur, A. (2007). Awareness of emergency contraception among female college students in Chandigarh, India. *Indian Journal of Medical Sciences*, 61(6), 338-346.
- Rahman, H., Khalda, E., Kar, S., Kharka, L. et Bhutia, G.P. (2013). Knowledge of, attitudes toward, and barriers to the practice of emergency contraception among women in Sikkim, India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 122(2), 99-103.
- Raj, A., Saggurthi, N., Balaiah, D. et Silverman, J.G. (2009). Prevalence of child marriage and its effect on fertility and fertility-control outcomes of young women in India: a cross-sectional, observational study. *The Lancet*, 373(9678), 1883-1889.
- Ruikar, H.A. (2013). Knowledge, Attitude and Practices about Sexually Transmitted Infections - A Study on Undergraduate College Students of Mumbai. *WebMedCentral*, 4(3), 1-18.

- Santhya, K.G., Acharya, R. et Jejeebhoy, S.J. (2011a). Condom use before marriage and its correlates: Evidence from India. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(4), 170-180.
- Santhya, K.G., Acharya, R., Jejeebhoy, S.J. et Ram, U. (2011b). Timing of first sex before marriage and its correlates: evidence from India. *Culture, Health & Sexuality*, 13(3), 327-341.
- Santhya, K.G. et Jejeebhoy, S.J. (2007). *Young people's sexual and reproductive health in India: policies, programmes and realities*. Population Council, New Delhi, India : Regional office for South and East Asia.
- Savoie-Zajc, L. (2010). *L'entrevue semi-dirigée*. Dans Gauthier, B. (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 251-283.
- Sharma, R. (2001). More than a quarter of India's youngsters have premarital sex. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7286), 575.
- Sharma, R.R. (2016). *From Reproductive Health to Family Planning Movements and Policies*. (Research Centre for Women's Studies: Teaching Learning Series) (Vol. 4). Mumbai : SNTD Women's University.
- Shekhar, M., Ghosh, S. et Panda, P. (2007). Exploring safe sex awareness and sexual experiences of adolescents in Patna. *Economic and Political Weekly*, 42(48), 48-55.
- Sheriar, N., Joshi, R., Mukherjee, B., Pal, B., Birla, A. et Ray, S.K. (2014). Impact of structured counseling on the selection of hormonal contraceptive methods: results of a multi-centric, observational study in India. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*, 64(4), 241-250.
- Sonpar, S. (2005). Marriage in India: Clinical Issues. *Contemporary Family Therapy*, 27(3), 301-313.
- Sundari Ravindran, T.K. et Balasubramanian, P. (2004). "Yes" to Abortion but "No" to Sexual Rights: The Paradoxical Reality of Married Women in Rural Tamil Nadu, India. *Reproductive Health Matters*, 12(23), 88-99.
- Takkar, N., Goel, P., Saha, P.K. et Dua, D. (2005). Contraceptive practices and awareness of emergency contraception in educated working women. *Indian Journal of Medical Sciences*, 59(4), 143-149.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs et Population Division. (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248*.
- Unnithan, M. (2010). Learning from infertility: gender, health inequities and faith healers in women's experiences of disrupted reproduction in Rajasthan. *South Asian History and Culture*, 1(2), 315-327.
- Upadhyay, U.D., Dworkin, S.L., Weitz, T.A. et Foster, D.G. (2014). Development and Validation of a Reproductive Autonomy Scale. *Studies in Family Planning*, 45(1), 19-41.
- Verma, A., Singh, S.V., Gupta, V.K., Garg, S. et Meena, J.K. (2015). Attitude, practice and need assessment of emergency contraception among women of

reproductive age group in Delhi. *Journal of Young Pharmacists*, 7(4), 320-327.

Widge, A.(2002) Sociocultural attitudes towards infertility and assisted reproduction in India. Current practices and controversies in assisted reproduction. Dans Communication présentée à /au Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction p. 60-74) Geneva, Switzerland : World Health Organization.

World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes: a framework for action*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf