

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES SEXUELLES AVEC PARTENAIRE À L'ADOLESCENCE :
ANALYSE DE DONNÉES STATISTIQUES D'UNE COHORTE QUÉBÉCOISE

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR

FRANÇOIS-XAVIER LAGACÉ-BUREAU

FÉVRIER 2026

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.12-2023). 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

En repensant au parcours qui m’a conduit à l’achèvement de mon mémoire, je ressens une immense gratitude envers toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à rendre cette aventure possible. Ce mémoire n’est pas seulement le fruit de longues réflexions et recherches menées en solo; il est le reflet de l’appui, de la générosité et des encouragements de nombreuses personnes.

Je suis profondément reconnaissant envers ma directrice, Catherine des Rivières-Pigeon, pour son encadrement bienveillant et sa rigueur intellectuelle. Par ta confiance et tes conseils avisés, tu as su nourrir ma réflexion et me guider dans les moments d’incertitude. Merci pour ton écoute et ton enthousiasme qui m’ont redonné la motivation quand je m’essoufflais. Je me sens infiniment privilégié d’avoir bénéficié de ton expertise et de ton soutien tout au long de mon projet.

Je tiens aussi à remercier les professeur-e-s et les collègues que j’ai eu la chance de côtoyer pendant mon parcours académique, particulièrement pendant ma maîtrise. Les nombreux échanges qui se sont succédé ont été une source d’inspiration qui ont enrichi ma réflexion et nourri ma passion pour la recherche. Un merci tout spécial à Shirley Roy, qui m’a accompagné dans les premières étapes de mon projet. Mon mémoire ne serait pas ce qu’il est sans tes précieux conseils.

À ma famille et mes ami-e-s, mes piliers : merci d’avoir écouté tous mes monologues sur ce mémoire et de m’avoir sans cesse encouragé à aller de l’avant. Votre soutien a été une source inestimable de motivation, et je me sens incroyablement choyé de partager avec vous cette étape marquante de mon parcours. À mon amoureux Samuel, merci pour ta présence constante à mes côtés. Merci pour ta chaleur, ton humour et tout ton amour. Merci d’avoir cru en moi, même lorsque j’avais du mal à le faire. À mes parents : papa, maman, je ne me serais jamais rendu où j’en suis sans votre soutien infini et votre amour inconditionnel. À Romane, Emily et Caleb, merci de m’avoir rappelé qu’une pause peut parfois être aussi essentielle qu’un bon conseil.

Finalement, je remercie l’Institut de la statistique du Québec et l’équipe de son centre d’accès aux données de recherche de l’Université McGill de m’avoir accordé l’accès aux données nécessaires pour mes analyses et de m’avoir guidé dans leur utilisation.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	x
LISTE DES SYMBOLES.....	xi
RÉSUMÉ.....	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 – PROBLÉMATIQUE.....	4
1.1 Énigme.....	4
1.1.1 La construction discursive de la « sexualité adolescente »	4
1.1.2 Un discours à l'épreuve des critiques féministes	5
1.1.3 Des données qui semblent contredire le discours dominant	7
1.2 Définition des concepts.....	10
1.2.1 La catégorie de l'adolescence	10
1.2.2 La sexualité adolescente	11
1.2.3 La santé mentale adolescente	14
1.3 Cadre conceptuel	16
1.3.1 L'insistance sur la sexualité risquée et nuisible	17
1.3.2 L'élargissement à la sexualité positive et normative.....	18
1.3.3 Modèle conceptuel	20
1.4 Recension des écrits empiriques.....	21
1.5 Questions et hypothèses de recherche	25
CHAPITRE 2 – MÉTHODOLOGIE	27
2.1 Enquête et outil de collecte	27
2.2 Population et échantillon.....	28
2.3 Variables retenues	29
2.3.1 L'état de santé mentale	30
2.3.1.1 Le niveau de détresse psychologique	31
2.3.1.2 Le diagnostic de dépression ou d'anxiété	32
2.3.1.3 Le niveau de santé mentale positive.....	33
2.3.2 Les pratiques sexuelles avec partenaire	34
2.3.3 Les facteurs relationnels	35
2.3.4 Les facteurs situationnels	37
2.3.5 Les caractéristiques sociodémographiques.....	38
2.4 Techniques d'analyse.....	39
2.4.1 Ajustements aux variables retenues.....	41

2.5	Pondération.....	43
2.6	Non-réponse partielle et imputation	45
CHAPITRE 3 – RÉSULTATS.....		47
3.1	Description de la population.....	47
3.2	Corrélat des pratiques sexuelles avec partenaire	49
3.2.1	L'expérience d'une relation sexuelle complète et les facteurs qui y sont associés	50
3.2.2	Certains aspects des pratiques sexuelles et les facteurs qui y sont associés	53
3.2.2.1	Les caractéristiques sociodémographiques	55
3.2.2.2	Les facteurs relationnels	60
3.2.2.3	Les facteurs situationnels.....	64
3.2.3	Quelques conclusions générales.....	67
3.3	Corrélat de l'état de santé mentale	68
3.3.1	L'état de santé mentale et les facteurs qui y sont associés.....	69
3.3.1.1	Les caractéristiques sociodémographiques	70
3.3.1.2	Les facteurs relationnels	75
3.3.1.3	Les facteurs situationnels.....	78
3.3.2	Quelques conclusions générales.....	81
3.4	Association entre l'état de santé mentale et les pratiques sexuelles avec partenaire	82
3.4.1	La santé mentale et l'expérience d'une relation sexuelle complète	83
3.4.1.1	Les facteurs qui influencent le plus l'état de santé mentale des adolescent·e·s.....	85
3.4.2	La santé mentale et certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire	90
3.4.2.1	Les facteurs qui influencent le plus l'état de santé mentale des adolescent·e·s ayant eu une relation sexuelle complète.....	93
3.4.3	Quelques conclusions générales.....	98
CHAPITRE 4 – DISCUSSION		100
4.1	Des pratiques sexuelles normalisées et un risque nuancé	100
4.1.1	Des pratiques marquées par les différences individuelles	102
4.1.2	Le rôle complexe du sexe.....	103
4.2	Les nombreux déterminants de la santé mentale	104
4.3	Une association complexe entre santé mentale et sexualité	106
4.3.1	Une association plutôt indirecte.....	107
4.4	Limites et pistes de recherche	108
CONCLUSION.....		113
ANNEXE A – QUESTIONS À L'ORIGINE DES VARIABLES RETENUES		116
ANNEXE B – RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES		130
ANNEXE C – PROGRAMME SAS		138
ANNEXE D – MATRICES DES VALEURS- <i>P</i> DES TESTS DU KHI CARRÉ		152
ANNEXE E – TAUX DE NON-RÉPONSE PARTIELLE PONDÉRÉS		155
BIBLIOGRAPHIE.....		156

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1	Modèle des deux continuums de la santé mentale et des troubles mentaux.....	14
Figure 1.2	Perspective multisystémique des pratiques sexuelles adolescentes à risque	18
Figure 1.3	Modèle conceptuel reliant les pratiques sexuelles adolescentes et le bien-être.....	20
Figure 1.4	Modèle conceptuel proposé	21
Figure B1	Diagnostic de dépression ou d'anxiété selon le niveau de santé mentale positive, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017.....	131
Figure B2	Nombre de partenaires sexuel·le·s au cours de la vie selon le sexe de ces partenaires, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017.....	132
Figure B3	Proportion d'élèves n'ayant pas utilisé le condom aux dernières relations sexuelles complètes, selon le nombre de partenaires sexuel·le·s au cours de la vie, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	132
Figure B4	Proportion d'élèves n'ayant pas utilisé le condom aux dernières relations sexuelles complètes selon l'âge, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017.....	133

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1	Modalités des variables dichotomisées en prévision des régressions logistiques multiples	43
Tableau 3.1	Répartition des élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus selon certaines caractéristiques, Québec, 2016-2017.....	48
Tableau 3.2	Proportion d'élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, selon diverses caractéristiques, Québec, 2016-2017	52
Tableau 3.3	Certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017	55
Tableau 3.4	Proportion d'élèves ayant eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans selon diverses caractéristiques sociodémographiques, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	57
Tableau 3.5	Nombre de partenaires sexuel·le·s au cours de la vie selon diverses caractéristiques sociodémographiques, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017.....	58
Tableau 3.6	Proportion d'élèves n'ayant pas utilisé le condom aux dernières relations sexuelles complètes selon diverses caractéristiques sociodémographiques, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	59
Tableau 3.7	Proportion d'élèves ayant eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans selon divers facteurs relationnels, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017.....	61
Tableau 3.8	Nombre de partenaires sexuel·le·s au cours de la vie selon divers facteurs relationnels, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	61
Tableau 3.9	Proportion d'élèves ayant parfois ou toujours eu des partenaires sexuel·le·s du même sexe selon certains facteurs relationnels, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	62
Tableau 3.10	Proportion d'élèves n'ayant pas utilisé le condom aux dernières relations sexuelles complètes selon divers facteurs relationnels, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017.....	63
Tableau 3.11	Proportion d'élèves ayant eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans selon divers facteurs situationnels, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017.....	65

Tableau 3.12	Nombre de partenaires sexuel-le-s au cours de la vie selon divers facteurs situationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	65
Tableau 3.13	Proportion d'élèves ayant parfois ou toujours eu des partenaires sexuel-le-s du même sexe selon divers facteurs situationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	66
Tableau 3.14	Proportion d'élèves n'ayant pas utilisé le condom aux dernières relations sexuelles complètes selon divers facteurs situationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	67
Tableau 3.15	État de santé mentale, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017	70
Tableau 3.16	Niveau de détresse psychologique selon diverses caractéristiques sociodémographiques, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017	72
Tableau 3.17	Diagnostic de dépression ou d'anxiété selon diverses caractéristiques sociodémographiques, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017	73
Tableau 3.18	Niveau de santé mentale positive selon diverses caractéristiques sociodémographiques, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017	74
Tableau 3.19	Niveau de détresse psychologique selon divers facteur relationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017	76
Tableau 3.20	Diagnostic de dépression ou d'anxiété selon divers facteurs relationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017	77
Tableau 3.21	Niveau de santé mentale positive selon divers facteurs relationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017	78
Tableau 3.22	Niveau de détresse psychologique selon divers facteurs situationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017	79
Tableau 3.23	Diagnostic de dépression ou d'anxiété selon divers facteurs situationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017	80
Tableau 3.24	Niveau de santé mentale positive selon divers facteurs situationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017	80
Tableau 3.25	Certains indicateurs de santé mentale selon l'expérience d'une relation sexuelle complète, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017	84

Tableau 3.26	Variables incluses aux modèles de régression logistique incluant l'indicateur de l'expérience d'une relation sexuelle complète	85
Tableau 3.27	Résultats de la régression logistique multiple portant sur le niveau de détresse psychologique et incluant l'indicateur de l'expérience d'une relation sexuelle complète	86
Tableau 3.28	Résultats de la régression logistique multiple portant sur le diagnostic de dépression ou d'anxiété et incluant l'indicateur de l'expérience d'une relation sexuelle complète	87
Tableau 3.29	Résultats de la régression logistique multiple portant sur la santé mentale positive et incluant l'indicateur de l'expérience d'une relation sexuelle complète	87
Tableau 3.30	Niveau de détresse psychologique selon certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	91
Tableau 3.31	Diagnostic de dépression ou d'anxiété selon certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	92
Tableau 3.32	Niveau de santé mentale positive selon certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	92
Tableau 3.33	Variables incluses aux modèles de régression logistique incluant des variables renvoyant à certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire	94
Tableau 3.34	Résultats de la régression logistique multiple portant sur le niveau de détresse psychologique et incluant des variables renvoyant à certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire	94
Tableau 3.35	Résultats de la régression logistique multiple portant sur le diagnostic de dépression ou d'anxiété et incluant des variables renvoyant à certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire	95
Tableau 3.36	Résultats de la régression logistique multiple portant sur le niveau de santé mentale positive et des variables renvoyant à certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire	96
Tableau B1	Niveau de détresse psychologique selon le diagnostic de dépression ou d'anxiété et selon le niveau de santé mentale positive, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017	130
Tableau B2	Portrait des partenaires sexuel-le-s selon l'expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans ou non, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	131

Tableau B3	Niveau de détresse psychologique selon l'âge, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans, Québec, 2016-2017	133
Tableau B4	Niveau de détresse psychologique selon l'expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans ou non, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	134
Tableau B5	Niveau de détresse psychologique selon l'utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	134
Tableau B6	Niveau de détresse psychologique selon l'expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans ou non, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	135
Tableau B7	Diagnostic de dépression ou d'anxiété selon l'utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	135
Tableau B8	Niveau de santé mentale positive selon l'expérience d'une relation sexuelle complète, pour divers âges, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans, Québec, 2016-2017.....	136
Tableau B9	Niveau de santé mentale positive selon l'expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans ou non, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017	137
Tableau B10	Niveau de santé mentale positive selon l'utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans, Québec, 2016-2017	137
Tableau D1	Matrice des valeurs- <i>p</i> des tests du khi carré réalisés en prévision des régressions logistiques incluant l'indicateur de l'expérience d'une relation sexuelle complète	152
Tableau D2	Matrice des valeurs- <i>p</i> des tests du khi carré réalisés en prévision des régressions logistiques incluant des variables renvoyant à certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire	153
Tableau E1	Taux de non-réponse partielle pondérés	155

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ECTADE	<i>Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves</i>
ELDEQ	<i>Enquête longitudinale du développement des enfants du Québec (Je suis, je serai)</i>
EQSJS	<i>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire</i>
IDPSQ	Indice de détresse psychologique de Santé Québec
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITS	Infection transmissible sexuellement
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PNS	<i>Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants</i>
PSI	<i>Psychiatric Symptom Index</i>
RLS	Réseau local de services
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES SYMBOLES

Pe	Population estimée
%	Pour cent ou pourcentage
‰	Pour mille
*	Coefficient de variation entre 15 % et 25 %
**	Coefficient de variation supérieur à 25 %
α	Valeur alpha
p	Valeur- p
IC	Intervalle de confiance
OR	Rapport de cotes (<i>odds ratio</i>)

RÉSUMÉ

Résumé

Ce mémoire examine le lien entre les pratiques sexuelles avec partenaire et la santé mentale à l'adolescence dans le contexte québécois, à partir des données de l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*. Il s'appuie sur un modèle conceptuel selon lequel les pratiques sexuelles influencent le bien-être des adolescent·e·s par l'entremise d'un réseau complexe de facteurs individuels, contextuels et sociaux. Les résultats montrent que ces pratiques sont marquées par une grande variabilité individuelle et que le risque qui leur est associé est plus nuancé que ne le suggère le discours dominant. Trois indicateurs de santé mentale ont été analysés : la détresse psychologique, le diagnostic de dépression ou d'anxiété et la santé mentale positive. Les analyses multivariées, contrôlant pour diverses variables sociodémographiques, relationnelles et situationnelles, indiquent que l'association entre sexualité et santé mentale est surtout indirecte. Ces constats appellent à des interventions et politiques tenant compte de la diversité des expériences sexuelles et de leurs effets différenciés sur le bien-être des adolescent·e·s.

Mots clés : sexualité, pratiques sexuelles, santé mentale, adolescence, Québec

ABSTRACT

Abstract

This thesis examines the link between sexual behaviours with partners and mental health in adolescence in the Quebec context, based on data from the 2016-2017 *Quebec Survey on the Health of High School Students*. It is based on a conceptual model according to which sexual behaviours influence the well-being of adolescents through a complex network of individual, contextual, and social factors. The results show that these behaviours are marked by significant individual variability and that the risks associated with them are more nuanced than the dominant discourse suggests. Three mental health indicators were analyzed: psychological distress, diagnosis of depression or anxiety, and positive mental health. Multivariate analyses, controlling for various sociodemographic, relational, and situational variables, indicate that the association between sexuality and mental health is mainly indirect. These findings call for interventions and policies that consider the diversity of sexual experiences and their differentiated effects on adolescents' well-being.

Keywords : sexuality, sexual behaviours, mental health, adolescence, Quebec

INTRODUCTION

Si la sexualité demeure aujourd'hui un sujet tabou, c'est particulièrement vrai lorsqu'elle concerne les jeunes. En effet, la sexualité juvénile inspire pour plusieurs une crainte, voire une panique (Bozon, 2012). L'autonomie sexuelle acquise par les jeunes depuis le xx^e siècle est encore aujourd'hui quelque chose qu'on cherche à surveiller. Autant en privé que dans l'espace public, la question de l'entrée dans la sexualité est souvent épineuse. Que ce soit du côté de la santé publique ou des parents, on s'inquiète beaucoup des répercussions des premiers rapports sexuels, surtout ceux impliquant un·e partenaire, sur la santé des adolescent·e·s (Boislard *et al.*, 2016). Dans cette optique, la sexualité des adolescent·e·s est souvent réduite à une simple prise de risque et est ainsi essentiellement conçue, autant dans le discours public qu'académique, comme un problème social et de santé publique (Diamond et Savin-Williams, 2009).

Pourtant, la sexualité ne fait pas l'objet d'une expérience universelle et ne peut ainsi pas être réduite à une seule définition (Bozon, 2001; Bozon et Leridon, 1993). Déjà, la sexualité est multidimensionnelle : elle comprend non seulement les pratiques sexuelles, mais aussi le désir sexuel et les motivations sexuelles (Diamond et Savin-Williams, 2009; Fortenberry, 2013). Par ailleurs, les pratiques sexuelles sont elles-mêmes multiples, incluant autant des pratiques solitaires comme la masturbation que des pratiques avec partenaires, dont le point culminant est la relation sexuelle complète (Boislard *et al.*, 2016; Diamond et Savin-Williams, 2009; Fortenberry, 2013; Moore et Rosenthal, 2006). De plus, les pratiques sexuelles sont des événements subjectifs et se déroulent dans des situations précises, au sein de relations (Best et Fortenberry, 2013; Meier, 2007; Vasilenko *et al.*, 2014). Ultimement, il est ainsi possible de questionner les idées préconçues qui sous-tendent la construction discursive de la sexualité adolescente. Il devient effectivement difficile d'accepter l'idée selon laquelle les pratiques sexuelles seraient risquées de manière large, sans distinction. Si on peut admettre qu'elles représentent un risque, on peut assumer que ce risque ne touche pas l'ensemble des adolescent·e·s de la même façon.

Bref, le discours sur la sexualité adolescente présente une image incomplète de la sexualité et de son influence sur le bien-être. En effet, de manière générale, ce discours marqué par la crainte se limite précisément aux conséquences négatives des pratiques sexuelles sur la santé physique des adolescent·e·s, en lien notamment avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les infections transmissibles sexuellement (ITS) et les grossesses pouvant mener à des interruptions volontaires de grossesse (IVG) (Boislard *et al.*, 2016; Vasilenko *et al.*, 2014). Cette limitation du discours cache deux angles morts

importants : d'une part, celui des bénéfices potentiels de la sexualité à l'adolescence et, d'autre part, celui des répercussions sur les autres dimensions de la santé, soit la santé mentale et la santé sociale.

Ces angles morts persistent non seulement dans le discours populaire, mais également dans la littérature scientifique. Si l'on accepte généralement que les pratiques sexuelles avec partenaire soient associées à certains aspects de la santé physique des adolescent·e·s, le sont-elles avec les autres dimensions du bien-être, en particulier la santé mentale? Plusieurs travaux ont été réalisés sur cette question aux États-Unis, mais peu l'ont été ailleurs. La majeure partie de la recherche demeure ainsi située dans le contexte très particulier des États-Unis, qui ne représente pas nécessairement ce qui est vécu ailleurs, notamment parce que les représentations de la sexualité varient d'une culture à l'autre (Bozon, 2001). Elle ne peut donc que difficilement être exportée à d'autres réalités culturelles, ou du moins en partie seulement.

Qu'en est-il donc au Québec? Le présent mémoire a justement comme objectif de jeter un éclairage sur cette question du lien entre pratiques sexuelles avec partenaire et santé mentale chez les adolescent·e·s dans le contexte peu étudié du Québec. Il porte sur des données statistiques récoltées au cours de l'année scolaire 2016-2017 auprès d'élèves du secondaire, dans le cadre de l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire* (EQSJS), une enquête transversale menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). À partir de ces données, nous cherchons à établir un portrait des pratiques sexuelles des adolescent·e·s et à examiner dans une approche plus positive leur lien, parmi d'autres facteurs, avec une dimension du bien-être autre que la santé physique, soit la santé mentale.

Ce mémoire est divisé en quatre chapitres. Le chapitre 1 (p. 4) présente la problématique à l'origine du projet de recherche, principalement axée sur le discours au sujet de la sexualité juvénile. Y sont également définies les notions clés mobilisées dans le cadre des analyses, soit l'adolescence, la sexualité adolescente et la santé mentale adolescente. Puis, nous présentons une synthèse du cadre théorique et de la recension des travaux empiriques au sujet du lien entre pratiques sexuelles avec partenaire et santé mentale à l'adolescence. Le chapitre se termine avec la présentation de nos questions et hypothèses de recherche.

Le chapitre 2 (p. 27) présente les aspects méthodologiques de nos analyses. Il débute avec une présentation générale de l'EQSJS, puis enchaîne avec la description de la population cible, du plan d'échantillonnage adopté par l'ISQ et de l'échantillon retenu pour nos analyses. Les variables retenues ou construites pour nos analyses, ainsi que les techniques d'analyse adoptées, sont aussi présentées. La pondération des résultats, qui permet de rapporter les résultats observés dans l'échantillon à l'ensemble

de la population visée, est ensuite expliquée. Enfin, le chapitre examine la gestion de la non-réponse partielle et des techniques d'imputation utilisées par l'ISQ afin de minimiser les biais découlant de cette non-réponse.

Le chapitre 3 (p. 47) présente les résultats obtenus lors de nos analyses, en quatre parties : la description de la population visée par les analyses, le portrait des pratiques sexuelles avec partenaire des adolescent·e·s, le portrait de leur santé mentale et, finalement, le lien de cette dernière avec les pratiques sexuelles.

Finalement, la discussion de ces résultats est présentée au chapitre 4 (p. 100), avant de terminer avec l'exposition des principales limites de notre recherche et de certaines pistes pour la recherche future.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

1.1 Énigme

1.1.1 La construction discursive de la « sexualité adolescente »

Michel Bozon (2012), sans doute l'un des plus importants sociologues francophones à avoir à la fois travaillé sur la jeunesse, la sexualité et les rapports de genre, explique que les liens entre adolescence et sexualité sont largement repensés depuis la deuxième moitié du xx^e siècle : une sexualité juvénile plutôt négative et contrôlée fait place à une autre plus normale et attendue. Cette nouvelle vision de la sexualité juvénile s'accompagne néanmoins d'une certaine injonction à l'autonomie sexuelle. Les adultes s'inquiètent alors au sujet de cette jeunesse qui échappe dorénavant à leur contrôle direct et à l'influence des institutions censées encadrer sa sexualité. Selon Bozon, la sexualité juvénile devient ainsi l'objet d'un alarmisme sexuel, voire d'une panique morale : au cœur du discours qu'on en tient se trouve une certaine anxiété. L'autonomie sexuelle des jeunes inspire donc la crainte et la préoccupation. On se représente les jeunes comme étant particulièrement vulnérables aux risques de la sexualité et de la violence, comme faisant face à un « danger moral » étant donné leur perte de repères sociaux, et même comme étant une « classe dangereuse » et incontrôlable.

C'est dans un tel contexte que le discours public portant sur la sexualité adolescente s'articule originalement en Occident. La notion de risque, qui renvoie à une approche épidémiologique de la sexualité développée dans le contexte de la crise du sida (Bozon et Leridon, 1993), devient centrale. On souligne en effet communément les dangers associés à la sexualité précoce, l'inconstance dans l'utilisation du condom et le multipartenariat sexuel chez les adolescent·e·s (Boislard *et al.*, 2016). La crainte exprimée est justifiée par les conséquences négatives de ces pratiques à risque sur le bien-être des adolescent·e·s, plus spécifiquement sur leur santé physique. Concrètement, on craint principalement le VIH, les ITS et les grossesses pouvant mener à des IVG. Ainsi, de façon générale, la sexualité adolescente préoccupe : on s'inquiète des pratiques liées à une prise de risque et on tente de mieux saisir les facteurs qui permettent de les prédire. La sexualité adolescente semble donc essentiellement conçue comme un problème.

Cette perspective n'échappe pas à la recherche, tout particulièrement en médecine et en psychologie, qui adopte aussi « a medicalized, reductionist, and implicitly moralizing view of adolescent sexuality as a

collection of risk behaviors that threaten both individual development and public health » (Diamond et Savin-Williams, 2009, p. 480). Ainsi, la sexualité adolescente est souvent appréhendée comme un phénomène que l'on doit prendre en charge dans une optique de prévention. Dans certains contextes, tout particulièrement aux États-Unis où le discours sur la sexualité se mêle souvent à des idéaux moraux et religieux, on présente même la sexualité comme un phénomène à endiguer ou à carrément supprimer.

1.1.2 Un discours à l'épreuve des critiques féministes

Au cœur de la construction d'un tel discours se trouve le genre, comme le met de l'avant la recherche féministe depuis plusieurs décennies, tout particulièrement dans le domaine de la psychologie sociale aux États-Unis. Dès la fin des années 1980, Michelle Fine (1988) identifie dans un essai pionnier plusieurs discours genrés dominants sur la sexualité adolescente dans les débats américains sur l'éducation sexuelle et les cliniques de santé en milieu scolaire. Selon elle, ces discours mènent à penser et à éduquer les adolescentes comme des victimes potentielles de la sexualité masculine. Ce faisant, on prive les adolescentes d'une subjectivité sexuelle, les empêchant ainsi de jouir du droit de contrôler leur propre sexualité. C'est donc le désir en soi qui est refusé aux filles. La sexualité adolescente est, comme l'explique Deborah Tolman (2002), renvoyée à un double standard persistant :

It is widely believed in this society that adolescent girls do not have strong sexual feelings—well, “good” girls that is (yes, the double standard is still well entrenched in the landscape of adolescence). The supposed absence of sexual desire among adolescent girls constitutes the firewall against the supposed raging, uncontrollable hormones of adolescent boys. It is still not “normal,” not acceptable and in some corners considered immoral for girls to believe that they can or should have their own sexual desire and pleasure—and therefore can or should think of questioning its absence. (p. 197)

Ainsi, comme Caitlin Welles (2005) l'explique, les adolescentes américaines n'ont accès qu'à un discours où la femme est « objet sexuel » : alors que les garçons sont renvoyés au droit (*entitlement*) et au pouvoir, les filles sont plutôt renvoyées à l'accommodation et à la protection. Dans ce double standard, le désir est alors exclusivement renvoyé au développement sexuel masculin. Fine et sa collègue Sara McClelland (2006) nuancent néanmoins cette idée d'une absence complète d'un discours du désir féminin. En effet, le désir, devenu marchandise au tournant des années 2000, serait dorénavant simultanément amplifié dans un discours caricatural. Cette amplification du désir renvoie à une réappropriation individualiste par les médias, la pornographie et l'hétérosexisme de la notion d'autonomisation sexuelle (*sexual empowerment*),

ironiquement à l'origine un idéal féministe de la sexualité adolescente (Bay-Cheng, 2012; Lamb, 2010; Lamb et Peterson, 2012).

Si la représentation dominante de la sexualité adolescente est construite par un tel double standard sexuel, elle l'est tout autant par le néolibéralisme, notamment à travers la notion de responsabilité. En effet, Fine et McClelland (2007) montrent que les jeunes femmes sont utilisées dans le discours afin de représenter la sexualité féminine comme inappropriée et dangereuse, tout en étant tenues responsables des conséquences de leurs pratiques sexuelles par plusieurs moyens. Elles observent aux États-Unis un environnement politique qui entremêle science, religion et santé publique pour naturaliser, chez les adolescent·e·s, le lien entre d'un côté les relations sexuelles, et de l'autre les ITS et les grossesses – donc la maternité, l'adoption ou l'avortement. Autrement dit, les politiques publiques deviennent un moyen de garantir que les « mauvais comportements » mènent à des conséquences négatives. Jennifer Chmielewski et autres (2017) montrent de manière similaire que la sexualité adolescente est dépeinte dans l'actualité comme dangereuse pour les filles *par leur propre faute*, aucune part de responsabilité n'étant attribuée aux garçons. À travers plusieurs paniques morales¹, le discours représente donc l'adolescente avant tout comme une victime, et cette victimisation « is a result of one's ineptitude, incapacity, or failure as an agent » (p. 423).

Mais comment tous ces discours sont-ils appropriés par les adolescentes elles-mêmes? Fine (1988) observe déjà que les adolescentes expriment elles-mêmes des « significations sexuelles » qui contredisent les discours des « autorités ». Elle décèle ainsi dans le discours de ces adolescentes une « double conscience » : la sexualité mêle peurs et passions, elle est à la fois source d'excitation et source d'anxiété ou d'inquiétude. De manière similaire, Tolman (1994) observe que « faire du désir » (*doing desire*) est pour les adolescentes un combat ou un conflit entre le désir qu'elles ressentent et les perceptions de la façon dont ces sentiments sont socialement considérés comme problématiques et condamnés. Le désir inspire ainsi à la fois joie et peur, plaisir et danger. Les adolescentes parleraient effectivement souvent d'un désir dangereux, pouvant causer des ennuis, ainsi que d'une pression à faire taire leur désir et à se « dissocier de leur corps ». Plus tard, Tolman (2002) nommera « dilemme du désir » ce phénomène de sacrifice du désir à des fins de protection chez les adolescentes, où ces dernières sont appelées à concilier leur volonté

1. Chmielewski et autres décèlent dans l'espace médiatique américain trois objets de panique morale au sujet de la sexualité adolescente féminine : les grossesses et les ITS, l'implication des adolescentes dans la sexualisation, ainsi que leur victimisation sexuelle.

de connaître et de répondre à leurs désirs sexuels à celle de préserver leur image de « bonne fille ». Elle affirme alors que les filles frappent à l'adolescence le « mur du patriarcat ».

1.1.3 Des données qui semblent contredire le discours dominant

Le discours dominant sur la sexualité adolescente serait donc fondé sur plusieurs paniques morales interreliées et empreintes d'un double standard sexuel persistant. Au centre de la représentation que l'on se fait de la sexualité adolescente se trouve donc cette notion de risque, qui pèserait tout particulièrement sur les filles. C'est du moins ce qu'on comprend à la lumière des conclusions avancées dans la littérature consultée; or, cette littérature n'aborde pas précisément le contexte québécois contemporain. La littérature scientifique portant sur la sexualité adolescente est en effet très largement issue des États-Unis, sans compter le fait qu'elle ne soit en partie pas tout à fait actuelle. Ces analyses américaines ne peuvent donc pas nécessairement être transposées à d'autres contextes, du moins pas entièrement. En effet, l'attitude adoptée face à la sexualité adolescente² et, plus concrètement, l'intensité des conséquences négatives de la maturation sexuelle diffèrent considérablement entre les pays (Schalet, 2004). D'ailleurs, la construction même de l'observation des pratiques sexuelles varie d'un pays à l'autre, la sexualité étant un construit culturellement situé (Bozon, 2001).

On pourrait ainsi croire que le discours sur la sexualité adolescente est sans aucun doute un peu plus nuancé dans le contexte québécois. Néanmoins, le risque demeure un élément central du discours québécois sur la sexualité adolescente. Par exemple, comme l'explique la sociologue Gabrielle Richard (2019), l'institutionnalisation de l'éducation sexuelle au Québec est avant tout justifiée par des arguments sanitaires; autrement dit, c'est la crainte des conduites sexuelles risquées qui a mené à son imposition. Jusqu'à l'arrivée à la rentrée 2018 d'un programme basé sur une perspective holistique³, l'éducation à la sexualité au Québec représentait la sexualité essentiellement par son aspect biologique et était toujours largement axé sur la santé sexuelle. Et du côté de l'éducation parentale, le constat est similaire selon Richard : déjà, elle n'est pas toujours assurée par les parents, et lorsqu'elle l'est, elle « s'apparente davantage à une gestion des risques sexuels [et] s'exerce au détriment des filles, dont le corps et la

2. Par exemple, s'il y a une dramatisation de la sexualité adolescente par les parents dans certains pays comme les États-Unis, il y a à l'inverse une normalisation de celle-ci dans d'autres pays comme les Pays-Bas. Or, l'attitude adoptée par les parents est un processus actif qui façonne les réalités et les expériences, autant des parents que des enfants.

3. Les jeunes sur lesquels portent nos analyses n'ont pas connu cette plus récente réforme de l'éducation à la sexualité. En effet, l'enquête retenue pour nos analyses, soit l'EQSJS 2016-2017, vise les élèves inscrit·e·s au secondaire à l'automne 2016 (Plante et Courtemanche, 2018). Pour plus de détails, consulter les sections 2.1 (p. 27) et 2.2 (p. 28), au chapitre 2.

sexualité sont soumis à un plus grand contrôle » (p. 58-59). D'ailleurs, cette éducation parentale est plutôt une éducation à la *bonne* sexualité, les « réalités non normatives » demeurant des angles morts. Ainsi, pour Richard, « c'est à un formatage de la sexualité adolescente qu'invite actuellement l'éducation à la sexualité, qu'elle soit parentale ou scolaire » (p. 59). Bref, on retrouve dans cette analyse du contexte québécois que propose Richard certains points importants soulevés par la recherche féministe américaine.

Considérant une telle importance du risque dans le discours entourant la sexualité adolescente, on devrait s'attendre à constater une prise de risque substantielle dans les pratiques sexuelles des adolescent·e·s québécois·es, ainsi que des conséquences particulièrement négatives sur leur santé ou leur bien-être. Ce ne semble pourtant pas être le cas : au Québec comme au Canada, la prise de risque et son contrecoup ne semblent pas être considérables chez les adolescent·e·s, ou du moins pas plus grands chez elles et eux que chez les adultes. Pour reprendre les mots de Bozon (2012), la sexualité des jeunes est en réalité « assez sage ». En effet, si l'on se concentre sur la question de la prise de risque, on peut notamment constater que, chez les adolescent·e·s canadien·ne·s de 15 à 17 ans, le taux de multipartenariat sexuel n'est pas significativement différent de celui des jeunes adultes, et que les taux de recours au condom et à la pilule contraceptive orale sont plus élevés que chez les jeunes adultes (Rotermann et McKay, 2020)⁴. Si l'on se concentre plutôt sur les conséquences de la prise de risque, on observe que les taux de cas déclarés d'ITS ont augmenté chez les adolescent·e·s, mais également que cette augmentation coïncide avec celle constatée au sein des autres groupes d'âge (Agence de la santé publique du Canada, 2019). De plus, on n'observe pas de variation significative entre 1976 et 2010 dans le taux d'IVG chez les adolescentes québécoises âgées de 10 à 14 ans, ce taux demeurant à environ 0,5 ‰ (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2018b)⁵. On observe néanmoins une forte diminution des taux de naissances et d'IVG chez les adolescentes québécoises plus vieilles depuis le début des années 2000 (MSSS, 2018a). En effet, les données les plus récentes montrent que, chez les jeunes femmes québécoises âgées de 15 à 19 ans, le taux de fécondité se situe à 4,7 ‰ en 2021, soit le taux le plus faible jamais enregistré pour cette tranche d'âge (ISQ, 2022), et que le taux d'IVG se situe à 13,6 ‰ en 2014 (ISQ, 2015).

4. En revanche, il est important de noter qu'au Québec le taux d'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle vaginale semble diminuer chez les élèves du secondaire : il est en effet passé de 68 % en 2010-2011 à 60 % en 2016-2017 (Street, 2018).

5. Notons qu'au Québec l'âge de consentement pour accéder aux services d'avortement est de 14 ans (Gouvernement du Québec, 2023). Autrement dit, l'obtention du consentement des parents ou du tuteur légal est nécessaire chez les adolescentes âgées de 13 ans et moins. D'ailleurs, les services d'avortement sont gratuits, sauf exception.

Devant ces quelques données, on peut se demander s'il est justifié de se représenter la sexualité adolescente comme particulièrement à risque ou même dangereuse. Si la prise de risque existe autant chez les adolescent·e·s que chez les adultes, est-elle simplement perçue comme entraînant des conséquences plus graves à un plus jeune âge? Plus largement, on peut se demander si la sexualité adolescente est en fin de compte réellement, comme le suggérerait la littérature, « qualitatively distinct from the sexuality of adults » (Fortenberry, 2013). Ainsi, peut-être pourrait-on expliquer les disparités, entre autres au niveau de la prise de risque, par le fait que les adolescent·e·s soient tout simplement moins expérimenté·e·s. D'ailleurs, si la notion de risque renvoie à une crainte pour le bien-être des adolescent·e·s, le lien entre la sexualité adolescente et le bien-être dépasse cette seule notion. Au-delà de la question du risque, la sexualité ne peut-elle pas, même à l'adolescence, avoir un apport positif pour les individus? Si l'on accepte l'idée selon laquelle la sexualité adolescente est somme toute semblable à la sexualité adulte, on peut alors penser, comme on l'admet pour la population adulte (voir p. ex. Gianotten *et al.*, 2021; Levin, 2007), que la sexualité présente des dimensions positives et peut présenter des bénéfices pour les adolescent·e·s.

Ces questionnements nous amènent à interroger l'omniprésence du risque, tout particulièrement sur la santé physique, dans le discours sur la sexualité des adolescent·e·s et la large place qu'on lui accorde dans l'explication du lien entre la sexualité et le bien-être. L'objectif principal de notre projet est donc de proposer un portrait du lien entre la sexualité et le bien-être en s'éloignant d'une perspective exclusivement centrée sur le risque et ses conséquences sur la santé physique. Néanmoins, notre objectif n'est pas de nier ou de ne pas prendre en compte la prise de risque et ses possibles conséquences négatives sur le bien-être. Autrement dit, nous souhaitons aborder la question de la relation entre sexualité et santé en étendant notre compréhension au-delà de la seule prise de risque, c'est-à-dire en ne réduisant pas toute pratique sexuelle adolescente à une prise de risque. Il importe toutefois de souligner que notre analyse demeure tributaire des données secondaires issues d'une enquête de santé publique, dont les indicateurs restent largement ancrés dans une conception de la sexualité centrée sur le risque⁶.

6. Pour plus de détails sur l'EQSJS et les variables retenues pour les analyses, consulter le chapitre 2 (p. 27).

1.2 Définition des concepts

1.2.1 La catégorie de l'adolescence

Comme l'affirment la chercheuse spécialiste de l'adolescence et des pratiques sexuelles Sara Vasilenko et autres (2014), plusieurs définitions de l'adolescence coexistent en recherche : cette catégorie peut couvrir l'entièreté de la deuxième décennie de la vie ou pas tout à fait, ou même la dépasser et durer jusque dans la vingtaine. Cette difficulté d'attribuer des bornes à l'adolescence s'explique notamment par le fait que l'adolescence renvoie à des expériences spécifiques. Ainsi, on peut plus simplement définir l'adolescence comme une série de « périodes transitoires » (Graber et Brooks-Gunn, 1996) entre l'enfance et l'âge adulte. Comme l'affirme l'anthropologue et sociologue David Le Breton (2007), elle prend largement racine dans la puberté, correspondant chez l'individu à une période de sa vie où il n'est plus tout à fait dans l'enfance, sans pour autant être entièrement dans l'âge adulte.

Selon Bozon (2012), c'est justement dans le prolongement de cette période correspondant au passage à l'âge adulte que se définit la catégorie d'adolescence. S'opérant dès le début du xx^e siècle, ce prolongement est dû à une « généralisation » de la scolarité qui entraîne une importante transformation des modes de socialisation. Dorénavant, les individus adolescents construisent leur « autonomie privée » en nouant des relations amicales et amoureuses ou sexuelles, en dehors des institutions familiale et scolaire auxquelles ils sont pourtant toujours dépendants. L'adolescence devient une expérience commune. Le sociologue Charles-Henry Cuin (2011) la qualifie de phase normale de la vie : elle représente « une expérience nécessaire et unique dans la biographie des individus » (p. 72), où ils aspirent à apprendre et à exploiter l'« univers adulte » pour en tirer profit. L'adolescence ne se présente donc pas simplement comme un phénomène psychophysiologique, mais plutôt comme une « activité individuelle » avant tout caractérisée par le passage d'un statut social d'objet à celui de sujet. L'individu adolescent est un acteur véritable, conscient de ses désirs et de ses actions, ou au minimum rationnel. L'adolescence est donc marquée à la fois par l'émergence d'une nouvelle subjectivité et par l'expérimentation.

Les « remaniements identitaires » caractéristiques de l'adolescence sont néanmoins indissociables de la sexualisation du corps : la sexualité demeure centrale à l'expérience de l'adolescence (Courtois, 2011). L'adolescence est une période d'exploration de la sexualité, où l'on cherche à la comprendre, alors qu'elle teinte les perceptions et les réactions (Kar *et al.*, 2015). L'adolescence peut justement être décrite comme une « période de développement sociosexuel », à travers laquelle la sexualité et les pratiques sexuelles apparaissent, se développent et évoluent (Best et Fortenberry, 2013).

1.2.2 La sexualité adolescente

La sexualité adolescente renvoie au concept plus large de la sexualité humaine, qui fait l'objet d'un important mouvement de médicalisation dès l'émergence des premiers discours scientifiques à son égard. D'abord pris en charge dans la deuxième moitié du XIX^e siècle par la médecine, la psychiatrie et la criminologie, ces discours sont renforcés au siècle suivant par la sexologie et la psychanalyse (Gardey et Hasdeu, 2015). C'est justement en réponse à ces discours que les sciences sociales développent une perspective alternative : rejetant toute idée de nature, elles proposent de concevoir la sexualité en tant que construction sociale (Bozon et Leridon, 1993). Autrement dit, on rejette l'idée d'une sexualité naturelle et d'une expérience universelle de cette sexualité. On accorde alors une relative indépendance de la biologie aux pratiques sexuelles, qu'on caractérise avant tout par leur « non-uniformité ». Ainsi, n'étant pas une « réalité objectivable » que l'on peut isoler, la sexualité se décline en un nombre croissant de définitions autant scientifiques que personnelles (Bozon, 2001). Cette variabilité s'explique notamment par les différences culturelles dans les représentations de la sexualité.

Selon Bozon et son collègue démographe Henri Leridon (1993), c'est précisément dans ce contexte de production d'un contre-discours sur la sexualité humaine que se développe un intérêt particulier pour la sexualité adolescente, d'abord en anthropologie. En effet, on critique alors le primat de la sexualité infantile dans la psychanalyse de Freud, selon lequel les pratiques sexuelles adolescentes – et adultes également, d'ailleurs – ne seraient qu'une répétition de la sexualité infantile. On reproche à une telle perspective de « condui[re] à minorer, dans la formation de la personnalité sexuelle de l'individu, le rôle du passage à la sexualité active *avec partenaire*, qui s'effectue à l'adolescence » (p. 1177; les auteurs soulignent). La sexualité adolescente est ainsi à la fois distinguée de la sexualité infantile et de la sexualité adulte. Autrement dit, elle se présente dorénavant comme un stade à part entière du développement sexuel humain (Chilman, 1990). Cette sexualité adolescente, tout comme la sexualité adulte, se décline en plusieurs dimensions, soit le désir sexuel, les motivations sexuelles et les pratiques sexuelles (*sex*), ces dernières englobant elles-mêmes l'abstinence⁷, les pratiques solitaires (principalement la masturbation) et les pratiques avec partenaire (Diamond et Savin-Williams, 2009; Fortenberry, 2013).

7. Selon Dennis Fortenberry (2013), chercheur spécialisé en pédiatrie et médecine adolescente, l'abstinence doit bel et bien être comprise comme une pratique en soi, un *choix* fait par l'individu en lien avec ses motivations et ses désirs sexuels. Elle ne représente donc pas simplement que l'absence de pratiques sexuelles.

Dans le cadre de notre projet, nous nous intéressons précisément aux pratiques sexuelles avec partenaire, placées comme point culminant dans le discours sur la sexualité adolescente. Ces pratiques renvoient à des événements de vie subjectifs et situationnels qui se déroulent dans le contexte de relations interpersonnelles (Best et Fortenberry, 2013; Meier, 2007; Vasilenko *et al.*, 2014). Si les pratiques sexuelles avec partenaire sont souvent réduites par la recherche aux seules relations sexuelles « complètes »⁸ (*intercourse*), elles se présentent aujourd’hui en fait comme un éventail plus large d’activités marquées par les différences entre les individus et les multiples influences sociales qui pèsent sur eux (Moore et Rosenthal, 2006; Tolman et McClelland, 2011). Ces pratiques multiples s’organisent en une séquence ou une trajectoire progressive : l’expérimentation de la sexualité avec partenaire débute généralement par des pratiques sexuelles non génitales (p. ex. des baisers, des câlins), puis enchaîne avec des pratiques sexuelles génitales (p. ex. des touchers mutuels des organes génitaux, du sexe oral), pour terminer avec des relations sexuelles complètes (Boislard *et al.*, 2016; Diamond et Savin-Williams, 2009; Moore et Rosenthal, 2006).

Pour reprendre les mots de la psychologue et généticienne Kathryn Paige Harden (2014), les pratiques sexuelles à l’adolescence sont aujourd’hui une « norme statistique » expliquée par les changements sociaux en marche depuis les années 1960 qui ont permis de déconstruire les liens entre sexualité, mariage et grossesse⁹. Le Canada ne fait pas exception à cette tendance : les statistiques vont clairement dans ce sens, bien qu’elles ne soient pas uniformes et qu’elles concernent généralement les pratiques spécifiquement « à risque ». En effet, au Canada, déjà au début des années 2000, on note qu’environ un garçon sur deux et environ une fille sur trois parmi les élèves de première secondaire (*grade 7*) ont expérimenté au moins une fois des baisers intenses et des touchers au-dessus de la taille (Boyce *et al.*, 2006). Parmi les élèves de cinquième secondaire (*grade 11*), plus de 50 % ont également eu une relation sexuelle orale, alors que 46 % des filles et 40 % des garçons ont eu une relation sexuelle complète. En 2006, de façon plus surprenante, une étude observe que jusqu’à 68 % des adolescent·e·s canadien·ne·s de 14 à 17 ans ont eu une relation sexuelle orale et 85 %, une relation sexuelle vaginale (Frappier *et al.*, 2008). La

8. Comme le soulignent Lisa Diamond et Ritch Savin-Williams (2009), spécialistes en psychologie développementale, la définition d’une relation sexuelle complète varie beaucoup dans la recherche – elle est même souvent omise. De manière générale, elle se définit plus souvent comme une relation sexuelle spécifiquement vaginale. Néanmoins, on considère au contraire dans plusieurs recherches que les relations sexuelles anales en sont équivalentes, dans le but de se distancer d’une définition hétérocentrée de la sexualité.

9. Si l’affirmation d’une augmentation et d’une diversification des pratiques sexuelles des adolescent·e·s fait consensus en recherche, elle peut tout de même être nuancée selon Moore et Rosenthal (2006) : « Attitudes to sexuality are more liberal than in previous decades so that the teenagers of today may be more willing to admit to these behaviours than their predecessors. » (p. 11)

proportion d'adolescent·e·s se déclarant, de façon générale, sexuellement actifs ou actives augmente par ailleurs avec l'âge, passant de 20 % chez les adolescent·e·s âgé·e·s de 15 ans à 45 % chez les adolescent·e·s de 17 ans. En 2015-2016, une autre recherche situe la proportion d'adolescent·e·s canadien·ne·s sexuellement actifs ou actives à un peu plus de 20 % pour l'ensemble des jeunes âgé·e·s de 15 à 17 ans (Rotermann et McKay, 2020).

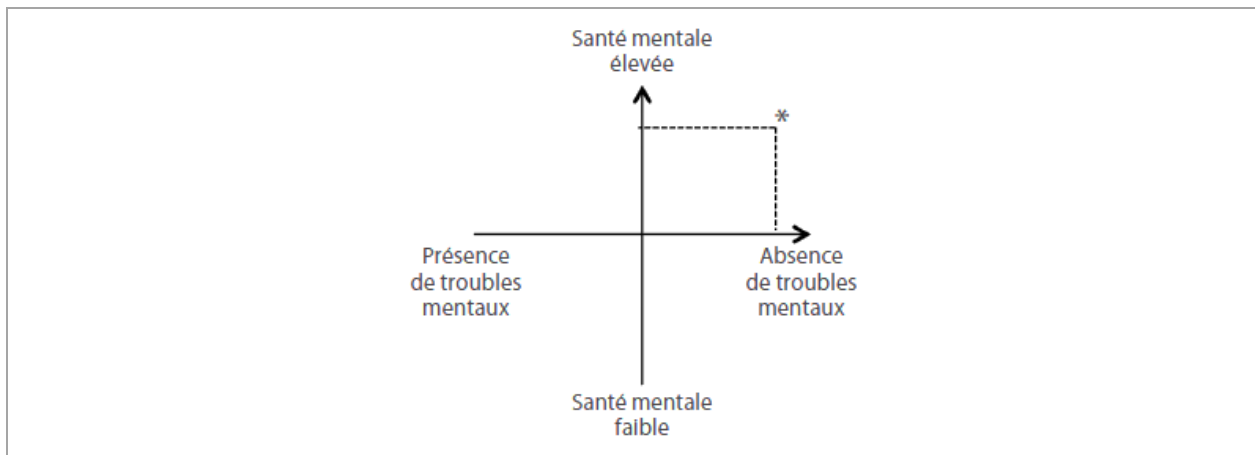
Au Québec plus spécifiquement, selon les données de l'EQSJS 2016-2017, 33 % des adolescent·e·s âgé·e·s de 14 ans ou plus ont déjà eu une relation sexuelle orale, vaginale ou anale au cours de leur vie, une proportion par ailleurs plus faible qu'en 2010-2011, où elle atteignait 37 % (Street, 2018). Cette proportion augmente évidemment à chaque niveau scolaire, passant de 19 % en première et deuxième secondaire à 49 % en cinquième secondaire. Une autre étude note justement que cette proportion atteint, en 2013-2014, environ 70 % chez les jeunes de 17 ans (Lambert *et al.*, 2017). Pour ce qui est des pratiques « à risque » plus spécifiques, d'après les données de l'EQSJS 2016-2017, 7 % des adolescent·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle, tout type confondu, ont eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans; 31 % ont eu trois partenaires sexuels ou plus; et, finalement, 40 % n'ont pas utilisé un condom à la dernière relation sexuelle vaginale, contre 52 % à la dernière relation anale (Street, 2018).

Bref, bien que les statistiques semblent sensiblement varier d'une enquête à l'autre et qu'une tendance claire soit plus difficilement discernable, on peut tout de même conclure que l'expérience de la sexualité est assez commune chez les adolescent·e·s canadien·ne·s et québécois·es. Soulignons que cette variabilité est notamment due à la variabilité de la définition même d'une sexualité active ou d'une relation sexuelle. La définition retenue dans le cadre de notre recherche est explicitée à la section 2.3.2 (p. 34), au chapitre 2. Notons tout de même que nous appréhenderons la sexualité dans une perspective « sexopositive », telle que proposée par Harden (2014), dans laquelle la sexualité adolescente s'inscrit dans le développement normal et peut apporter certains bénéfices – et ce, malgré les limites qu'imposent l'utilisation des données de l'EQSJS, qui rappelons-le, est une enquête de santé publique. Cette perspective positive se justifie d'autant plus que la sexualité constitue un phénomène multidimensionnel, subjectif et profondément relationnel : elle mobilise des dimensions physiques, émotionnelles, identitaires et sociales qui ne peuvent être réduites à la seule question du risque. Nous retenons également que les pratiques sexuelles ont des liens complexes avec les trois dimensions de la santé – physique, mentale et sociale –, comme l'explicitent Vasilenko et autres (2014) dans leur modèle conceptuel reliant les pratiques sexuelles adolescentes et le bien-être. Nous reviendrons sur l'ensemble de ces éléments théoriques à la section 1.3 (p. 16).

1.2.3 La santé mentale adolescente

La recherche portant sur la relation entre les pratiques sexuelles et la santé s'est principalement intéressée à la dimension physique de la santé, même si les répercussions de ces pratiques dépassent cette seule dimension (Vasilenko *et al.*, 2014). Dans le cadre de la présente recherche, nous nous intéresserons donc à la relation entre les pratiques sexuelles et une dimension de la santé autre que physique, soit la santé mentale. Largement, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2022) définit la santé mentale comme un « état de bien-être mental » dépassant la simple absence de troubles mentaux. Dans une telle conception holistique, le sociologue Corey Keyes décrit l'état de santé mentale selon deux continuums distincts, mais corrélés : l'un concernant les troubles mentaux, entre présence et absence; et l'autre concernant le niveau de santé mentale, ou « santé mentale positive », entre santés mentales languissante et florissante (Doré *et al.*, 2017; Doré et Caron, 2017; Keyes, 2007) (figure 1.1). Autrement dit, l'état de santé mentale complète se définit simultanément par deux dimensions : il représente à la fois une absence de trouble mental et un niveau optimal de santé mentale.

Figure 1.1 Modèle des deux continuums de la santé mentale et des troubles mentaux



* Santé mentale complète

Source : Doré et Caron, 2017, p. 127

Les données de l'EQSJS permettent d'avoir un aperçu de l'état de santé mentale des adolescent·e·s québécois·es selon ces deux dimensions. L'enquête montre notamment qu'en 2016-2017, la proportion de jeunes du secondaire souffrant de détresse psychologique est en hausse à tous les niveaux du secondaire depuis 2010-2011. On constate d'ailleurs que la proportion de jeunes se situant à un niveau élevé de détresse psychologique est plus forte chez les filles (40 %, contre 19 % chez les garçons) et chez les élèves de quatrième et cinquième années du secondaire (35 %). Si l'on se tourne plutôt vers l'indice de

santé mentale positive, on constate que 47 % des jeunes du secondaire ont une santé mentale florissante, 46 % une santé mentale modérée et 6 % une santé mentale languissante. La santé mentale florissante est davantage présente chez les garçons (51 %, contre 44 % chez les filles) et chez les jeunes de première année du secondaire (53 %).

Les données de l'EQSJS montrent d'ailleurs que d'autres facteurs, en plus du sexe et du niveau scolaire, sont associés autant à la détresse psychologique qu'à la santé mentale positive : la situation familiale, le niveau de scolarité des parents, le statut d'emploi des parents, la perception de la situation financière de la famille, l'autoévaluation de la performance scolaire, le niveau de supervision parentale, le niveau de soutien social, le nombre d'heures travaillées, le niveau d'activité physique, la durée de sommeil, l'estime de soi et certaines compétences sociales (Julien, 2018). Plus largement, l'OMS (2021) identifie une série plus ou moins similaire de facteurs exerçant une influence sur la santé mentale à l'adolescence :

Parmi les facteurs qui peuvent contribuer au stress à l'adolescence, il y a l'exposition à l'adversité, la pression pour se conformer à ses pairs et l'exploration de l'identité. L'influence des médias et les normes de genre peuvent exacerber la disparité entre la réalité vécue par un adolescent et ses perceptions ou aspirations pour l'avenir. D'autres déterminants importants de la santé mentale des adolescents sont la qualité de leur vie familiale et leurs relations avec leurs pairs. On sait que la violence (en particulier la violence sexuelle et le harcèlement), les pratiques éducatives sévères, les problèmes graves et les difficultés socioéconomiques font peser un risque sur la santé mentale. (n. p.)

D'ailleurs, les troubles mentaux sont liés à des comportements « à risque ». Ces comportements, incluant les comportements sexuels « à risque », peuvent à la fois être causes et conséquences d'une santé mentale fragilisée : d'un côté ils peuvent contribuer à la détérioration de la santé mentale, et de l'autre ils peuvent être une réponse à des « difficultés émotionnelles » préexistantes. Des analyses des données de l'*Enquête longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ ou *Je suis, je serai*) menée par l'ISQ montrent justement que les troubles mentaux sont, chez les adolescent·e·s québécois·es, associés à la délinquance (Fontaine *et al.*, 2019), à la consommation d'alcool (Marschall-Lévesque *et al.*, 2017) et à la consommation de cannabis (Bolanis *et al.*, 2020; London-Nadeau *et al.*, 2021). Au-delà des comportements jugés à risque, ces analyses montrent aussi un lien entre les troubles de santé mentale et la victimisation (Geoffroy *et al.*, 2016, 2018) ou la cybervictimisation (Perret *et al.*, 2020).

La santé mentale représente donc un enjeu important chez les adolescent·e·s. En effet, toujours selon l'OMS (2021), « la dépression, l'anxiété et les troubles du comportement sont parmi les principales causes

de morbidité et d'invalidité chez les adolescent[e]s » (n. p.), et le suicide est parmi les premières causes de mortalité chez les jeunes âgé-e-s de 15 à 19 ans. On parle justement souvent d'une « crise de l'adolescence », associant ainsi l'adolescence à une forme plus ou moins particulière de souffrance psychologique. Selon Le Breton (2007), l'adolescence peut effectivement être considérée comme une épreuve qui amène certain-e-s adolescent-e-s à « vi[vre] leur condition personnelle comme une fatalité sur laquelle ils [elles] n'ont aucune prise » (p. 29). Dans une société individualiste où la jeune génération est livrée à elle-même, ce serait justement cette difficulté de transformation qui serait à l'origine d'une « tonalité dépressive » d'intensité variable chez l'adolescent-e. La souffrance diffuse vécue à l'adolescence, souvent vécue comme un échec personnel, se définit donc selon Le Breton comme une perturbation du sentiment d'identité, et s'explique notamment par une socialisation et une disponibilité parentale affaiblies.

Cette conception de l'adolescence comme période de crise ne fait néanmoins pas l'unanimité. Cuin (2011), notamment, s'oppose à cette conception, en expliquant que les adolescent-e-s font face aux mêmes dilemmes que les adultes, mais en ayant simplement moins d'expérience, de préparation et de ressources pour y remédier. Cette « crise d'adolescence » découle en fait directement d'un processus de double performance : ce sont selon Cuin le caractère expérimental des conduites et leur complexité qui expliquent le développement de problématiques psychologiques chez les adolescent-e-s. Les diverses formes de déviance adolescente, comme le retrait social, proviennent donc d'une impossibilité de juxtaposer les logiques d'intégration et de stratégie, qui entraîne une frustration.

Concrètement, la santé mentale adolescente peut se mesurer de diverses façons, comme l'implique le modèle des deux continuums. Dans le cadre de notre recherche, nous aborderons la question de la santé mentale par ses deux dimensions pour éviter de se limiter à une représentation négative. Ainsi, plusieurs indicateurs seront mobilisés pour offrir une description plus complète de la santé mentale des adolescent-e-s. Ces indicateurs sont détaillés à la section 2.3.1 (p. 30), au chapitre 2.

1.3 Cadre conceptuel

La recherche sur la sexualité adolescente, autant théorique qu'empirique, provient essentiellement du domaine de la psychologie. Ce n'est pas surprenant, dans la mesure où la sexualité adolescente est largement renvoyée au « développement psychosexuel ». Selon la chercheuse en sexologie Marie-Aude Boislard et autres (2016), l'ensemble de la recherche sur le développement psychosexuel des

adolescent·e·s peut globalement être divisé en deux courants : d'un côté, un courant plus « traditionnel »¹⁰, ancré dans la santé publique, qui conçoit la sexualité avant tout comme potentiellement risquée et nuisible; et de l'autre côté, un courant plus moderne qui considère la sexualité comme « tâche développementale » de l'adolescence, élargissant ainsi la compréhension du développement sexuel des jeunes à de potentielles répercussions positives¹¹. Nous explorerons dans la présente section chacun de ces courants, avant de présenter les principales conclusions avancées par la recherche empirique sur la question du lien entre la santé mentale et les pratiques sexuelles avec partenaire.

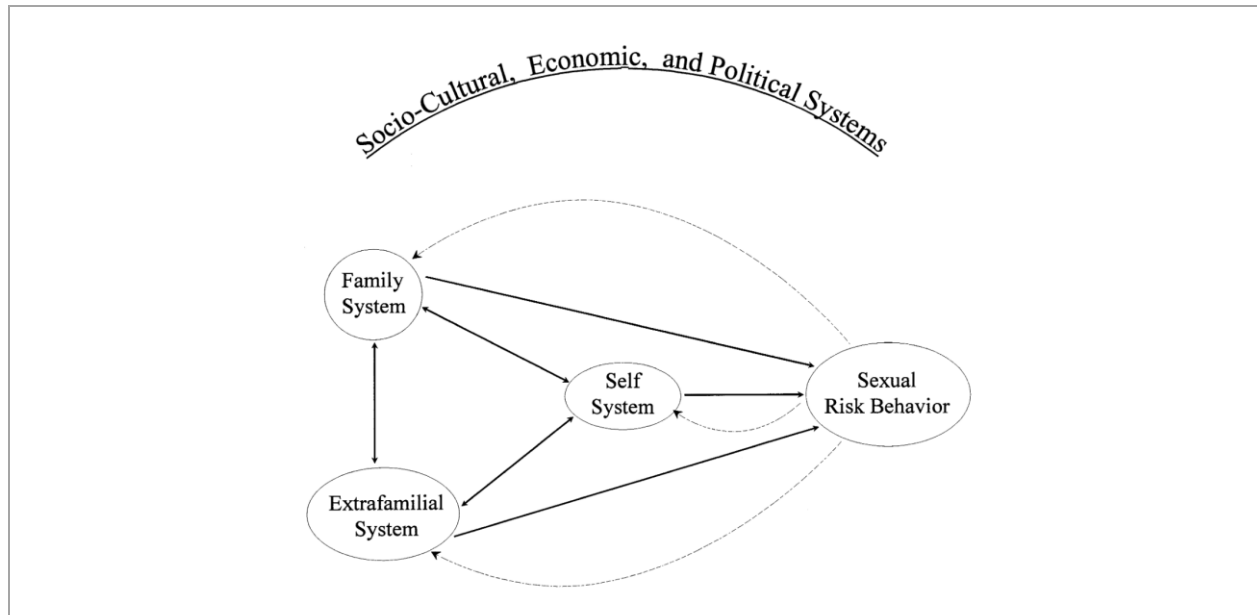
1.3.1 L'insistance sur la sexualité risquée et nuisible

Une part de la littérature scientifique considère les adolescent·e·s comme étant « à haut risque » de subir des conséquences liées à leurs pratiques sexuelles. De ce point de vue, c'est précisément la question de la prise de risque qui intéresse. Par conséquent, les facteurs qui influencent cette prise de risque dans la sexualité adolescente se placent au centre de la recherche. En effet, dans une perspective inspirée du modèle écologique du développement humain proposé par le psychologue Urie Bronfenbrenner, la santé sexuelle des adolescent·e·s est influencée par un ensemble de facteurs de risque, qu'on peut qualifier de facteurs écologiques, c'est-à-dire qui se situent à différents niveaux du système socioécologique d'un individu (Hajizade-Valokolaee *et al.*, 2016). Ainsi, selon la psychologue Beth Kotchick et autres (2001), notre compréhension de la sexualité adolescente dépend de notre connaissance des facteurs individuels et environnementaux corrélés à la prise de risque, comme ces facteurs influencent les expériences de la sexualité. Kotchick et autres proposent une perspective multisystémique, mettant l'accent sur « the reciprocal relations among multiple systems of influence on a person's behavior » (p. 496). L'adolescent·e est placé·e au cœur de systèmes imbriqués : le système du soi (*self-system*), qui inclue des facteurs biologiques, psychologiques et comportementaux; le système de la famille; et le système extrafamilial (figure 1.2). Dans un tel modèle, l'incidence de la sexualité sur la santé mentale est nécessairement une question complexe, comme elle est affectée à la fois par les pratiques sexuelles « à risque » et d'autres facteurs.

10. Ce courant est largement critiqué dans la recherche plus récente, mais demeure présent. Comme l'expliquent le sociologue américain Stephen Russell et autres (2012), l'ambivalence entourant l'image qu'on se fait de la sexualité adolescente, particulièrement aux États-Unis, explique la persistance de ce cadre axé sur le problème et la pathologie.

11. Schalet (2011) identifie aux États-Unis deux paradigmes opposés à une conception plus positive de la sexualité adolescente : le paradigme de la « sexualité comme risque », et celui de l'« abstinence jusqu'au mariage ». Ce dernier paradigme nous semble moins pertinent pour le contexte québécois, où la religion a globalement moins d'emprise sur le discours entourant la sexualité. Il n'est donc pas abordé dans notre recension théorique.

Figure 1.2 Perspective multisystémique des pratiques sexuelles adolescentes à risque



Source : Kotchick *et al.*, 2001, p. 496

1.3.2 L'élargissement à la sexualité positive et normative

Globalement, la recherche tend depuis quelques décennies à défaire l'association faite entre, d'une part, la sexualité adolescente et, d'autre part, le danger et la pathologie (Tolman et McClelland, 2011). Ainsi, les perspectives plus récentes s'éloignent de la vision prédominante, en se concentrant sur la variabilité des significations et des compréhensions des pratiques sexuelles plutôt que sur l'identification des risques qui y sont associés (Russell, 2005). Le risque n'est donc plus inhérent à la sexualité adolescente en recherche (Boislard *et al.*, 2016). Avec l'émergence de la « psychologie positive », les perspectives récentes présentent la sexualité de façon « positive » (Diamond et Savin-Williams, 2009), c'est-à-dire comme étant à la fois unique à chaque individu et multidimensionnelle, et intimement liée aux forces individuelles, au bien-être et au bonheur (Williams *et al.*, 2015). Harden (2014) développe justement une « perspective sexopositive » (*sex-positive perspective*) où elle propose de comprendre la sexualité comme faisant partie du développement des adolescent-e-s et étant potentiellement bénéfique pour leur santé. Au centre de cette perspective sexopositive se trouve l'idée selon laquelle la santé sexuelle dépasse l'évitement de répercussions négatives : on met ainsi de l'avant des aspects plus positifs de la sexualité, comme le plaisir, le consentement et l'agentivité.

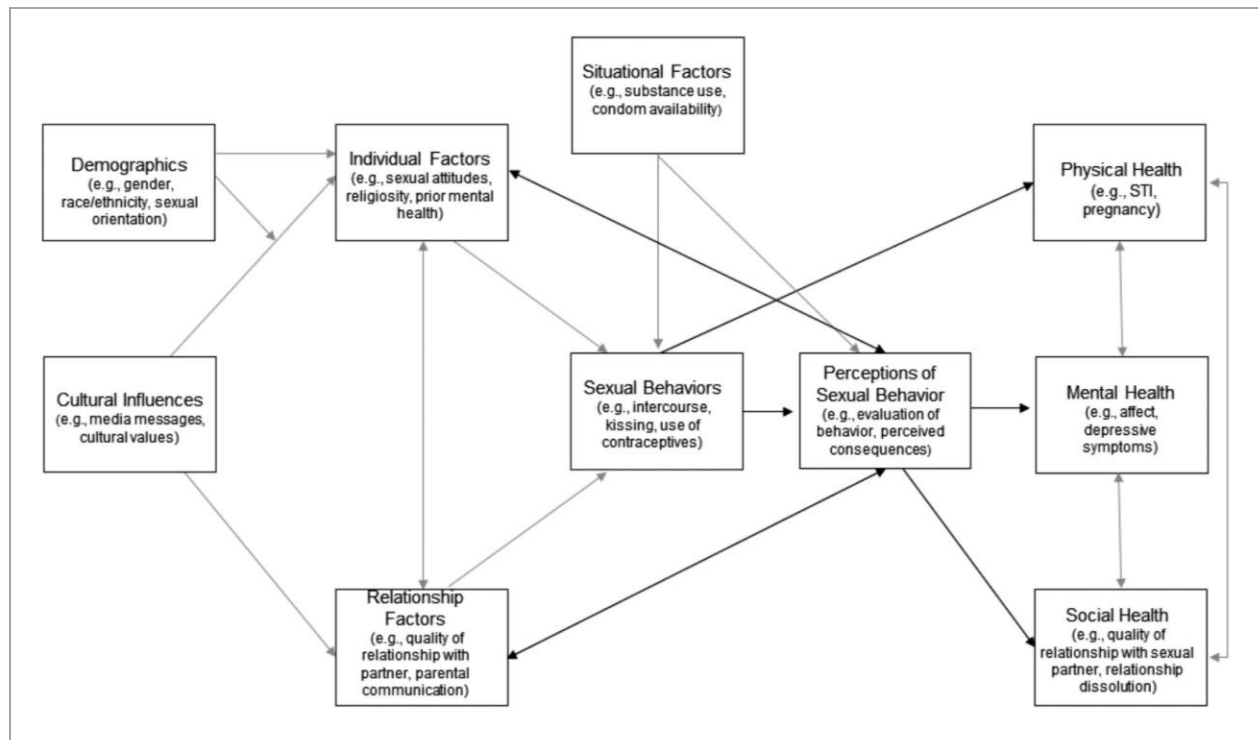
Tolman et McClelland (2011) mettent quant à elles l'accent sur l'aspect « normatif »¹² de la sexualité, lui-même ancré dans un cadre sexopositif, qui permet de prendre en compte plus largement la « nature développementale » de la sexualité adolescente. La sexualité est ainsi non seulement potentiellement bénéfique, elle est avant tout attendue et normative. En effet, selon Best et Fortenberry (2013), les pratiques sexuelles entre partenaires font plus largement partie du développement général de l'adolescent·e, qui est influencé par une série de facteurs : des facteurs génétiques et anténataux, le genre, des influences provenant de l'entourage (parents, frères et sœurs, pairs et partenaires), ainsi que celles du voisinage ou de la culture.

Pour comprendre plus précisément la relation qui existe entre la sexualité adolescente et le bien-être, Vasilenko et autres (2014) proposent un modèle plus complexe, dans lequel les pratiques sexuelles exercent une influence sur l'ensemble des dimensions de la santé – physique, mentale et sociale –, autant à court terme qu'à long terme, notamment par un effet cumulatif. Plus spécifiquement, ce modèle suggère que la santé mentale est influencée indirectement par les pratiques sexuelles, à travers l'évaluation et la perception de l'adolescent·e en regard de ses propres pratiques (figure 1.3). Cette façon de représenter le lien entre pratiques sexuelles et santé mentale est tout particulièrement intéressante sur le plan sociologique, puisqu'elle resitue un certain rapport à la norme sexuelle.

Tolman et autres (2003) intègrent le genre à un modèle de la santé sexuelle adolescente basé sur un réseau de théories, dans lequel plusieurs niveaux s'imbriquent, de l'individu au contexte socioculturel ou sociopolitique. Elles réalisent à l'issue de leur travail que des modèles propres à chaque genre présentent en réalité d'importants chevauchements. Elles parlent alors de « complémentarité des genres », soit l'idée selon laquelle les idéologies de la masculinité et de la féminité s'emboîtent pour reproduire les normes sexuelles soutenant l'hétérosexualité obligatoire. Au-delà de cette idée de complémentarité, la chercheuse féministe en psychologie Sharon Lamb (2010) propose de définir la santé sexuelle des adolescentes à l'aide d'un modèle de mutualité, qui contextualise la sexualité dans des relations, où les partenaires (donc, les filles comme les garçons dans le cas des relations hétérosexuelles) sont également responsables de leurs pratiques sexuelles.

12. La normativité renvoie ici au « phénomène développemental » qu'est la sexualité. Elle ne renvoie pas à l'idée qu'il y aurait des « repères normatifs » ou un parcours idéal dans la sexualité des adolescent·e·s.

Figure 1.3 Modèle conceptuel reliant les pratiques sexuelles adolescentes et le bien-être

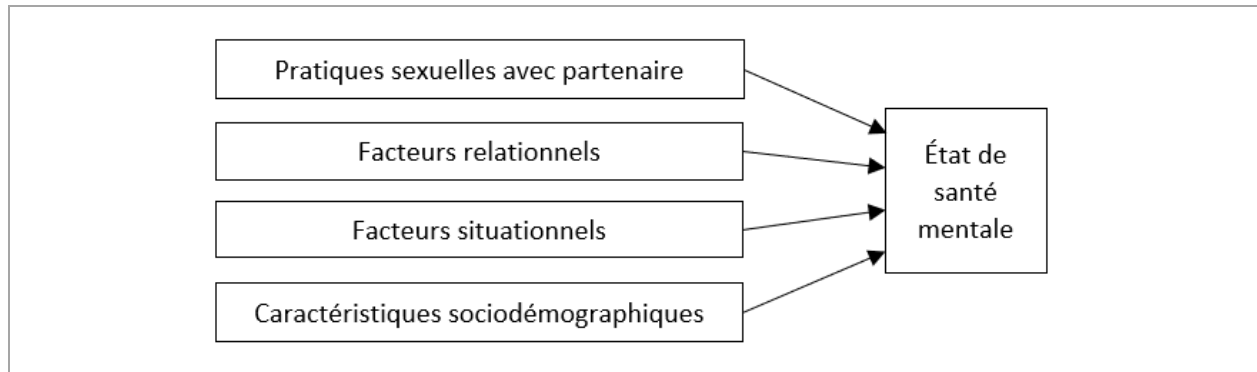


Source : Vasilenko *et al.*, 2014, p. 6

1.3.3 Modèle conceptuel

Comme explicité dans les sections précédentes, lorsqu'on réfléchit au lien entre la sexualité adolescente et le bien-être, de nombreux facteurs doivent être pris en compte. Dans le but de synthétiser cette complexité de manière conceptuelle, nous proposons un modèle dans lequel les variables sont regroupées par ensemble. Ce modèle conceptuel s'inspire de celui de Vasilenko et autres (2014), tout en le simplifiant substantiellement pour les besoins de nos analyses. Notre modèle conceptuel se compose ainsi de quatre ensembles de variables exerçant une influence supposée sur l'état de santé mentale : les pratiques sexuelles avec partenaire, les facteurs relationnels, les facteurs situationnels et les caractéristiques démographiques (figure 1.4). Les variables retenues pour mesurer chacun de ces ensembles sont présentées à la section 2.3 (p. 29), au chapitre 2.

Figure 1.4 Modèle conceptuel proposé



1.4 Recension des écrits empiriques

Les conclusions empiriques avancées dans la littérature scientifique montrent un lien complexe et nuancé entre les pratiques sexuelles entre partenaires et la santé mentale. Zhana Vrangalova et Ritch Savin-Williams (2011), spécialistes de la sexualité issus du champ de la psychologie, parlent même d'une « question controversée ». Il n'en demeure pas moins que la majorité de la recherche pointe vers une association négative entre sexualité et santé mentale à l'adolescence. Déjà, plusieurs recherches concluent qu'une sexualité active peut en elle-même être liée à certains problèmes de santé mentale chez les adolescent·e·s. En effet, le fait pour un·e adolescent·e d'avoir des expériences sexuelles, ou même tout simplement d'avoir eu une première relation sexuelle, serait lié à un bien-être psychologique plus faible : la sexualité active serait associée d'une part à une augmentation des symptômes de dépression et de détresse psychologique ou des difficultés émotionnelles et comportementales, et d'autre part à une diminution de l'estime de soi et du bien-être mental (Meier, 2007; Monahan et Lee, 2008; Vasilenko, 2017; Xu *et al.*, 2022).

Plus spécifiquement, la recherche insiste sur le fait que, chez les adolescent·e·s, les pratiques sexuelles considérées « à risque » ont une association positive avec divers troubles psychiatriques ou problèmes de santé mentale, ou du moins avec leurs symptômes. Plusieurs travaux associent tout particulièrement la dépression, y compris les idées suicidaires et les tentatives de suicide, à certaines pratiques sexuelles « à risque », comme le fait d'avoir une sexualité « précoce », d'avoir plusieurs partenaires sexuel·le·s, de ne pas utiliser de moyen de contraception ou de contracter des ITS (Chen *et al.*, 1997; Hallfors *et al.*, 2004; Kaltiala-Heino *et al.*, 2003; Kosunen *et al.*, 2003; Rector *et al.*, 2003; Sabia, 2006; Savioja *et al.*, 2018; Spriggs et Halpern, 2008; Vasilenko, 2017). Il existerait également un lien entre les pratiques sexuelles « à

risque » et d'autres troubles ou problèmes de santé mentale, comme les troubles du comportement et l'abus de substances (Chen *et al.*, 1997).

Notons que la direction supposée de la relation entre sexualité et santé mentale à l'adolescence varie d'une recherche à l'autre : alors que certaines recherches supposent que les pratiques sexuelles peuvent influencer la santé mentale (p. ex. Meier, 2007), d'autres supposent au contraire que la santé mentale peut influencer les pratiques sexuelles (p. ex. Chen *et al.*, 1997). D'autres recherches assument même que cette relation est bidirectionnelle (p. ex. Spriggs et Halpern, 2008). En réalité, la recherche transversale ne permet pas de confirmer la relation de la direction, puisqu'elle ne permet pas de traiter la question de la causalité. Certains travaux soulignent justement qu'une relation causale reste à vérifier (p. ex. Hallfors *et al.*, 2004), alors que d'autres remettent en question l'idée même d'une telle relation (p. ex. Monahan et Lee, 2008; Sabia, 2006). D'autres encore ne décèlent tout simplement pas, à la base, de relation entre les pratiques sexuelles et la santé mentale à l'adolescence, que ce soit à court terme (Rossi *et al.*, 2021) ou à plus long terme (Monahan et Lee, 2008; Spriggs et Halpern, 2008), ou décèlent des relations seulement partielles, dans la mesure où elles ne s'appliquent pas à certaines pratiques sexuelles comme le fait d'avoir plus de partenaires sexuel-le-s que la norme (Vrangalova et Savin-Williams, 2011). Une recherche conclut quant à elle que si une relation existe entre les pratiques sexuelles et le bien-être psychologique, elle disparaît lorsqu'on prend en compte les difficultés rencontrées au début de la vie (Xu *et al.*, 2022).

Malgré tout, la majorité des adolescent-e-s qui ont eu leur première relation sexuelle ne rapporteraient pas des niveaux de dépression plus élevés que les autres (Meier, 2007). La santé mentale n'est effectivement pas affectée par les pratiques sexuelles chez *l'ensemble* des adolescent-e-s; l'association est plutôt observée au sein de sous-groupes précis. Ces sous-groupes peuvent être déterminés notamment par certains traits psychologiques ou certaines expériences de l'enfance (Sabia, 2006). Les effets négatifs des pratiques sexuelles sur la santé mentale découlent en fait de l'interaction de plusieurs conditions individuelles et relationnelles (Meier, 2007). Par exemple, le premier rapport sexuel est associé à une augmentation de la dépression chez les jeunes ayant vécu une rupture amoureuse, en particulier lorsque ce premier rapport a été vécu à un jeune âge par rapport aux normes, ainsi que chez les filles. On note également que les jeunes ayant une sexualité active, mais une consommation de drogue relativement faible, sont moins susceptibles de déclarer une dépression, des idées suicidaires ou des tentatives de suicide que ceux et celles consommant davantage (Hallfors *et al.*, 2004).

Plus largement, la probabilité qu'un-e jeune adopte une pratique sexuelle à risque augmenterait avec la fréquence des « problèmes de vie », qui comprennent le stress, l'environnement négatif du voisinage et les mauvais comportements des pairs, alors qu'elle diminuerait plus le ou la jeune bénéficie du soutien de sa famille (Chen *et al.*, 1997). Le risque d'adopter des comportements sexuels à risque est aussi associé à l'attirance sexuelle, tout comme les symptômes dépressifs d'ailleurs : les jeunes attirés par les deux sexes seraient à la fois plus à risque d'utiliser le condom de façon irrégulière et d'avoir des symptômes dépressifs (Gersh *et al.*, 2022). Notons que, contrairement à ce qu'on pourrait croire, la désapprobation des parents à l'égard de la sexualité aurait quant à elle peu d'effet sur la relation entre les relations sexuelles et les symptômes dépressifs (Vasilenko, 2017).

La plupart des recherches s'intéressant sur la question du lien entre la sexualité et la santé mentale chez les jeunes décèlent des différences notables entre les genres. Certaines montrent que la relation de l'activité sexuelle avec la dépression est plus forte chez les filles que chez les garçons, alors que ce serait l'inverse pour celle avec les tentatives de suicide (Monahan et Lee, 2008; Rector *et al.*, 2003; Vasilenko, 2017). D'autres études concluent que l'entrée dans la sexualité est associée à une augmentation de la dépression chez les filles seulement (Meier, 2007; Sabia, 2006; Spriggs et Halpern, 2008). L'activité sexuelle est également associée à de plus forts niveaux de dépression et à de plus faibles niveaux d'estime de soi spécifiquement chez les filles qui ont des rapports sexuels en dehors d'une relation romantique (Meier, 2007; Monahan et Lee, 2008). L'entrée dans la sexualité serait néanmoins associée à une baisse des idées suicidaires chez les filles (Sabia, 2006). Le nombre de relations sexuelles complètes fait quant à lui augmenter la probabilité de souffrir de dépression chez les garçons, alors qu'il la fait diminuer chez les filles, particulièrement chez celles en relation amoureuse (Kosunen *et al.*, 2003). D'ailleurs, si les garçons, particulièrement ceux plus âgés, sont plus susceptibles d'adopter des pratiques sexuelles considérées « à risque », les filles adoptant de telles pratiques sont plus vulnérables à la dépression, y compris aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide (Chen *et al.*, 1997; Hallfors *et al.*, 2004; Kaltiala-Heino *et al.*, 2003).

Les pratiques sexuelles des adolescent-e-s, et plus spécifiquement celles considérées à risque, sont également associées à l'âge (Chen *et al.*, 1997). L'association positive qu'ont les pratiques sexuelles des adolescent-e-s avec d'une part la dépression et d'autre part l'idéation suicidaire s'amenuise à l'âge : si elle est relativement forte chez les adolescent-e-s plus jeunes, elle tend à disparaître plus l'âge augmente (Hallfors *et al.*, 2004; Sabia, 2006; Spriggs et Halpern, 2008; Vasilenko, 2017). D'ailleurs, cette relation

diffère selon le genre : chez les filles plus âgées, la relation entre la dépression et les relations sexuelles disparaît; chez les garçons, la relation s'inverse, c'est-à-dire que les plus vieux qui ont eu des relations sexuelles ont *moins* de chances d'être dépressifs (Savioja *et al.*, 2018).

Outre le genre et l'âge, la recherche souligne la contribution importante de certaines autres caractéristiques sociodémographiques dans l'analyse du lien entre la pratiques sexuelles considérées à risque et la santé mentale chez les adolescent·e·s, comme la race ou l'ethnicité, le niveau d'éducation des parents et la structure familiale (Hallfors *et al.*, 2004). En effet, le fait d'adopter des pratiques sexuelles « à risque » est lié à une augmentation de la dépression chez les jeunes d'une autre race ou ethnicité que blanche ou noire, ainsi que chez ceux et celles n'habitant pas avec leurs deux parents ou dont la mère est monoparentale, mais à une diminution chez ceux et celles dont les parents ont un niveau de scolarité plus élevé. En revanche, les pratiques sexuelles « à risque » sont associées à une augmentation de l'idéation suicidaire chez les jeunes dont le niveau d'éducation des parents est plus élevé, mais une diminution chez les jeunes noir·e·s.

Les conclusions présentées jusqu'à présent proviennent d'études qui se concentrent uniquement sur la dimension « négative » de la santé mentale, c'est-à-dire sur les troubles mentaux. Comme Vasilenko et autres (2014) l'avancent justement, très peu d'études qui abordent la santé mentale chez les adolescent·e·s le font par ses aspects positifs. Cette limite tient en partie au fait que les définitions dominantes de la santé et de la maladie, ainsi que les outils de mesure disponibles, privilégient historiquement l'identification des symptômes plutôt que l'évaluation du bien-être ou du fonctionnement optimal. Des travaux récents montrent d'ailleurs que les approches de « santé positive » demeurent encore difficilement opérationnalisables : le concept manque de clarté, les outils de mesure sont hétérogènes et peu validés, et les professionnel·le·s réclament une meilleure formation pour en assurer l'application (van Vliet *et al.*, 2024). Ces défis contribuent à la rareté d'indicateurs robustes permettant d'étudier les dimensions positives de la santé mentale chez les jeunes.

Ainsi, les résultats considérant la santé mentale sous un angle positif demeurent très partiels. On note tout de même dans une recherche qu'il existe une association positive, chez les jeunes, entre le fait d'être « sexuellement expérimenté·e » et le bien-être positif, cette association étant liée au moment du début de la sexualité : les jeunes ayant une sexualité plus tardive, plus particulièrement les filles, sont plus susceptibles d'avoir un niveau de bien-être plus faible que ceux et celles dont l'entrée dans la sexualité a

été faite à un moment plus typique (Vrangalova et Savin-Williams, 2011). Aux États-Unis, une équipe de recherche démontre également que, chez les couples adolescents, l'association entre les relations sexuelles complètes et les qualités de la relation de couple peut être positive (Welsh *et al.*, 2005). D'autres travaux montrent des relations entre des aspects positifs de la santé mentale et des aspects de la sexualité autres que les pratiques sexuelles. Une recherche australienne conclut par exemple que les adolescentes qui ont plus d'expérience sexuelle sont davantage conscientes de leurs sentiments sexuels et de leur agentivité sexuelle (Horne et Zimmer-Gembeck, 2006). Cette association varierait néanmoins selon l'âge : la relation ne serait positive que chez les adolescent·e·s plus vieux ou vieilles. Si de tels résultats ne permettent pas toujours d'expliquer la relation précise entre pratiques sexuelles avec partenaire et santé mentale, ils montrent tout de même qu'il est possible de dépasser la supposition que les pratiques sexuelles mènent nécessairement à des conséquences négatives pour l'ensemble des jeunes, et d'accepter, comme on le fait pour les adultes, que « sexual expression can promote close relationships and commitment » (Russell *et al.*, 2012, p. 74).

1.5 Questions et hypothèses de recherche

Nous souhaitons brosser un portrait des pratiques sexuelles avec partenaire à l'adolescence au Québec et leur association avec la santé mentale, ce qui nous servira de base pour requestionner les a priori à la base du discours les entourant. Un tel portrait du contexte québécois est pertinent, puisque peu de chercheuses et chercheurs se sont intéressé·e·s à ce contexte particulier. Comme précédemment explicité, la littérature scientifique portant sur la sexualité adolescente provient en majeure partie des États-Unis, et ne peut pas toujours être directement transposée à d'autres contextes. De plus, soulignons qu'une part importante de cette littérature est relativement ancienne; certaines conclusions avancées ne reflètent peut-être plus fidèlement l'état actuel du phénomène.

Nous en venons ainsi à poser la question générale suivante : dans quelle mesure les pratiques sexuelles avec partenaire sont-elles associées à la santé mentale chez les adolescent·e·s québécois·es? Afin de répondre à cette question, nous étudierons les facteurs qui influencent divers indicateurs de la santé mentale se rapportant aux deux dimensions de la santé mentale. Cette analyse permettra d'une part d'élargir la compréhension du lien entre la santé et la sexualité et d'autre part d'aborder les potentiels bénéfices de la sexualité sur le bien-être des adolescent·e·s.

Plus concrètement, nous posons les questions spécifiques suivantes :

1. Quelles sont les pratiques sexuelles avec partenaire des adolescent·e·s québécois·es âgé·e·s de 14 ans et plus?
2. Quel est le portrait de la santé mentale de ces adolescent·e·s?
3. Quel est le lien entre la santé mentale de ces adolescent·e·s et leurs pratiques sexuelles avec partenaire?
4. Quelles sont les principales variables associées à la fois à la santé mentale et aux pratiques sexuelles avec partenaire?
5. Quel est le meilleur modèle permettant d'identifier les variables les plus fortement associées à la santé mentale qui inclue les pratiques sexuelles avec partenaire?

Considérant ces questions et à la lumière des conclusions mises de l'avant dans la recherche, nous formulons plusieurs hypothèses concernant les pratiques sexuelles des adolescent·e·s québécois·es âgé·e·s de 14 ans et plus, leur santé mentale et l'association qui existe entre ces deux sphères :

1. Il existe une relation négative significative entre l'état de santé mentale et les relations sexuelles complètes (Hallfors *et al.*, 2004; Kaltiala-Heino *et al.*, 2003; Meier, 2007; Monahan et Lee, 2008; Rector *et al.*, 2003; Sabia, 2006; Spriggs et Halpern, 2008; Vasilenko, 2017; Xu *et al.*, 2022).
2. En revanche, cette association s'explique en partie par d'autres facteurs notamment les caractéristiques sociodémographiques des adolescent·e·s, comme le genre et l'âge (Hallfors *et al.*, 2004; Meier, 2007; Spriggs et Halpern, 2008). Cette association ne reflète ainsi pas un lien direct, mais plutôt l'influence de variables connexes.
3. Il existe également une relation entre l'état de santé mentale et certaines caractéristiques des relations sexuelles, communément identifiées comme des « facteurs de risque ». Elle est positive dans le cas de l'âge de la première relation sexuelle et de l'utilisation du condom, mais négative dans le cas du nombre de partenaires sexuel·le·s (Chen *et al.*, 1997; Kosunen *et al.*, 2003; Savioja *et al.*, 2018; Vasilenko, 2017).
4. L'association générale entre l'état de santé mentale et les pratiques sexuelles varie aussi selon la pratique observée, s'expliquant en partie par les variables qui l'influencent, comme le genre (Vasilenko, 2017).

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE

2.1 Enquête et outil de collecte

Nos analyses portent sur des données tirées de l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire* (EQSJS), une vaste enquête menée par l'ISQ. Puisqu'elles sont récoltées directement auprès d'un important échantillon d'élèves du secondaire, les données de l'EQSJS nous permettent d'appréhender les pratiques et les représentations des adolescent·e·s telles qu'ils et elles les rapportent.

L'EQSJS est une enquête menée pour le compte du MSSS tous les 6 ans. Elle vise principalement à « dresser un portrait des habitudes de vie, de l'état de santé physique et mentale, ainsi que de l'adaptation sociale des élèves du secondaire au Québec » (Plante *et al.*, 2018, p. 13). L'EQSJS est avant tout une enquête de santé publique. En effet, elle permet de récolter des « données fiables et objectives sur plusieurs aspects jugés importants *par la santé publique* » (Plante *et al.*, 2018, p. 13; nous soulignons)¹³, notamment pour alimenter le Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants (PNS). Le caractère récurrent de l'enquête permet justement d'assurer un suivi de l'état de santé des jeunes.

Nous nous intéressons plus particulièrement aux données de la deuxième édition de l'EQSJS, qui porte sur l'année scolaire 2016-2017¹⁴. La collecte de données de cette édition a été réalisée de novembre 2016 à mai 2017 en face-à-face par deux intervieweurs ou intervieweuses de l'ISQ. Durant cette période, une équipe de l'ISQ s'est rendue dans chacune des classes sélectionnées pour inviter chaque élève à remplir, sur une base volontaire¹⁵ et de façon anonyme, un questionnaire autoadministré d'environ 30 minutes à l'aide d'une tablette électronique. Deux versions du questionnaire, en grande partie similaires, étaient distribuées à parts égales. Nos analyses portent uniquement sur les données récoltées à l'aide de la

13. Outre le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), les organisations ayant participé à l'élaboration de l'enquête sont effectivement toutes issues de la santé publique : des directions régionales de santé publique, des tables de concertation nationale en santé publique et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

14. Une troisième édition, portant sur l'année scolaire 2022-2023, a eu lieu. Les données n'étaient néanmoins pas disponibles au moment de la réalisation de nos analyses.

15. Si la participation des élèves était volontaire, celle des écoles était au contraire obligatoire, compte tenu de l'importance d'obtenir un taux de réponse élevé.

version 2 du questionnaire, parce que les questions utilisées dans la construction des indicateurs de détresse psychologique et de santé mentale positive n'ont été posées que dans cette version.

2.2 Population et échantillon

La population visée par l'EQSJS 2016-2017 consiste en l'ensemble des « élèves de la 1^{re} à la 5^e année du secondaire qui sont inscrit[e]s au secteur des jeunes, dans les écoles québécoises publiques et privées, francophones et anglophones, à l'automne 2016 » (Plante et Courtemanche, 2018, p. 17). En sont exclu-e-s les élèves qui fréquentent les centres de formation professionnelle, les écoles situées dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nunavik, les écoles dont la langue d'enseignement est autochtone, les établissements hors du réseau québécois, les écoles dont au moins 30 % des élèves sont handicapé-e-s ou présentent un trouble grave de comportement, ainsi que les écoles d'un réseau local de services (RLS) de l'Estrie. La population visée par l'enquête représente environ 388 000 élèves, soit 98 % des élèves du secondaire inscrit-e-s au secteur des jeunes au Québec à la rentrée 2016. À noter que des élèves ont également été exclu-e-s de la population pour des raisons logistiques, parce que leur classe comptait moins de cinq élèves ou parce que la majorité des élèves de leur classe n'étaient pas en mesure de remplir le questionnaire sur une tablette électronique en français ou en anglais. En fin de compte, la population réellement couverte représenterait environ 95 % de la population visée.

Un échantillon probabiliste a été tiré selon un « plan d'échantillonnage stratifié à trois degrés » : d'abord, des écoles ont été sélectionnées avec une probabilité proportionnelle à leur taille, pour chaque région et chaque niveau scolaire; ensuite, parmi ces écoles, des classes ont été sélectionnées aléatoirement¹⁶; finalement, parmi ces classes, les élèves ont été réparti-e-s aléatoirement entre les deux versions du questionnaire de l'enquête, en parts égales¹⁷ (Plante et Courtemanche, 2018). Au bout du compte, ce sont 2 901 classes¹⁸, réparties au sein de 466 écoles, qui ont été échantillonnées.

16. Dans les régions de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, l'ensemble des classes ont été sélectionnées ou presque, compte tenu d'un nombre d'élèves plus limité ou insuffisant pour atteindre le niveau de précision attendu pour les estimations statistiques.

17. L'échantillon de l'*Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves* (ECTADE), menée pour le compte de Santé Canada, a été intégré à celui de l'EQSJS. Le plan d'échantillonnage prévoyait ainsi également d'assigner des élèves au questionnaire de l'ECTADE plutôt qu'à l'un des questionnaires de l'EQSJS (sauf pour les régions de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine). Ces sont exclu-e-s de l'échantillon de l'EQSJS.

18. Il s'agit ici du nombre final, après les ajustements en cours de collecte. Initialement, 2 884 classes ont été échantillonnées mais, pendant la collecte, 25 ont été ajoutées et 8, retirées. Ces ajustements sont notamment dus à une estimation inexacte du nombre de classes dans les écoles recensées et à la fermeture a priori inconnue de certaines écoles.

Au total, 62 277 élèves¹⁹ provenant de 2 899 classes réparties dans 465 écoles ont répondu à l'enquête, pour un taux de réponse global pondéré s'élevant à environ 91 %²⁰. Or, nos analyses ne portent que sur une portion de ces élèves, soit ceux et celles étant âgé·e·s de 14 ans et plus. Sont ainsi exclu·e·s les élèves âgé·e·s de moins de 14 ans, parce que les questions portant sur les pratiques sexuelles ne leur ont pas été posées dans le cadre de l'enquête. À cette exclusion s'ajoute celle des élèves ayant répondu à la version 1 du questionnaire de l'enquête, parce que les questions servant à construire les indicateurs de détresse psychologique et de santé mentale positive, deux indicateurs que nous retenons pour analyser la santé mentale, n'y sont pas incluses. Ainsi, en fin de compte, nos analyses portent sur un peu plus du tiers des élèves ayant répondu à l'enquête, soit 22 407 élèves. Adoptant une définition large de l'adolescence, nous considérons l'ensemble de ces élèves comme étant des adolescent·e·s dans le cadre de nos analyses. Une fois pondéré, l'échantillon visé par nos analyses représente une population de près de 269 400 élèves âgé·e·s de 14 ans et plus.

2.3 Variables retenues

Rappelons que notre modèle conceptuel, adapté de Vasilenko et autres (2014), regroupe les divers facteurs expliquant le lien entre en quatre ensembles supposés influencer la santé mentale : les pratiques sexuelles avec partenaire, les facteurs relationnels, les facteurs situationnels et les caractéristiques démographiques. Les sections suivantes présentent les variables retenues pour nos analyses, pour chacun de ces ensembles. Certaines de ces variables sont reprises directement de l'ISQ, tel qu'elles ont été construites. Les détails présentés sont alors principalement ceux précisés par l'ISQ dans son rapport de l'EQSJS 2016-2017 (Traoré *et al.*, 2018c). À noter que pour alléger le texte, le libellé et les choix de réponse des questions à l'origine des variables sont présentés dans l'annexe A (p. 116). Soulignons également qu'en prévision des régressions logistiques réalisées dans le cadre de nos analyses, la plupart des variables ont été simplifiées pour en faire des variables dichotomiques. Les catégories simplifiées sont présentées à la section 2.4.1 (p. 41), au chapitre 2.

19. Ce nombre exclut quelque 200 cas jugés non valides après la collecte de données en raison d'un trop grand nombre de réponses manquantes.

20. Notons que le taux de réponse varie relativement peu d'un niveau scolaire à l'autre.

2.3.1 L'état de santé mentale

Comme précisé précédemment, l'état de santé mentale d'un individu s'explique par la rencontre de deux dimensions, tel que décrit dans le modèle des deux continuums (Doré et Caron, 2017; Keyes, 2007). Dans le cadre de nos analyses, la première dimension, soit celle des troubles mentaux, est mesurée par deux indicateurs, l'un portant sur le niveau de détresse psychologique et l'autre se rapportant au diagnostic d'un trouble dépressif ou anxieux et, le cas échéant, de la prise d'un médicament prescrit pour soigner ce trouble. Un troisième indicateur portant sur la santé mentale positive permet d'inclure à notre analyse la deuxième dimension, soit celle du niveau de santé mentale. Nous jugeons pertinent d'inclure ce dernier indicateur pour éviter de se limiter à une représentation négative de la santé mentale et pour ainsi brosser un portrait plus complet de la santé mentale, bien qu'il soit plus rare de voir ce genre d'indicateur dans la recherche. Effectivement, les indicateurs se rapportant aux troubles mentaux, en particulier à la dépression ou aux symptômes dépressifs, sont beaucoup plus largement mobilisés dans la recherche pour opérationnaliser la santé mentale, y compris dans la recherche portant spécifiquement sur les liens entre santé mentale et sexualité à l'adolescence (Hallfors *et al.*, 2004; Kaltiala-Heino *et al.*, 2003; Kosunen *et al.*, 2003; Meier, 2007; Monahan et Lee, 2008; Rector *et al.*, 2003; Rossi *et al.*, 2021; Sabia, 2006; Soller *et al.*, 2017; Spriggs et Halpern, 2008; Vasilenko, 2017). Ce n'est pas surprenant que la dépression en particulier soit largement mobilisée, puisqu'elle compte parmi les principaux troubles affectant les adolescent·e·s, tout comme l'anxiété d'ailleurs (OMS, 2021).

Les sections suivantes décrivent plus en détail la construction de chacun de ces trois indicateurs. Soulignons par ailleurs qu'ils sont relativement corrélés, mais tout de même bien distincts²¹. Du même coup, puisqu'ils renvoient aux deux dimensions de l'état de santé mentale du modèle des deux continuums de Keyes, ils illustrent bien comment ces deux dimensions se distinguent et permettent de décrire la santé mentale de façon plus complète.

21. Les résultats du croisement des trois indicateurs sont présentés dans le tableau B1 (p. 130) et dans la figure B1 (p. 131), à l'annexe B.

2.3.1.1 Le niveau de détresse psychologique

La détresse psychologique est définie dans l'EQSJS comme :

[...] un ensemble de symptômes d'ordre affectif, cognitif et somatique qui affectent négativement les individus dans différents domaines. Ces symptômes sont généralement passagers, mais peuvent se présenter avec intensité et persistance, et avoir des répercussions sur le fonctionnement des individus. (Traoré *et al.*, 2018c, p. 24)

Dans l'enquête, la détresse psychologique est mesurée à l'aide de l'indice de détresse psychologique de Santé Québec²² (IDPSQ), une traduction française du *Psychiatric Symptom Index* (PSI) développé par le psychiatre Frederic Ilfeld fils (1976). Initialement une traduction intégrale des 29 questions originales (Perrault *et al.*, 1988), l'indice a plus tard été simplifié pour ne comporter que 14 questions (Préville *et al.*, 1992). C'est cette version simplifiée qui a été utilisée dans l'EQSJS. Elle présente par ailleurs une fiabilité et une validité acceptables lorsqu'utilisée auprès de la population adolescente au Québec (Deschesnes, 1998).

L'IDPSQ, tel qu'il est mobilisé dans l'EQSJS 2016-2017, est ainsi basé sur 14 questions, qui portent sur des symptômes associés à la dépression, à l'anxiété, à l'irritabilité et aux problèmes cognitifs (Julien, 2018). Ces questions évaluent la fréquence de chacun de ces symptômes, avec quatre choix de réponse possibles, de « Jamais » à « Très souvent ». Pour chacune des questions, les choix sont associés à un score de 0 à 3, respectivement. L'IDPSQ est basé sur la somme de l'ensemble de ces scores, ramenée sur une échelle de 0 à 100. Un score total élevé correspond à un niveau plus élevé de détresse psychologique.

Dans le cadre de nos analyses, nous appliquons la méthode utilisée dans le cadre de l'EQSJS (Camirand *et al.*, 2013; Julien, 2018), soit celle originalement proposée par Santé Québec (Perrault *et al.*, 1988) et reprise dans quelques enquêtes de santé depuis (Laguë et Lamarre, 2000; Légaré *et al.*, 1995, 2001). Cette méthode consiste à séparer les scores totaux en trois catégories correspondant à des niveaux de détresse distincts, soit de « faible » à « élevé », en se basant sur les intervalles des quintiles du score, le quintile

22. Il s'agit ici de l'une des quatre entités fusionnées en 1999 pour créer l'ISQ (ISQ, 2020). On pourrait donc dire que l'IDSPQ est un produit de l'ISQ, réutilisé dans ses propres enquêtes, dont l'EQSJS 2016-2017.

inférieur représentant un niveau faible et le supérieur, un niveau élevé. Pour nos analyses, les catégories sont basées sur les seuils suivants²³ :

- Faible : scores de moins de 11,9 (quintile 1);
- Moyen : scores se situant entre 11,9 et moins de 50,0 (quintiles 2, 3 et 4);
- Élevé : scores de 50,0 ou plus (quintile 5).

Puisque les seuils utilisés dans sa construction ne réfèrent à aucun seuil diagnostique, l'IDPSQ n'est pas conçu pour poser un diagnostic clinique ou pour estimer une prévalence de la détresse psychologique dans la population (Ayotte *et al.*, 2009; Julien, 2018). Cet indice n'est donc utile qu'à des fins de comparaison entre différents sous-groupes d'élèves (p. ex. entre les filles et les garçons) pour déterminer lesquels sont plus susceptibles de présenter un certain niveau de détresse psychologique.

2.3.1.2 Le diagnostic de dépression ou d'anxiété

Afin d'opérationnaliser la dimension des troubles mentaux, nous retenons également un indicateur renvoyant au diagnostic d'un trouble dépressif ou anxieux et, le cas échéant, à la prise d'un médicament prescrit pour soigner ce trouble. Cette considération de la prise d'un médicament permet de prendre en compte une certaine part du traitement de la dépression ou de l'anxiété diagnostiquée.

Notre indicateur est construit à partir de trois variables dichotomiques, les deux premières portant respectivement sur le diagnostic de dépression et d'anxiété confirmé par un·e médecin ou un·e spécialiste de la santé, et la dernière portant sur la prise d'un médicament prescrit par un·e médecin pour soigner la dépression ou l'anxiété au cours des deux semaines précédant l'enquête. Nous avons ainsi réparti les élèves au sein de trois catégories :

- Diagnostic de dépression ou d'anxiété avec médication prescrite;
- Diagnostic de dépression ou d'anxiété sans médication prescrite;
- Pas de diagnostic de dépression ou d'anxiété.

23. Dans l'EQSJS 2016-2017, l'ISQ utilise les seuils de l'édition 2010-2011 pour permettre la comparaison entre les deux éditions. Comme nous ne faisons pas une telle comparaison dans nos analyses, nous avons recalculé les intervalles des quintiles pour assurer une plus grande fidélité aux données de l'édition 2016-2017.

2.3.1.3 Le niveau de santé mentale positive

Dans le cadre de l'EQSJS, la santé mentale positive est mesurée grâce au questionnaire abrégé du *Mental Health Continuum* de Keyes et ses collègues (2012), plus précisément de sa version française, le Continuum de santé mentale, dont la fiabilité et la validité ont été démontrées chez les jeunes adultes au Québec (Doré *et al.*, 2017). Ce questionnaire comporte deux échelles. La première porte sur le bien-être émotionnel, qui se rapporte aux émotions positives, ainsi qu'à la satisfaction et à l'intérêt à l'égard de la vie. La seconde englobe quant à elle le bien-être fonctionnel, c'est-à-dire les « expériences en société » (p. ex. la contribution sociale et l'intégration sociale), et le bien-être psychologique, c'est-à-dire le fonctionnement dans divers domaines (p. ex. l'épanouissement personnel et l'acceptation de soi) (Keyes, 2002; Orpana *et al.*, 2017). Ces deux dimensions sont généralement mesurées à l'aide de 14 questions; or, Keyes (2006) propose de retirer deux questions de l'indice lorsque celui-ci vise à mesurer la santé mentale positive auprès de la population adolescente.

C'est ainsi l'indice à 12 questions qui est retenu dans le cadre de l'EQSJS (Julien, 2018). Les trois premières questions de l'indice portent sur le bien-être émotionnel, et les neuf suivantes, sur le bien-être fonctionnel (dans l'ordre, cinq portent sur le bien-être social, puis quatre sur le bien-être psychologique). L'ensemble de ces questions évaluent une fréquence, à partir de six choix de réponse, entre « Jamais » et « Tous les jours ». Sur la base des réponses obtenues, l'ISQ a classé les élèves en trois catégories selon la méthode proposée par Keyes (2006) :

- Santé mentale florissante, lorsque l'élève a répondu « Presque tous les jours » ou « Tous les jours » à au moins une question sur le bien-être émotionnel et à au moins cinq de celles sur le bien-être fonctionnel;
- Santé mentale languissante, lorsque l'élève a répondu « Jamais » ou « Une fois ou deux » à au moins une question sur le bien-être émotionnel et à au moins cinq de celles sur le bien-être fonctionnel;
- Santé mentale modérément bonne, lorsque l'élève ne se situe dans aucune des deux autres catégories.

Pour nos analyses, nous reprenons l'indice de santé mentale positive tel qu'il a été construit par l'ISQ.

2.3.2 Les pratiques sexuelles avec partenaire

Comme nous l'avons abordé, la sexualité adolescente est vaste. Nous nous concentrons ainsi sur les pratiques sexuelles avec partenaire qui, nous le rappelons, sont souvent considérées comme le point culminant de la sexualité adolescente. Plus précisément, nous nous intéressons avant tout aux relations sexuelles complètes, souvent présentées comme l'aboutissement de la trajectoire sexuelle des jeunes (Boislard *et al.*, 2016; Diamond et Savin-Williams, 2009; Moore et Rosenthal, 2006). Justement, les pratiques sexuelles des adolescent·e·s sont souvent opérationnalisées par les relations sexuelles complètes dans la recherche (Kosunen *et al.*, 2003; Meier, 2007; Sabia, 2006; Vasilenko, 2017). Dans le cadre de nos analyses, cette variable est construite à partir de deux variables dichotomiques, l'une indiquant si l'élève a déjà eu une relation sexuelle vaginale avec consentement, définie dans l'EQSJS comme la « pénétration du pénis dans le vagin », et l'autre indiquant s'il ou elle a eu une relation sexuelle anale avec consentement, quant à elle définie comme la « pénétration du pénis dans l'anus ». Nous considérons donc que l'élève a eu une relation sexuelle complète s'il ou elle a déjà une relation sexuelle vaginale ou anale.

Au-delà de ce premier indicateur de la sexualité adolescente, les données de l'EQSJS permettent de dépeindre de manière plus précise les pratiques sexuelles avec partenaire. Le portrait qu'on en fait se base sur quatre principales caractéristiques des pratiques : l'âge de la première relation sexuelle, le nombre de partenaires sexuel·le·s, le sexe de ces partenaires et l'utilisation du condom lors des relations sexuelles complètes. Notons qu'à l'exception du sexe des partenaires, ces caractéristiques réfèrent aux aspects de la sexualité adolescente généralement considérés dans le discours comme des « facteurs de risque », soit la sexualité précoce, le multipartenariat sexuel et le non-usage du condom (Boislard *et al.*, 2016). Nous n'échappons donc pas complètement de la vision axée sur le risque de la sexualité adolescente, étant tributaires des données collectées dans le cadre de l'EQSJS, qui est, nous le rappelons, une enquête de santé publique.

Nous retenons ainsi quatre variables supplémentaires pour mieux comprendre les pratiques sexuelles des jeunes, toutes tirées de questions posées aux élèves ayant eu, au cours de leur vie, au moins une relation sexuelle consensuelle, qu'elle ait été orale, vaginale ou anale :

- L'expérience d'une première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans²⁴, construite à partir d'une question portant directement sur l'âge de la première relation sexuelle;
- Le nombre de partenaires sexuel·le·s au cours de la vie, soit entre un·e seul·e et quatre ou plus;
- Le sexe des partenaires sexuel·le·s, qui permet de distinguer les jeunes dont les partenaires sont toujours du sexe opposé de ceux et celles dont les partenaires sont parfois ou toujours du même sexe;
- L'utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes, construite à partir de deux questions concernant l'utilisant du condom, l'une à la dernière relation sexuelle vaginale et l'autre à la dernière relation sexuelle anale²⁵.

Notons que, dans le cadre de nos analyses, les pratiques sexuelles avec partenaire réfèrent toujours à des relations sexuelles consensuelles. Autrement dit, en sont exclues les relations sexuelles forcées. Soulignons également que les pratiques sexuelles ciblées pour nos analyses sont relativement corrélées²⁶.

2.3.3 Les facteurs relationnels

Comme l'illustre le modèle de Vasilenko et autres (2014), la sexualité adolescente se développe, directement ou indirectement, dans le contexte de relations interpersonnelles. Dans le cadre de nos analyses, nous retenons ainsi plusieurs variables renvoyant à des facteurs relationnels. D'abord, l'expérience d'une relation sexuelle forcée au cours de la vie permet de placer le développement sexuel des adolescent·e·s dans un contexte potentiel de violence sexuelle. Il y a en effet certainement un lien entre les pratiques sexuelles et la violence sexuelle vécue. Dans le cadre de l'EQSJS, on a justement demandé aux élèves s'ils et elles avaient déjà été forcé·e·s, par un·e autre jeune ou un·e adulte, à avoir une relation sexuelle qu'ils ou elles ne voulaient pas, que cette relation ait été orale, vaginale ou anale.

24. Puisque l'échantillon étudié inclut des élèves d'âge variable, l'interprétation de résultats comme la moyenne ou la médiane de l'âge de la première relation sexuelle serait malaisée. Nous utilisons donc ici un seuil. Ce dernier ne pouvant pas, en toute logique, être supérieur à l'âge minimal observé dans l'échantillon, il a été fixé à 14 ans.

25. Nous regroupons ainsi le non-usage complet du condom (ni à la dernière relation vaginale ni à la dernière relation anale) et son utilisation partielle (soit à la dernière relation vaginale ou à la dernière relation anale). En effet, nous nous collons aux définitions des pratiques considérées comme risquées et, dans cette optique, une utilisation inconstante représente tout autant une prise de risque que le non-usage complet.

26. Les résultats du croisement des quatre indicateurs sont présentés dans le tableau B2 (p. 131) et dans les figures B2 et B3 (p. 132), à l'annexe B.

L'EQSJS a également permis de récolter des données sur l'expérience d'au moins une relation amoureuse au cours des 12 mois précédant l'enquête, peu importe le sexe du ou de la partenaire, et sur la violence y ayant été vécue. Ces informations ont été regroupées en une seule variable, permettant de déterminer à quel groupe, parmi trois, les élèves appartiennent :

- Les élèves ayant entretenu au moins une relation amoureuse où de la violence a été vécue;
- Les élèves n'ayant entretenu aucune relation amoureuse où de la violence a été vécue;
- Les élèves n'ayant tout simplement pas entretenu de relation amoureuse.

La violence réfère ici autant à la violence subie que celle infligée; autrement dit, on considère qu'un-e élève a vécu de la violence dans une relation amoureuse s'il ou elle a subi de la violence ou s'il ou elle en a infligé. Dans le cadre de l'EQSJS, on a en fait déterminé si l'élève a, respectivement, infligé au moins une fois de la violence à son ou sa partenaire, ou subi au moins une fois de la violence de la part de son ou sa partenaire, à partir d'ensembles similaires de huit questions qui renvoient à diverses manifestations de violence dans la relation amoureuse. Ces deux dimensions sont ainsi considérées conjointement dans nos analyses.

Outre les variables se rapportant aux relations sexuelles forcées et aux relations amoureuses, deux indicateurs supplémentaires sont mobilisés dans nos analyses pour évaluer les facteurs relationnels. Ces indicateurs, repris tels que construits par l'ISQ, mesurent le niveau des atouts, d'une part de l'environnement familial et d'autre part chez les ami-e-s. Le niveau des atouts de l'environnement familial, c'est-à-dire à la maison, est une mesure combinée construite à partir de dix questions portant sur deux dimensions distinctes, soit le soutien social de l'environnement familial et la participation significative dans cet environnement. Ces questions visent ainsi à évaluer la perception qu'ont les élèves de la qualité des relations avec leurs parents ou autres adultes et de la communication d'attente élevées à leur égard, ainsi que des « occasions de participation significative » à la vie de famille. Le niveau des atouts chez les ami-e-s est également une mesure combinée, dérivée de six questions portant sur le soutien social des ami-e-s et leur comportement prosocial. Ces deux dimensions permettent d'évaluer si les élèves ont un réseau d'ami-e-s et quelle est leur perception de la qualité des relations qu'ils et elles y entretiennent, mais aussi quelle est leur perception par rapport à la démonstration d'attentes élevées au sein de ce réseau et du comportement prosocial des ami-e-s qui en font partie.

2.3.4 Les facteurs situationnels

Nous retenons deux indicateurs renvoyant aux facteurs situationnels, l'un portant sur la consommation d'alcool et de drogues et l'autre sur la délinquance. Ces indicateurs, construits par l'ISQ, renvoient à des comportements jugés « à risque », autres que ceux liés à la sexualité, que la recherche a démontrés comme étant associés à la santé mentale (Bolanis *et al.*, 2020; Fontaine *et al.*, 2019; London-Nadeau *et al.*, 2021; Marschall-Lévesque *et al.*, 2017), mais également aux pratiques sexuelles (Savioja *et al.*, 2018).

Le premier indicateur, repris tel que construit par l'ISQ, est un indice qui évalue la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescent-e-s en leur attribuant un « feu » selon un score mesurant le degré de gravité des problèmes liés à leur consommation :

- Le feu vert (score de 0 à 13 points), qui regroupe les jeunes ne présentant aucun « problème évident », pour qui aucune intervention autre que préventive n'est nécessaire;
- Le feu jaune (score de 14 à 19 points), qui regroupe les jeunes présentant des « problèmes en émergence », pour qui serait nécessaire une intervention « de première ligne »;
- Le feu rouge (score de 20 points et plus), qui regroupe les jeunes présentant un « problème important » de consommation, pour qui une intervention « spécialisée » ou complémentaire à une ressource spécialisée serait nécessaire (Traoré, 2018).

Le score est mesuré à partir d'une grille de cotation de 29 questions adaptées de la version 3.3 de la Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues, ou DEP-ADO (Germain *et al.*, 2016), un « outil fiable et valide qui [...] répond à des critères éthiques reconnus » (Traoré, 2018, p. 256)²⁷. Ces questions portent sur la consommation d'alcool et de drogues dans la dernière année et dans le dernier mois, sur la consommation régulière de ces substances et l'âge du début de cette consommation, ainsi que sur les conséquences de la consommation au cours de la dernière année (ISQ, s. d.; Traoré, 2018).

Le deuxième indicateur vise quant à lui à mesurer le nombre d'actes de conduite délinquante au cours des 12 mois précédant l'enquête, se situant entre aucun et quatre ou plus. Il est construit à partir de huit questions renvoyant à trois dimensions de la délinquance : les délits contre les biens, les actes de violence

27. Notons néanmoins que la DEP-ADO présente certaines limites. Dans une étude des qualités psychométriques, Landry et autres (2005) notent qu'environ un-e jeune sur cinq est incorrectement classé-e. Bien que ce soit « estimé comme étant très bon » (p. 5), les auteurs et autrices appellent tout de même à la vigilance.

envers les personnes et l'appartenance à un gang qui a enfreint la loi (ISQ, s. d.; Traoré *et al.*, 2018a). À l'exception de la question sur l'appartenance à un gang, ces questions appelaient les élèves à évaluer la fréquence à laquelle chacun des comportements s'est manifesté. Or, l'ISQ considère qu'il y a manifestation d'un comportement dès qu'il s'est produit au moins une fois dans la dernière année, étant donné qu'il s'agit de comportements de « nature relativement grave » (Traoré *et al.*, 2018a). Ainsi, l'indicateur utilisé dans le cadre de nos analyses consiste en la somme des comportements délinquants manifestés au moins une fois dans les 12 mois précédant l'enquête.

2.3.5 Les caractéristiques sociodémographiques

Finalement, plusieurs variables sociodémographiques sont incluses dans nos analyses. On compte d'abord l'âge de l'adolescent·e, qu'on regroupe en quatre catégories, de 14 ans à 17 ans et plus. Le sexe de l'adolescent·e est également pris en compte dans nos analyses, comme c'est le cas dans de nombreuses analyses du lien entre pratiques sexuelles et santé mentale chez les adolescent·e·s (Chen *et al.*, 1997; Kaltiala-Heino *et al.*, 2003; Meier, 2007; Monahan et Lee, 2008; Sabia, 2006; Savioja *et al.*, 2018; Soller *et al.*, 2017; Spriggs et Halpern, 2008; Vasilenko, 2017; Xu *et al.*, 2022). Cette inclusion est tout particulièrement importante, considérant la « complémentarité des genres » telle que proposée par Tolman et autres (2003). Le genre est en effet inhérent à la construction de la sexualité adolescente; son inclusion à nos analyses nous permettra de tenir compte du double standard sexuel précédemment détaillé. Nous utiliserons néanmoins le concept de sexe binaire tel qu'utilisé dans l'EQSJS, mais sans admettre qu'une telle bicatégorisation sexuelle ne renvoie uniquement qu'à la biologie. En effet, si l'on s'accorde généralement pour dire que le genre renvoie au social alors que le sexe renvoie au biologique, il est tout autant possible de considérer le sexe comme étant lui aussi socialement construit (Kraus, 2000). Nous rapprochons donc le sexe au concept de genre, généralement davantage utilisé dans la recherche.

Nos analyses incluent également la situation familiale, un indicateur construit par l'ISQ qui distingue les élèves selon la présence des parents dans le ménage au moment de l'enquête :

- Famille biparentale, où l'élève vit avec ses parents, qu'ils soient biologiques ou adoptifs;
- Famille reconstituée, où l'élève vit avec l'un de ses parents et le ou la conjoint·e de ce parent;
- Famille monoparentale, où l'élève vit avec un parent seul;

- Famille à garde partagée, où l'élève vit en alternance chez chacun de ses parents;
- Autre situation familiale, où l'élève vit par exemple dans une famille ou un foyer d'accueil, une colocation ou seul-e.

Quelques autres caractéristiques sociodémographiques sont également incluses à nos analyses :

- Le lieu de naissance, qui permet de distinguer les élèves né·e·s au Canada de ceux et celles né·e·s à l'extérieur du Canada;
- La perception de la situation financière de la famille, c'est-à-dire si l'élève considère que sa famille est plus, aussi ou moins à l'aise financièrement que la moyenne des autres élèves de la classe;
- Le statut d'emploi des parents, qui se décline en trois catégories, soit tous les parents en emploi²⁸, un parent sur deux en emploi ou aucun parent en emploi;
- Le plus haut niveau de scolarité des parents, qui se décline en trois niveaux, soit un niveau inférieur aux études secondaires, le niveau des études secondaires, ou le niveau des études collégiales ou universitaires²⁹.

Les trois dernières variables, reprises telles que construites par l'ISQ, permettent d'évaluer de manière approximative le statut socioéconomique des élèves, ou plus exactement de leur famille. Le statut socioéconomique renvoie à une notion de hiérarchie, basée sur différentes dimensions du capital, soit les dimensions matérielle, humaine et sociale (Oakes et Rossi, 2003). Il témoigne donc d'un accès différencié à des ressources. La perception de la situation financière, le statut d'emploi et le niveau de scolarité permettent justement d'avoir une certaine prise sur cet accès aux ressources.

2.4 Techniques d'analyse

D'abord, des analyses univariées ont été effectuées pour chacune des variables retenues afin d'en faire une description globale. Ensuite, des analyses bivariées ont permis de broser un portrait plus détaillé des principales variables étudiées, soit celles se rapportant à la sexualité et à la santé mentale. Ainsi, chacune des variables se rapportant à la sexualité et à la santé mentale a été croisée avec les autres variables, une

28. On retrouve dans cette catégorie les élèves dont les deux parents sont en emploi, mais également ceux et celles qui vivent dans une famille monoparentale dont le seul parent est en emploi.

29. L'ISQ recommande fortement de regrouper les études collégiales et les études universitaires, considérant que la variable a fait l'objet d'une imputation (Traoré *et al.*, 2018b). Les détails sur l'imputation sont précisés à la section 2.6 (p. 45), au chapitre 2.

à une. Pour chacun de ces croisements, un test statistique d'indépendance du khi carré de Rao-Scott a été réalisé pour déterminer si une relation existe entre les deux variables croisées. Le test du khi carré de Rao-Scott est une version modifiée du test de chi carré traditionnel, adapté pour les échantillons complexes, tels que celui obtenu par le plan d'échantillonnage stratifié de l'EQSJS. Il permet d'assurer une meilleure précision et une plus grande fiabilité des résultats. Les tests du khi carré ont été réalisés avec un seuil de signification de 1 % ($\alpha = 0,01$), soit le retenu par l'ISQ dans leurs analyses à l'échelle provinciale des données de l'EQSJS, compte tenu de la « forte puissance statistique offerte par la taille considérable de l'échantillon » (Plante et Courtemanche, 2018, p. 35). Nous avons ainsi conclu qu'il existait une association statistiquement significative entre les variables analysées lorsque la valeur- p ajustée du test du khi carré est inférieure à ce seuil de signification ($p < 0,01$). Par ailleurs, des analyses bivariées supplémentaires contrôlées par le sexe et par l'âge ont été effectuées pour certains croisements pertinents³⁰. Soulignons que, pour l'ensemble des résultats associés aux croisements affichant une association significative, l'analyse des intervalles de confiance³¹ a permis d'identifier les écarts les plus probants. Ces écarts ont été identifiés lorsque les intervalles de confiance de deux proportions ne se chevauchent pas, au seuil de 1 %. Nous nous concentrons généralement sur ces écarts dans nos analyses, considérant qu'il s'agit des résultats les plus significatifs, c'est-à-dire ceux qui apportent des preuves claires et convaincantes quant à l'association entre les variables étudiées.

Finalement, la régression logistique multiple a été utilisée pour modéliser et analyser la relation entre chacune des variables dépendantes retenues, soit celles liées à l'état de santé mentale, et les variables indépendantes principales, soit celles liées aux pratiques sexuelles avec partenaire, en incluant les autres variables indépendantes retenues. Ces modèles ont permis d'identifier les facteurs les plus fortement associés à chacun des indicateurs de l'état de santé mentale au seuil de 1 % et d'y situer l'importance des pratiques sexuelles avec partenaire. Les régressions logistiques ont été faites en deux temps selon le sous-échantillon visé, déterminé à partir du ou des indicateurs se rapportant à la sexualité inclus aux modèles :

30. Ces résultats complémentaires sont présentés dans la figure B4 (p. 133) et dans les tableaux B3 à B10 (p. 133 à 137), à l'annexe B.

31. Par souci de parcimonie et pour faciliter la lecture des tableaux de résultats, les intervalles de confiance ne sont pas présentés dans les tableaux et figures du présent mémoire.

- Modèles testés sur l'ensemble des élèves de 14 ans et plus, incluant l'indicateur portant sur l'expérience d'une relation sexuelle complète;
- Modèles testés sur les élèves ayant eu une relation sexuelle complète, incluant les quatre autres indicateurs des pratiques sexuelles avec partenaire, soit l'expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans, le nombre de partenaires sexuel-le-s et leur sexe, ainsi que l'utilisation du condom aux dernières relations sexuelles.

L'ensemble des analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS Entreprise Guide³². Les résultats présentés sont pondérés à l'aide de poids fournis par l'ISQ, détaillés à la section 2.5 (p. 43). Les résultats sont arrondis au dixième dans les tableaux et figures. En raison de cet arrondissement, le total peut ne pas correspondre à la somme des parties. D'ailleurs, afin de faciliter la lecture des résultats, les proportions sont arrondies à l'unité dans le texte.

Notons que l'ensemble des résultats présentés, ainsi que les conclusions qui en découlent, proviennent de nos propres analyses. L'ISQ n'est pas responsable des compilations ni de l'interprétation des résultats produits à l'aide des fichiers de microdonnées de l'EQSJS 2016-2017.

2.4.1 Ajustements aux variables retenues

En prévision des régressions logistiques multivariées, la majorité des variables explicatives ont été transformées en variables dichotomiques pour faciliter l'analyse. Les regroupements de catégories ont été effectués en s'appuyant à la fois sur les tendances observées dans les résultats issus des analyses bivariées, exposés dans les chapitres suivants, et sur une logique conceptuelle visant à assurer la cohérence analytique des variables utilisées. Ces ajustements ont d'ailleurs entraîné la nécessité de nouveaux tests du khi carré, effectués en amont des régressions logistiques pour identifier les variables indépendantes n'étant pas associées à la fois à l'indicateur de l'état de santé mentale et aux indicateurs des pratiques sexuelles avec partenaire afin de les éliminer d'emblée des modèles testés.

32. Le programme SAS développé dans le cadre dans nos analyses est présenté dans l'annexe C (p. 138).

Les trois indicateurs associés à l'état de santé mentale ont été ajustés comme suit³³ :

- Niveau de détresse psychologique : Les niveaux faible et moyen ont été regroupés, puisque l'analyse se concentre spécifiquement sur les cas de détresse psychologique élevée. Par ailleurs, les tendances relevées pour le niveau élevé sont généralement inverses à celles observées pour les deux autres niveaux.
- Diagnostic de dépression ou d'anxiété : Les catégories de diagnostic accompagnées ou non d'une médication ont été fusionnées, les tendances y étant associées étant semblables.
- Niveau de santé mentale positive : Bien que les résultats relatifs à cet indicateur soient assez hétérogènes, les catégories de santé mentale modérément bonne et languissante ont été regroupées, de manière à concentrer l'analyse sur la santé mentale florissante, soit l'extrême du continuum qui nous intéresse principalement dans le cadre de nos analyses parce qu'il réfère plus directement à une conceptualisation positive de la santé mentale.

Ces ajustements méthodologiques contribuent à simplifier l'analyse et à en assurer la cohérence. Plusieurs autres variables ont été ajustées de façon à isoler les modalités associées à des niveaux plus élevés de santé mentale fragilisée des autres; ainsi, les modalités présentant des tendances semblables ont été regroupées pour distinguer conceptuellement ce qui représente un facteur de risque (modalité d'intérêt) et ce qui, au contraire, représente un facteur de protection (modalité de référence). Une synthèse des catégories des variables ainsi redéfinies, y compris les indicateurs relatifs à la santé mentale, est présentée dans le tableau 2.1.

De nouveaux tests du khi carré ont été effectués avec les variables ajustées, puis les intervalles de confiance des résultats ont été examinés afin de confirmer la robustesse des associations observées. Seules les variables présentant simultanément une association statistiquement significative³⁴ et des écarts de proportions probants ont été retenues pour les analyses de régression logistique; ainsi, les variables indépendantes n'étant pas associées à la fois à l'indicateur de l'état de santé mentale analysé et aux indicateurs des pratiques sexuelles avec partenaire ont été éliminés d'emblée des modèles testés.

33. Ces ajustements sont basés sur les résultats présentés dans l'ensemble des tableaux de la section 3.3.1 (p. 69), au chapitre 3.

34. Les matrices des valeurs-*p* obtenues pour l'ensemble des tests du khi carré réalisés à cette étape sont présentées dans les tableaux D1 (p. 152) et D2 (p. 153-154), à l'annexe D.

Tableau 2.1 Modalités des variables dichotomisées en prévision des régressions logistiques multiples

Variable	Modalité d'intérêt	Modalité de référence
Santé mentale		
Niveau de détresse psychologique	Élevé	Faible ou moyen
Diagnostic de dépression ou d'anxiété	Oui (avec ou sans médication)	Non
Niveau de santé mentale positive	Florissante	Modérément bonne ou languissante
Pratiques sexuelles avec partenaire		
Nombre de partenaires sexuel·le·s	2 partenaires ou plus	1 partenaire
Facteurs relationnels		
Niveau des atouts à la maison	Moyen ou faible	Élevé
Niveau des atouts chez les ami·e·s	Moyen ou faible	Élevé
Facteurs situationnels		
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	Feu jaune ou rouge (problème émergent ou important)	Feu vert (aucun problème évident)
Nombre d'actes de conduite délinquante	Au moins un acte	Aucun acte
Caractéristiques sociodémographiques		
Situation familiale	Reconstituée, monoparentale ou autre	Biparentale ou à garde partagée
Perception de la situation financière de la famille	Moins à l'aise	Aussi ou plus à l'aise
Statut d'emploi des parents	Un parent sur deux ou aucun parent en emploi	Tous les parents en emploi
Plus haut niveau de scolarité des parents	Études secondaires ou niveau inférieur	Études collégiales ou universitaires

2.5 Pondération

Les résultats présentés sont pondérés, c'est-à-dire qu'ils sont inférés à la population visée, soit l'ensemble des élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus. Ainsi, chaque élève ayant participé à l'enquête s'est vu attribuer un poids statistique, c'est-à-dire le nombre d'individus qu'il ou elle représente dans la population visée. Ce poids « [tient] compte tant de la probabilité de sélection de l'élève, prédéterminée par le plan d'échantillonnage, que de la non-réponse à l'échelle des écoles et des élèves » (Plante et Courtemanche, 2018, p. 29).

Dans le cadre de nos analyses, nous avons utilisé une pondération secondaire, prévue spécifiquement pour le sous-groupe d'élèves ayant répondu à la version 2 du questionnaire. Cette pondération a été créée par l'ISQ en quatre étapes (Plante et Courtemanche, 2018). Dans une première étape, un « poids-école », soit le nombre approximatif d'écoles de la population couverte représentées par une école répondante, a été créé en tenant compte du taux de réponse à l'échelle des écoles. La deuxième étape consistait à diviser le « poids-école » par la probabilité de sélection de la classe de l'élève, puis par celle de l'élève parmi sa classe en tenant compte de la proportion d'élèves au sein de la classe s'étant fait assigner chacune des versions du questionnaire³⁵. À cette étape, des ajustements ont dû être apportés aux probabilités de sélection des écoles ou des classes pour cinq classes, dans lesquelles personne n'avait rempli l'une des deux versions du questionnaire. La troisième étape consistait à ensuite diviser le poids par le taux de réponse à l'échelle des élèves des classes participantes, pour ainsi obtenir un poids au niveau de l'élève. Dans une dernière étape, quelques ajustements ont été apportés aux poids. Certains d'entre eux ont été abaissés, parce qu'ils étaient trop élevés par rapport à ceux d'élèves de classes du même niveau scolaire et de la même région ou du même RLS³⁶. Les poids ont ensuite été ajustés aux effectifs scolaires de l'année 2016-2017, dénombrés par le MEES, par un calage aux marges tenant notamment compte de la région, du niveau scolaire, du sexe et, dans certains cas, de découpages territoriaux locaux (p. ex. les RLS). Finalement, un second calage aux marges a été effectué après avoir ramené à 1 les poids inférieurs à 1³⁷.

Plus spécifiquement pour l'estimation de la variance (p. ex. les intervalles de confiance) et les tests statistiques (p. ex. les tests du khi carré), 500 poids d'autoamorçage (*bootstrap*) ont été utilisés « afin de tenir compte adéquatement non seulement du plan de sondage complexe, mais également de tous les ajustements de non-réponse et de calage apportés à la pondération » (Plante et Courtemanche, 2018, p. 34). Cette série de poids a été générée par l'ISQ, selon une méthode présentée par Keith Rust et Jon Rao (1996), à partir de 500 échantillons d'autoamorçage sélectionnés selon un « plan de sondage avec remise », auxquels toutes les étapes de la pondération précédemment détaillées ont été appliquées³⁸.

35. Cette étape tient aussi compte de l'assignation de certain-e-s élèves au questionnaire de l'ECTADE, s'il y a lieu.

36. Ces ajustements représentent moins de 0,1 % de l'échantillon global de l'enquête.

37. On assume en effet qu'un-e élève ayant répondu à l'enquête représente minimalement une personne dans la population visée par l'enquête, soit lui-même ou elle-même. Ce dernier ajustement ne concerne qu'une centaine de cas dans l'échantillon global de l'enquête.

38. À l'exception de l'ajustement des poids inférieurs à 1, qui aurait entraîné une trop grande complexité. Le fait de ne pas réaliser cet ajustement a, selon l'ISQ, une faible incidence sur l'estimation de la variance.

2.6 Non-réponse partielle et imputation

L'ISQ précise que si la non-réponse totale est prise en compte dans la pondération, comme expliqué dans la section précédente, la non-réponse partielle, elle, ne l'est pas (Plante et Courtemanche, 2018). Cette dernière réfère aux données manquantes observées pour une variable. Une non-réponse partielle importante peut entraîner des biais dans les estimations lorsque certaines caractéristiques des individus, en particulier celles qui sont liées aux thèmes étudiés, diffèrent entre ceux qui n'ont pas répondu à l'enquête et ceux qui y ont répondu.

Le taux de non-réponse partielle se définit comme le rapport du nombre d'élèves n'ayant pas répondu à une question sur le nombre d'élèves admissibles à répondre cette question. Ces nombres sont pondérés. L'ISQ émet l'hypothèse que la non-réponse partielle a une « incidence négligeable » sur les estimations à l'échelle provinciale si son taux est inférieur à 5 %. Parmi l'ensemble des variables retenues pour nos analyses, une seule présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %, soit le plus haut niveau de scolarité des parents³⁹. L'ISQ a examiné les caractéristiques liées à la non-réponse partielle de cette variable et a déterminé que cette non-réponse était plus élevée parmi les groupes suivants : les garçons, ainsi que les élèves ayant un niveau scolaire plus bas, ayant un parcours autre que la formation générale, n'ayant aucun parent en emploi, n'ayant aucun parent né au Canada ou fréquentant une école située dans un milieu de faible niveau socioéconomique.

Notons que le taux de non-réponse partielle est calculé à partir des données disponibles *après* imputation. Plusieurs variables ont effectivement fait l'objet d'une imputation par l'ISQ, « une solution souvent mise de l'avant pour minimiser l'effet de la non-réponse partielle dans les enquêtes » (p. 32). L'imputation consiste à remplacer, pour une variable où l'on détecte de la non-réponse partielle entraînant des biais non négligeables, une donnée manquante par une valeur valide en se basant sur d'autres renseignements disponibles tirés de variables corrélées. Elle permet ainsi de minimiser l'impact de la non-réponse partielle sur les estimations produites. En revanche, l'imputation réduit artificiellement la non-réponse partielle, ce qui entraîne une légère sous-estimation de la variance associée aux variables imputées.

39. Les taux de non-réponse partielle de chacune des variables utilisées dans nos analyses sont présentés dans le tableau E1 (p. 155), à l'annexe E.

L'ISQ a réalisé une imputation sur plusieurs variables retenues pour nos analyses : l'utilisation du condom à la dernière relation anale consensuelle, la consommation de drogues au cours des 12 mois précédant l'enquête, le sexe et le plus haut niveau de scolarité. Concernant cette dernière variable, l'ISQ note qu'il n'a pas été possible de distinguer correctement dans l'imputation les niveaux collégial et universitaire, et recommande ainsi de les regrouper dans l'analyse. Par ailleurs, l'ISQ a imputé des valeurs à l'ensemble des variables de la section portant sur la sexualité.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats issus de nos analyses. Ces résultats sont rassemblés en quatre parties. D’abord, nous débutons par une description générale de la population étudiée, afin de situer les analyses qui suivent. Nous examinons ensuite les corrélats des pratiques sexuelles avec partenaire, en distinguant l’expérience d’une relation sexuelle complète de certains aspects plus spécifiques de ces pratiques. La troisième partie porte sur les corrélats de l’état de santé mentale, en considérant successivement les caractéristiques sociodémographiques, les facteurs relationnels et les facteurs situationnels. Enfin, nous analysons l’association entre les pratiques sexuelles avec partenaire et l’état de santé mentale, en identifiant les facteurs qui contribuent le plus à expliquer les variations observées. À l’exception de la première, chacune de ces parties se conclut par une synthèse des principaux constats, afin de préparer la discussion présentée au chapitre suivant.

3.1 Description de la population

Rappelons que, comme précisé à la section 2.2 (p. 28), nos analyses portent sur l’ensemble des élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans ou plus inscrit·e·s à la rentrée scolaire 2016 au Québec, soit environ 269 400 élèves. Au sein de cette population, on trouve légèrement plus de garçons que de filles (51 % c. 49 %). Si l’on retrouve des proportions similaires d’élèves de 14 ans, de 15 ans et de 16 ans (respectivement 29 %, 29 % et 26 %), la proportion d’élèves de 17 ans et plus est quant à elle plus faible (16 %⁴⁰). C’est bien logique puisque, pour la majorité des élèves, le secondaire se termine l’année où ils et elles atteignent leurs 17 ans, sans compter le fait que la fréquentation scolaire n’est obligatoire que jusqu’à la fin de l’année scolaire au cours de laquelle l’élève atteint l’âge de 16 ans. On note également qu’environ 13 % des élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus sont né·e·s à l’extérieur du Canada. La plupart des élèves vivent dans une famille biparentale (61 %), c’est-à-dire avec leurs deux parents biologiques ou adoptifs, et perçoivent leur famille comme étant aussi à l’aise financièrement que la moyenne des élèves de leur classe (58 %). Par ailleurs, pour une large majorité d’élèves, tous les parents sont en emploi (77 %) et au moins l’un d’entre eux a terminé des études collégiales ou universitaires (84 %).

40. Notons qu’environ 14 % des élèves ont précisément 17 ans (donnée non présentée). Ainsi, les élèves âgé·e·s de 18 ans et plus sont peu nombreux et nombreuses et ne représentent qu’un peu plus de 2 % de l’ensemble des élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus.

Tableau 3.1 Répartition des élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus selon certaines caractéristiques, Québec, 2016-2017

	%		%
Caractéristiques sociodémographiques		Facteurs relationnels	
Sexe		Expérience d'une relation sexuelle forcée	
Garçon	51,4	Oui	5,9
Fille	48,6	Non	94,1
Âge		Violence dans une relation amoureuse	
14 ans	29,0	Oui	21,2
15 ans	28,7	Non	25,9
16 ans	26,2	Aucune relation amoureuse	53,0
17 ans et plus	16,0	Niveau des atouts à la maison	
Lieu de naissance		Faible	3,7
Canada	87,1	Moyen	27,8
Extérieur du Canada	12,9	Élevé	68,5
Situation familiale		Niveau des atouts chez les ami-e-s	
Famille biparentale	61,1	Faible	2,1
Famille reconstituée	10,0	Moyen	29,9
Famille monoparentale	14,5	Élevé	68,0
Famille à garde partagée	12,5	Facteurs situationnels	
Autre situation familiale	2,0	Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	
Perception de la situation financière de la famille		Feu vert (aucun problème évident)	91,4
Moins à l'aise	28,2	Feu jaune (problème émergent)	4,5
Aussi à l'aise	58,3	Feu rouge (problème important)	4,1
Plus à l'aise	13,5	Nombre d'actes de conduite délinquante	
Statut d'emploi des parents		Aucun acte	65,2
Tous les parents en emploi	77,0	1 acte	18,2
Un parent sur deux en emploi	19,5	2 actes	9,0
Aucun parent en emploi	3,5	3 actes	3,7
Plus haut niveau de scolarité des parents		4 actes ou plus	3,9
Études secondaires non complétées	5,0	Total	
Études secondaires	11,4	100,0	
Études collégiales ou universitaires	83,6		

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Au-delà des caractéristiques sociodémographiques, la population se caractérise également par divers facteurs relationnels. Parmi l'ensemble des élèves âgé-e-s de 14 ans ou plus, environ la moitié (47 %) avait entretenu au moins une relation amoureuse au cours de l'année précédant l'enquête, dont le cinquième (21 %) y avaient vécu de la violence. Rappelons que dans le cadre de nos analyses, comme expliqué à la section 2.3.3 (p. 35), la violence dans une relation amoureuse peut être psychologique, physique ou sexuelle, et elle peut avoir été infligée ou subie. Ainsi, la violence vécue dans la relation amoureuse comprend entre autres la violence sexuelle, qui peut notamment prendre la forme d'une relation sexuelle forcée. Cependant, la violence sexuelle n'est pas nécessairement vécue dans le cadre d'une relation amoureuse. À ce titre, les données de l'EQSJS révèlent qu'environ 6 % des élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ont déjà vécu une relation sexuelle forcée au cours de leur vie, c'est-à-dire une relation sexuelle orale, vaginale ou anale forcée, autant par un-e autre jeune qu'un-e adulte.

Les facteurs relationnels comprennent également le niveau des atouts à la maison et chez les ami-e-s qui renvoient, rappelons-le, à la perception de la qualité des relations avec leurs parents ou autres adultes présent-e-s dans l'environnement familial ou avec leurs ami-e-s, respectivement. Dans les deux cas, la majorité des élèves ont un niveau élevé d'atouts (respectivement 69 % et 68 %). Soulignons qu'environ 4 % des élèves ont un niveau faible d'atouts à la maison et 2 %, un niveau faible d'atouts chez les ami-e-s.

Finalement, du côté des facteurs situationnels, on observe d'une part qu'environ 9 % des élèves âgé-e-s de 14 ans et plus avaient une consommation problématique d'alcool et de drogues : 5 % avaient un problème émergent et 4 %, un problème important. D'autre part, on remarque qu'environ le tiers (35 %) des élèves ont posé au moins un acte de conduite délinquante : 18 % en ont posé un seul, 9 % en ont posé deux, 4 % en ont posé trois et également 4 % en ont posé quatre ou plus.

3.2 Corrélats des pratiques sexuelles avec partenaire

Avant de se questionner sur l'association qu'ont les pratiques sexuelles des adolescent-e-s avec leur santé mentale, il convient d'en dresser d'abord un portrait d'ensemble. Cette deuxième partie du chapitre a précisément comme objectif de proposer ce portrait préalable, en réponse à notre première question de recherche : quelles sont les pratiques sexuelles avec partenaire des adolescent-e-s québécois-es âgé-e-s de 14 ans et plus? La première section traite de l'expérience d'une relation sexuelle complète chez les adolescent-e-s et de divers facteurs qui y sont associés, tandis que la seconde section examine certains aspects des pratiques sexuelles des adolescent-e-s ayant déjà vécu une telle expérience et les facteurs qui

y sont liés. Les principales conclusions dégagées au fil de l'analyse sont présentées en clôture de cette partie du chapitre.

Cette partie du chapitre présente les résultats issus du croisement des indicateurs associés aux pratiques sexuelles avec chacun des facteurs relationnels et situationnels, ainsi qu'avec les caractéristiques sociodémographiques, retenus pour nos analyses. Il convient de préciser que seuls les résultats des croisements qui présentent une association significative selon le test du khi carré ($p < 0,01$) sont présentés. Rappelons que, bien qu'ils ne soient pas indiqués, les intervalles de confiance ont été analysés afin de repérer les écarts les plus probants. Ce sont généralement ces écarts qui sont mis en évidence dans le texte.

Notons que les pratiques sexuelles sont abordées dans le rapport de l'EQSJS 2016-2017 (Street, 2018). En revanche, bien que les données utilisées dans nos analyses aient déjà fait l'objet d'un traitement descriptif dans le rapport de l'EQSJS, notre démarche vise principalement à explorer le lien qu'ont les pratiques sexuelles avec divers facteurs explicatifs, afin de mieux saisir la diversité qui caractérise ces pratiques. En ce sens, notre démarche se distingue de celle de l'ISQ, en ce qu'elle cherche à approfondir la compréhension des pratiques sexuelles adolescentes à travers l'analyse de leurs liens avec divers facteurs explicatifs. D'ailleurs, les variables retenues pour nos analyses ne sont pour la plupart pas celles utilisées par l'ISQ⁴¹; ainsi, les résultats présentés dans ce chapitre ne sont pas identiques à ceux rapportés par l'ISQ dans son rapport d'enquête. Néanmoins, les tendances générales sont dans plusieurs cas comparables.

3.2.1 L'expérience d'une relation sexuelle complète et les facteurs qui y sont associés

Afin de mieux cerner les pratiques sexuelles adolescentes dans leur diversité, cette première section s'intéresse à un jalon central du développement sexuel : l'expérience d'une première relation sexuelle complète (tableau 3.2). L'analyse porte à la fois sur la prévalence de cette expérience et sur les facteurs sociodémographiques, relationnels et situationnels qui y sont associés.

Au Québec, parmi les élèves âgé·e·s de 14 ans et plus étant inscrit·e·s au secondaire pour l'année scolaire 2016-2017, un peu plus du quart (27 %) avait déjà eu une relation sexuelle complète, c'est-à-dire une relation sexuelle où il y a eu pénétration du pénis dans le vagin ou dans l'anus. Sans grande surprise,

41. Pour plus de détails sur les variables retenues pour nos analyses, consulter la section 2.3 (p. 29), au chapitre 2.

la proportion d'élèves ayant eu une première relation sexuelle complète augmente avec l'âge, passant de 11 % chez les élèves âgé·e·s de 14 ans à 47 % chez ceux et celles âgé·e·s de 17 ans ou plus. Cette proportion est également plus forte chez les élèves né·e·s au Canada que chez les autres (28 % c. 20 %), ce qui pourrait s'expliquer par des différences culturelles entourant les questions de sexualité, notamment par rapport à l'ouverture quant à la possibilité d'avoir des relations sexuelles à l'adolescence. Soulignons par ailleurs qu'aucune différence statistiquement significative n'a été décelée entre les sexes, ce qui à première vue peut être assez étonnant.

Quelques caractéristiques de la famille sont également liées à l'expérience d'une première relation sexuelle complète. On note par exemple qu'en comparaison aux autres, les élèves vivant dans une famille biparentale sont en proportion les moins nombreux et nombreuses à avoir eu cette première expérience, suivi·e·s par ceux et celles vivant dans une famille à garde partagée (respectivement 22 % et 28 % c. 34 % à 56 %). C'est donc dire que les jeunes vivant avec leurs deux parents, sous un même toit ou en alternance chez chacun des parents, sont moins susceptibles d'avoir leur première relation sexuelle plus jeunes. La proportion d'élèves ayant eu une relation sexuelle complète est aussi plus faible chez ceux et celles qui perçoivent leur famille comme étant autant à l'aise financièrement que la moyenne des élèves de leur classe (24 % c. respectivement 31 %), mais également chez ceux et celles dont au moins un parent a terminé des études collégiales ou universitaires (25 % c. 41 % et 39 %). Ainsi, bien que ces résultats ne soient pas parfaitement uniformes, ils semblent tout de même aller dans une direction commune : les jeunes dont la famille a un statut socioéconomique plus élevé sont moins susceptibles d'avoir eu une première relation sexuelle.

Un autre élément important qui influence le fait d'avoir eu ou non une première relation sexuelle complète se situe au niveau de la qualité des relations avec la famille. Si comme nous l'avons vu dans la première partie du chapitre (voir le tableau 3.1, p. 48) la majorité des élèves âgé·e·s de 14 ans et plus ont un niveau élevé d'atouts à la maison, ce n'est qu'un quart (25 %) d'entre eux qui ont eu une relation sexuelle complète. Cette dernière proportion augmente lorsque le niveau des atouts faiblit, atteignant près de 42 % chez les élèves ayant un niveau faible d'atouts. Par ailleurs, on n'observe pas une tendance aussi marquée en ce qui concerne les atouts chez les ami·e·s. Les relations familiales seraient donc davantage associées à l'expérience d'une première relation sexuelle à l'adolescence que les relations amicales.

Tableau 3.2 Proportion d'élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, selon diverses caractéristiques¹, Québec, 2016-2017

	%		%
Ensemble des élèves	27,1		
Caractéristiques sociodémographiques		Facteurs relationnels	
Âge		Expérience d'une relation sexuelle forcée	
14 ans	11,1	Oui	64,6
15 ans	22,5	Non	24,6
16 ans	37,6	Violence dans une relation amoureuse	
17 ans ou plus	47,0	Oui	61,7
Lieu de naissance		Non	43,7
Canada	27,9	Aucune relation amoureuse	4,9
Extérieur du Canada	20,2	Niveau des atouts à la maison	
Situation familiale		Faible	41,8
Famille biparentale	22,3	Moyen	30,3
Famille reconstituée	41,1	Élevée	24,8
Famille monoparentale	33,5	Niveau des atouts chez les ami·e·s	
Famille à garde partagée	27,5	Faible	31,4
Autre situation familiale	55,8	Moyen	24,6
Perception de la situation financière de la famille		Élevée	28,1
Moins à l'aise	30,5	Facteurs situationnels	
Aussi à l'aise	24,3	Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	
Plus à l'aise	30,7	Feu vert (aucun problème évident)	23,0
Plus haut niveau de scolarité des parents		Feu jaune (problème émergent)	63,1
Études secondaires non complétées	40,8	Feu rouge (problème important)	71,3
Études secondaires	38,8	Nombre d'actes de conduite délinquante	
Études collégiales ou universitaires	25,2	Aucun acte	21,5
		1 acte	32,0
		2 actes	34,6
		3 actes	45,7
		4 actes ou plus	58,3

1. L'association avec le sexe et le statut d'emploi des parents n'est pas significative au seuil de 1 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Les données de l'EQSJS montrent non seulement que l'expérience d'une première relation sexuelle complète est associée aux relations amoureuses, du moins celles entretenues dans la dernière année, mais aussi qu'elle est liée avec la qualité de ces relations, mesurée par la présence de violence dans la ou les relations amoureuses entretenues au cours de l'année précédant l'enquête, que cette violence soit infligée ou subie. La proportion d'élèves ayant eu une première relation sexuelle complète est beaucoup plus forte chez les élèves qui ont été en relation amoureuse, que de la violence ait été vécue ou non, que chez les autres (respectivement 62 % et 44 % c. 5 %). Notons par ailleurs que cette proportion est particulièrement élevée chez les élèves ayant vécu de la violence au sein d'une relation amoureuse. Bref, bien qu'on ne puisse pas nécessairement déduire que l'entrée dans la sexualité se fait principalement au sein d'une relation amoureuse, on peut tout de même comprendre qu'il existe un lien important entre relations sexuelles et relations romantiques à l'adolescence, particulièrement en contexte de violence.

Tout comme la violence vécue dans les relations amoureuses, la violence sexuelle vécue au cours de la vie, mesurée par l'expérience d'une relation sexuelle forcée, est associée à l'expérience d'une première relation sexuelle complète : on note en effet une proportion beaucoup plus forte d'élèves de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète chez ceux et celles qui ont déjà vécu une relation sexuelle forcée que chez les autres (64 % c. 24 %). Ainsi, on comprend que l'expérience d'une première relation sexuelle est entre autres intimement liée à la violence, qu'elle ait été vécue dans le cadre d'une relation amoureuse ou sexuelle.

Finalement, on observe une relation entre l'expérience d'une relation sexuelle complète et certaines pratiques « à risque », soit celles liées à la consommation d'alcool et de drogues et à la délinquance, sans tenir compte de leur gravité. On note que, parmi ces deux sous-groupes, la proportion d'élèves ayant eu une relation sexuelle complète est plus faible en comparaison aux élèves adoptant des pratiques « à risque » (23 % c. 63 % et 71 %, selon le niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues; 22 % c. 32 % à 58 %, selon le nombre d'actes de conduite délinquante).

3.2.2 Certains aspects des pratiques sexuelles et les facteurs qui y sont associés

Comme précisé dans la section précédente, un peu plus du quart des élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ont déjà eu une relation sexuelle complète (voir le tableau 3.2, p. 52). Dressons à présent un portrait plus détaillé des pratiques sexuelles avec partenaire de ces adolescent-e-s, à partir de l'analyse de quatre variables spécifiques : l'expérience de la relation sexuelle complète avant l'âge de 14 ans, le

nombre de partenaires sexuel·le·s, le sexe de ces partenaires et l'utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes. Notons que nous aborderons ce dernier indicateur à la négative, c'est-à-dire que nous nous concentrerons sur les élèves qui n'ont pas utilisé le condom lors de leurs dernières relations sexuelles complètes.

Globalement, les données de l'EQSJS montrent qu'au Québec, parmi les élèves âgé·e·s de 14 ans ou plus ayant eu une relation sexuelle complète, un peu plus d'un·e sur cinq (21 %) a eu sa première relation sexuelle, qu'elle ait été orale, vaginale ou anale, avant l'âge de 14 ans (tableau 3.3). Environ 55 % des élèves ont eu plus d'un·e partenaire sexuel·le au cours de leur vie, tandis que près de 6 % ont eu des partenaires sexuel·le·s du même sexe. Finalement, près de 43 % des élèves n'ont pas utilisé le condom aux dernières relations sexuelles vaginale et anale.

Les sous-sections suivantes présentent les principaux résultats relatifs aux facteurs associés à ces pratiques sexuelles avec partenaire. Il convient de préciser que, pour l'indicateur du nombre de partenaires sexuel·le·s, des écarts probants détectés n'ont été observés que dans le sous-groupe des élèves n'ayant eu qu'un·e seul·e partenaire et celui des élèves en ayant eu quatre ou plus; aucun écart probant n'a été relevé dans les deux autres sous-groupes. Par souci de clarté et de parcimonie, seuls les écarts concernant la catégorie des élèves ayant eu quatre partenaires ou plus sont rapportés dans le texte. Par ailleurs, le sexe des partenaires sexuel·le·s s'avère être associé à peu de facteurs explicatifs; en conséquence, il fait l'objet d'analyses limitées dans les sous-sections qui suivent.

Tableau 3.3 Certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017

	%
Expérience d'une première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans	
Oui	21,2
Non	78,8
Nombre de partenaires sexuel-le-s	
1 partenaire	45,2
2 partenaires	20,6
3 partenaires	12,5
4 partenaires ou plus	21,7
Sexe des partenaires sexuel-le-s	
Partenaires toujours du sexe opposé	94,2
Partenaires parfois ou toujours du même sexe	5,8
Utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes	
Oui	42,6
Non	57,4

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

3.2.2.1 Les caractéristiques sociodémographiques

On observe que les pratiques sexuelles des adolescent-e-s ayant eu une relation sexuelle complète varient en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques. Toutefois, il importe d'emblée de souligner que les associations observées demeurent partielles et varient selon la pratique considérée. Autrement dit, ces associations ne sont ni systématiques ni univoques. En effet, le sexe n'est associé qu'à l'expérience d'une relation sexuelle avant l'âge de 14 ans et à l'utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes, et ce n'est pas le même sexe qui est le plus susceptible d'adopter chacune de ces pratiques : si les garçons sont en proportion plus nombreux que les filles à avoir eu leur première relation sexuelle avant 14 ans (24 % c. 19 %, tableau 3.4), les filles sont de leur côté plus nombreuses à ne pas avoir utilisé le condom (48 % c. 37 %, tableau 3.6). Soulignons d'ailleurs que, de manière surprenante au regard de la littérature théorique consultée, nos analyses ne révèlent aucune association significative entre le nombre de partenaires sexuel-le-s et le sexe. Ce constat pourrait s'expliquer, du moins en partie, par la normalisation croissante de certaines pratiques – comme le fait d'avoir un-e partenaire, d'échanger

des gestes intimes ou d’avoir une première relation sexuelle complète – au sein des groupes de jeunes, ce qui atténuerait les écarts traditionnellement observés dans la littérature.

En revanche, le nombre de partenaires sexuel·le·s varie avec l’âge, dans la mesure où il tend à augmenter avec celui-ci : sans grande surprise, la proportion d’élèves ayant eu au moins quatre partenaires au cours de la vie est effectivement plus élevée chez les élèves âgé·e·s de 17 et plus que chez ceux et celles âgé·e·s de 14 ans ou 15 ans (28 % c. respectivement 17 % et 18 %, tableau 3.5). Les élèves les plus âgé·e·s sont aussi plus susceptibles de ne pas avoir utilisé le condom à leurs dernières relations sexuelles complètes : la proportion d’élèves n’ayant pas utilisé le condom aux dernières relations sexuelles est effectivement plus forte chez ceux et celles âgé·e·s de 16 ans ou plus que chez les plus jeunes (46 % et 52 % c. 29 % et 34 %, tableau 3.6). Cette tendance se manifeste par ailleurs de manière comparable chez les garçons et les filles⁴².

Au-delà des résultats relatifs au sexe et l’âge, les analyses révèlent également des associations significatives avec le lieu de naissance. Si, comme précisé plus tôt, les adolescent·e·s né·e·s au Canada sont proportionnellement plus nombreux et nombreuses à avoir eu une première relation sexuelle complète, ce sont plutôt les adolescent·e·s né·e·s à l’extérieur du Canada qui sont les plus susceptibles d’avoir eu leur première relation sexuelle avant l’âge de 14 ans (30 % c. 20 %, tableau 3.4) et à avoir cumulé quatre partenaires sexuel·le·s ou plus (33 % c. 20 %, tableau 3.5). Ces résultats peuvent, à première vue, paraître surprenants. Bien qu’il soit difficile d’en identifier les causes précises, ils pourraient refléter, du moins en partie, des différences culturelles dans le rapport à la sexualité et dans l’éducation sexuelle, que cette dernière soit institutionnelle ou parentale. Ils pourraient également être attribuables à certains contextes sociaux spécifiques vécus par les adolescent·e·s issu·e·s de l’immigration et par leur famille, notamment en lien avec leur situation socioéconomique.

42. Pour plus de détails, consulter la figure B4 (p. 133), à l’annexe B.

Tableau 3.4 Proportion d'élèves ayant eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans selon diverses caractéristiques sociodémographiques¹, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	%
Sexe	
Garçon	23,9
Fille	18,5
Lieu de naissance	
Canada	19,8
Extérieur du Canada	30,0
Situation familiale	
Famille biparentale	18,9
Famille reconstituée	24,7
Famille monoparentale	25,0
Famille à garde partagée	18,7
Autre situation familiale	28,3 *
Perception de la situation financière de la famille	
Moins à l'aise	28,3
Aussi à l'aise	17,1
Plus à l'aise	23,0
Statut d'emploi des parents	
Tous les parents en emploi	18,0
Un parent sur deux en emploi	25,7
Aucun parent en emploi	29,7
Plus haut niveau de scolarité des parents	
Études secondaires non complétées	30,4
Études secondaires	25,2
Études collégiales ou universitaires	18,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

1. L'association avec l'âge n'a pas été testée, car elle n'est pas pertinente sur le plan logique.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.5 Nombre de partenaires sexuel-le-s au cours de la vie selon diverses caractéristiques sociodémographiques¹, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	1 part.	2 part.	3 part.	4 part. ou plus	Total ²
	%				
Âge					
14 ans	55,4	16,2	11,0 *	17,4	100,0
15 ans	49,1	21,6	11,1	18,2	100,0
16 ans	43,7	21,8	13,6	20,9	100,0
17 ans ou plus	39,7	19,9	12,9	27,6	100,0
Lieu de naissance					
Canada	46,5	21,0	12,7	19,9	100,0
Extérieur du Canada	37,5	17,9 *	11,6 *	32,9	100,0
Situation familiale					
Biparentale	48,9	20,6	11,3	19,2	100,0
Reconstituée	42,8	19,7	14,9	22,6	100,0
Monoparentale	37,1	23,0	12,8	27,0	100,0
À garde partagée	49,8	18,9	12,5 *	18,8	100,0
Autre situation familiale	31,0	17,7 *	16,7 *	34,5 *	100,0
Statut d'emploi des parents					
Tous les parents en emploi	46,6	21,4	12,5	19,6	100,0
Un parent sur deux en emploi	45,2	17,7	14,4	22,7	100,0
Aucun parent en emploi	36,9	20,6 *	9,1 **	33,5	100,0
Plus haut niveau de scolarité des parents					
Études secondaires non complétées	35,6	21,0	14,1 *	29,3	100,0
Études secondaires	41,6	21,0	14,2	23,2	100,0
Études collégiales ou universitaires	47,3	21,0	12,1	19,5	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %.

1. L'association avec le sexe n'est pas significative au seuil de 1 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.6 Proportion d'élèves n'ayant pas utilisé le condom aux dernières relations sexuelles complètes selon diverses caractéristiques sociodémographiques¹, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	%
Sexe	
Garçon	36,9
Fille	48,3
Âge	
14 ans	28,8
15 ans	34,1
16 ans	45,7
17 ans ou plus	51,8
Perception de la situation financière de la famille	
Moins à l'aise	50,2
Aussi à l'aise	41,2
Plus à l'aise	41,1

1. L'association avec le lieu de naissance, la situation familiale, le statut d'emploi des parents et leur plus haut niveau de scolarité n'est pas significative au seuil de 1 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

L'hétérogénéité des associations des diverses pratiques sexuelles avec les caractéristiques sociodémographiques se manifeste également au niveau des facteurs liés à la famille des jeunes. Soulignons en particulier que l'expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans et le nombre de partenaires sexuels varient selon certains indicateurs du statut socioéconomique. Ainsi, la proportion d'élèves ayant eu leur première relation sexuelle avant 14 ans est plus élevée d'une part parmi ceux et celles dont la famille est moins à l'aise financièrement que la moyenne de leur classe, comparativement à ceux et celles que parmi ceux et celles dont la famille est aussi à l'aise financièrement (28 % c. 17 %, tableau 3.4); et d'autre part parmi ceux et celles dont aucun des parents n'a terminé des études secondaires, en comparaison à ceux et celles dont au moins l'un des parents a terminé des études collégiales ou universitaires (30 % c. 18 %, tableau 3.4). De plus, les élèves dont aucun parent n'est en emploi sont en proportion plus nombreux et nombreuses à avoir cumulé quatre partenaires sexuel·le·s ou plus que ceux et celles dont les deux parents sont en emploi (33 % c. 20 %, tableau 3.5).

Enfin, nos analyses révèlent que le sexe des partenaires sexuel·le·s n'est associé à aucune des caractéristiques sociodémographiques examinées. Cette absence d'association significative pourrait s'expliquer, du moins en partie, par l'évolution des normes sociales entourant la sexualité dans le contexte québécois. Une plus grande ouverture à la diversité des orientations et des expériences sexuelles pourrait favoriser des trajectoires plus fluides, moins strictement déterminées par des variables sociodémographiques telles que le sexe, l'âge, le lieu de naissance ou le statut socioéconomique. Ces constats s'inscrivent dans une dynamique plus large de déstandardisation des parcours sexuels chez les jeunes, en cohérence avec les transformations culturelles observées dans les sociétés occidentales contemporaines.

3.2.2.2 Les facteurs relationnels

Après avoir examiné les liens entre les pratiques sexuelles et les caractéristiques sociodémographiques, nous nous tournons maintenant vers les facteurs relationnels, qui jouent également un rôle déterminant dans les pratiques sexuelles des adolescent·e·s. Les données de l'EQSJS montrent effectivement que les pratiques sexuelles avec partenaire varient de manière marquée selon les facteurs relationnels.

D'une part, parmi les élèves ayant eu une relation sexuelle complète, ceux et celles ayant vécu de la violence relationnelle sont plus susceptibles d'adopter les pratiques sexuelles avec partenaire analysées. Les élèves ayant été victimes d'une relation sexuelle forcée sont effectivement en proportion plus nombreux et nombreuses que les autres à avoir eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans (35 % c. 19 %, tableau 3.7), à avoir cumulé quatre partenaires sexuel·le·s ou plus au cours de leur vie (43 % c. 18 %, tableau 3.8), à avoir eu des partenaires sexuel·le·s du même sexe (17 % c. 4 %, tableau 3.9) et à ne pas avoir utilisé un condom à leurs dernières relations sexuelles complètes (51 % c. 41 %, tableau 3.10).

Tableau 3.7 Proportion d'élèves ayant eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans selon divers facteurs relationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	%
Expérience d'une relation sexuelle forcée	
Oui	35,4
Non	18,8
Violence dans une relation amoureuse	
Oui	23,7
Non	16,9
Aucune relation amoureuse	26,4
Niveau des atouts à la maison	
Faible	33,0
Moyen	22,8
Élevé	19,2
Niveau des atouts chez les ami-e-s	
Faible	54,7
Moyen	26,8
Élevé	17,8

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.8 Nombre de partenaires sexuel-le-s au cours de la vie selon divers facteurs relationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	1 part.	2 part.	3 part.	4 part. ou plus	Total ²
	%				
Expérience d'une relation sexuelle forcée					
Oui	25,4	19,9	11,3	43,3	100,0
Non	48,6	20,5	12,7	18,1	100,0
Violence dans une relation amoureuse					
Oui	39,0	21,4	14,4	25,2	100,0
Non	52,0	19,9	11,4	16,7	100,0
Aucune relation amoureuse	49,4	19,1	8,5 *	23,0	100,0

(suite à la page suivante)

Tableau 3.8 (suite)

	1 part.	2 part.	3 part.	4 part. ou plus	Total ²
	%				
Niveau des atouts à la maison					
Faible	39,7	18,7 *	11,9 *	29,7 *	100,0
Moyen	40,6	21,5	12,5	25,4	100,0
Élevé	48,3	20,4	12,6	18,7	100,0
Niveau des atouts chez les ami·e·s					
Faible	25,5 *	11,8 **	12,7 **	50,1	100,0
Moyen	40,8	19,1	13,7	26,4	100,0
Élevé	47,6	21,5	12,1	18,9	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.9 Proportion d'élèves ayant parfois ou toujours eu des partenaires sexuel·le·s du même sexe selon certains facteurs relationnels¹, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	%
Expérience d'une relation sexuelle forcée	
Oui	16,7
Non	4,0
Violence dans une relation amoureuse	
Oui	6,7
Non	3,6
Aucune relation amoureuse	8,5 *
Niveau des atouts à la maison	
Faible	8,1 *
Moyen	7,4
Élevé	4,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

1. L'association avec le niveau des atouts chez les ami·e·s, n'est pas significative au seuil de 1 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.10 Proportion d'élèves n'ayant pas utilisé le condom aux dernières relations sexuelles complète selon divers facteurs relationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	%
Facteurs relationnels	
Expérience d'une relation sexuelle forcée	
Oui	51,0
Non	41,2
Violence dans une relation amoureuse	
Oui	49,5
Non	36,2
Aucune relation amoureuse	33,5
Niveau des atouts à la maison	
Faible	49,8
Moyen	46,9
Élevé	39,6
Niveau des atouts chez les ami-e-s	
Faible	64,4
Moyen	44,8
Élevé	41,0

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

De manière similaire, les élèves ayant plus largement vécu de la violence au sein d'une relation amoureuse sont proportionnellement plus nombreux et nombreuses que ceux et celles n'ayant pas vécu une telle violence à avoir adopté chacune des pratiques analysées (respectivement 24 % c. 17 %, tableau 3.7; 25 % c. 17 %, tableau 3.8; 7 % c. 4 %, tableau 3.9; et 49 % c. 36 %, tableau 3.10). Soulignons par ailleurs que, de manière générale, les élèves n'ayant pas été en couple dans les 12 mois précédant l'enquête ne se distinguent pas significativement des élèves l'ayant été, qu'ils et elles aient vécu ou non de la violence au sein de la relation⁴³. Ces résultats suggèrent que ce n'est pas le fait d'avoir été en couple en soi qui est associé aux pratiques sexuelles, mais bien l'expérience de violence au sein de la relation.

43. C'est vrai à l'exception de l'utilisation du condom : les élèves n'ayant pas eu de relation amoureuse sont moins susceptibles de ne pas avoir utilisé le condom aux dernières relations sexuelles que ceux et celles ayant vécu de la violence dans une relation amoureuse (tableau 3.10).

D'autre part, les pratiques sexuelles observées tendent, de manière générale, à être plus fréquentes chez les jeunes qui rapportent une moins bonne qualité de leurs relations familiales et amicales. En effet, du côté des relations familiales, on note que comparativement aux élèves ayant un niveau moyen ou élevé d'atouts à la maison, ceux et celles ayant un faible niveau d'atouts sont plus susceptibles d'avoir leur première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans (33 % c. respectivement 23 % et 19 %, tableau 3.7); on observe également que les élèves ayant un niveau moyen d'atouts à la maison sont plus susceptibles que ceux et celles ayant un niveau faible d'avoir eu quatre partenaires sexuel·le·s ou plus (25 % c. 18 %, tableau 3.8) et de ne pas avoir utilisé de condom aux dernières relations sexuelles complètes (47 % c. 40 %, tableau 3.10). Une tendance comparable se dégage du côté des relations amicales, bien qu'elle apparaisse de manière encore plus marquée et plus nette : comparativement aux élèves ayant un niveau d'atouts chez les ami·e·s, ceux et celles ayant un faible niveau sont en effet nettement plus nombreux et nombreuses, en proportion, à avoir eu leur première relation sexuelle avant 14 ans (55 % c. 18 %, tableau 3.7), à avoir eu quatre partenaires sexuel·le·s ou plus (50 % c. 19 %, tableau 3.8) et à ne pas avoir utilisé le condom aux dernières relations sexuelles complètes (64 % c. 41 %, tableau 3.10). Ces résultats mettent en lumière le rôle central des relations interpersonnelles dans la compréhension des pratiques sexuelles des adolescent·e·s et leur complexité.

3.2.2.3 Les facteurs situationnels

Les pratiques sexuelles avec partenaire varient également en fonction de certains facteurs situationnels. Plus précisément, elles sont associées à la consommation d'alcool et de drogues ainsi qu'à la délinquance : de manière générale, les analyses révèlent effectivement que plus un·e jeune présente un niveau élevé de consommation problématique ou s'engage dans des comportements délinquants, plus il ou elle est susceptible d'adopter les pratiques sexuelles spécifiques examinées.

En effet, parmi les élèves ayant eu une relation sexuelle complète, ceux et celles ayant un problème important de consommation d'alcool et de drogues sont les plus susceptibles d'adopter chacune des pratiques sexuelles ciblées dans le cadre de nos analyses, soit le fait d'avoir eu sa première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans (43 % c. 17 %, tableau 3.11), celui d'avoir cumulé quatre partenaires sexuel·le·s au cours de leur vie (53 % c. 15 %, tableau 3.12), celui d'avoir eu des partenaires du même sexe (14 % c. 4 %, tableau 3.13) et, finalement, celui de ne pas avoir utilisé le condom à ses dernières relations sexuelles complètes (63 % c. 39 %, tableau 3.14). Une tendance similaire est observée en ce qui concerne la délinquance : la proportion d'élèves adoptant chacune des pratiques sexuelles est plus élevée chez ceux

et celles ayant commis au moins quatre actes de conduite délinquante, comparativement à leurs pairs n'en ayant commis aucun (respectivement 45 % c. 14 %, tableau 3.11; 50 % c. 14 %, tableau 3.12; 11 % c. 4 %, tableau 3.13; et 55 % c. 39 %, tableau 3.14).

Tableau 3.11 Proportion d'élèves ayant eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans selon divers facteurs situationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	%
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	
Feu vert (aucun problème évident)	16,5
Feu jaune (problème émergent)	28,6
Feu rouge (problème important)	42,8
Nombre d'actes de conduite délinquante	
Aucun acte	14,4
1 acte	22,1
2 actes	25,2
3 actes	33,8
4 actes ou plus	44,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.12 Nombre de partenaires sexuel-le-s au cours de la vie selon divers facteurs situationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	1 part.	2 part.	3 part.	4 part. ou plus	Total
	%				
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues					
Feu vert (aucun problème évident)	52,5	20,6	11,7	15,2	100,0
Feu jaune (problème émergent)	27,1	25,3	15,8	31,8	100,0
Feu rouge (problème important)	14,5	17,1	15,8	52,6	100,0

(suite à la page suivante)

Tableau 3.12 (suite)

	1 part.	2 part.	3 part.	4 part. ou plus	Total
	%				
Nombre d'actes de conduite délinquante					
Aucun acte	55,3	19,6	11,1	14,0	100,0
1 acte	43,0	20,9	12,5	23,6	100,0
2 actes	32,3	25,4	15,3	27,0	100,0
3 actes	32,4	20,4	17,8	29,3	100,0
4 actes ou plus	18,3 *	18,6	13,5 *	49,6	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.13 Proportion d'élèves ayant parfois ou toujours eu des partenaires sexuel·le·s du même sexe selon divers facteurs situationnels, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	%
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	
Feu vert (aucun problème évident)	4,1
Feu jaune (problème émergent)	8,9 *
Feu rouge (problème important)	13,7
Nombre d'actes de conduite délinquante	
Aucun acte	4,0
1 acte	6,1 *
2 actes	7,5 *
3 actes	6,2 **
4 actes ou plus	11,3 *

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.14 Proportion d'élèves n'ayant pas utilisé le condom aux dernières relations sexuelles complètes selon divers facteurs situationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	%
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	
Feu vert (aucun problème évident)	39,0
Feu jaune (problème émergent)	48,7
Feu rouge (problème important)	62,5
Nombre d'actes de conduite délinquante	
Aucun acte	38,5
1 acte	44,9
2 actes	45,0
3 actes	45,7
4 actes ou plus	54,9

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Dans une perspective axée sur le risque, on pourrait avancer que les pratiques à risque – qu'elles relèvent de la sexualité, de la consommation ou de la délinquance – tendent à être associées entre elles. Cela dit, une lecture plus nuancée consisterait à suggérer que les pratiques sexuelles socialement perçues comme étant à risque sont davantage adoptées par les jeunes qui manifestent une propension générale à la prise de risques, indépendamment du caractère objectivement risqué ou non de ces pratiques. Cette interprétation permet de mettre en lumière l'importance des représentations sociales entourant la sexualité, lesquelles n'ont toutefois pas été explorées dans le cadre de la présente recherche.

3.2.3 Quelques conclusions générales

Les analyses présentées dans cette deuxième partie du chapitre montrent que les pratiques sexuelles avec partenaire à l'adolescence ne peuvent être comprises indépendamment des caractéristiques individuelles et des multiples influences sociales qui les façonnent. Loin d'être homogènes, ces pratiques varient selon des facteurs sociodémographiques, relationnels et situationnels, révélant ainsi la complexité de ces pratiques, ou plus largement des trajectoires sexuelles des jeunes.

Par ailleurs, le portrait des pratiques sexuelles réalisé dans cette deuxième partie du chapitre met en évidence que certaines d'entre elles sont plus fréquentes dans des contextes marqués par des vulnérabilités – qu'il s'agisse de précarité socioéconomique, de relations interpersonnelles fragiles ou de comportements à risque plus larges, comme la consommation ou la délinquance. En somme, les relations sexuelles à l'adolescence apparaissent étroitement liées aux contextes de vie des jeunes, et leur compréhension nécessite une approche sensible à la diversité des expériences et aux dynamiques sociales qui les traversent.

3.3 Corrélat de l'état de santé mentale

La deuxième partie du chapitre a permis de dresser un portrait détaillé des pratiques sexuelles avec partenaire chez les adolescent·e·s québécois·es. Dans le prolongement de l'objectif général de cette recherche, cette troisième partie du chapitre vise à mettre la table pour analyser l'articulation entre ces pratiques sexuelles et la santé mentale à l'adolescence. Avant d'aborder plus directement cette question, nous proposons d'abord une analyse globale de l'état de santé mentale des adolescent·e·s québécois·es, à partir des trois indicateurs retenus, soit le niveau de détresse psychologique, le diagnostic de dépression ou d'anxiété et le niveau de santé mentale positive. Cette partie du chapitre vise ainsi à présenter les principaux résultats issus du croisement de ces indicateurs avec divers facteurs relationnels et situationnels, ainsi qu'avec les caractéristiques sociodémographiques des adolescent·e·s. Elle nous permet de répondre à notre deuxième question de recherche : quel est le portrait de la santé mentale des adolescent·e·s québécois·es âgé·e·s de 14 ans et plus?

Comme dans la deuxième partie du chapitre, seuls les résultats des croisements présentant une association statistiquement significative selon le test du khi carré ($p < 0,01$) sont rapportés. Bien qu'ils ne soient pas présentés, les intervalles de confiance ont également été pris en compte dans l'analyse afin d'identifier les écarts les plus probants. Ce sont généralement ces écarts qui sont mis en valeur dans l'interprétation des résultats. Par ailleurs, les principales conclusions issues de l'analyse sont exposées à la fin de la partie. Ce segment permet d'ailleurs de clarifier la réponse apportée à la question de recherche traitée dans cette partie et de confronter les hypothèses formulées aux résultats obtenus.

Bien que le rapport de l'EQSJS 2016 2017 (Julien, 2018) ait traité des données sur la santé mentale utilisées dans le cadre de nos analyses, notre démarche s'en distingue par son orientation explicative. Au-delà de la description statistique, l'analyse présentée ici vise à explorer les liens entre l'état de santé mentale et

divers facteurs explicatifs, afin de mieux en saisir la complexité. Les résultats obtenus ne sont d'ailleurs pas identiques, d'une part parce que les variables mobilisées diffèrent en grande partie de celles utilisées par l'ISQ⁴⁴ et d'autre part parce que notre analyse de la santé mentale se concentre uniquement sur les élèves âgé·e·s de 14 ans et plus, contrairement aux analyses de l'ISQ qui portent sur l'ensemble des élèves du secondaire. Certaines tendances générales demeurent toutefois comparables.

3.3.1 L'état de santé mentale et les facteurs qui y sont associés

En amont de l'analyse des liens entre santé mentale et pratiques sexuelles, cette partie du chapitre propose, comme précisé plus tôt, un portrait d'ensemble de l'état de santé mentale des adolescent·e·s québécois·es, selon les trois indicateurs retenus : le niveau de détresse psychologique, le diagnostic de dépression ou d'anxiété et le niveau de santé mentale positive. Rappelons néanmoins que l'indice de détresse psychologique utilisé dans le cadre de l'EQSJS n'est pas construit selon des seuils renvoyant à des standards établis. Il répartit plutôt les jeunes en quintiles. L'indice ne peut donc pas être utilisé pour déterminer la prévalence de la détresse psychologique chez les jeunes; il n'est utile que pour comparer le niveau de détresse psychologique entre différents groupes. Soulignons tout de même que, compte tenu de la distribution des scores, les quintiles obtenus sont relativement inégaux : le premier quintile, qui correspond à un niveau faible de détresse psychologique, compte environ 13 % des élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus; alors que le cinquième quintile, qui correspond à un niveau élevé de détresse psychologique, compte 24 % des élèves (tableau 3.15).

Les données de l'EQSJS montrent que, parmi les élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus, environ 19 % ont déclaré avoir un diagnostic de dépression ou d'anxiété confirmé par un·e médecin ou un·e autre spécialiste de la santé, dont 3 % chez qui le diagnostic est accompagné d'un médicament prescrit et 16 % chez qui il ne l'est pas. À première vue, on observe donc une prévalence notablement élevée de la dépression et de l'anxiété chez les adolescent·e·s québécois·es. Cette prévalence élevée s'explique en grande partie par la forte proportion de jeunes ayant déclaré un trouble anxieux⁴⁵. En ce qui concerne la santé mentale positive, on observe que 45 % des élèves âgé·e·s de 14 ans et plus présentent une santé mentale florissante, caractérisée par un bien-être émotionnel et fonctionnel élevé, et qu'à l'inverse, 7 %

44. Pour plus de détails sur les variables retenues pour nos analyses, consulter la section 2.3 (p. 29), au chapitre 2.

45. Effectivement, selon le rapport de l'EQSJS, environ 17 % de l'ensemble des élèves du secondaire rapportent un trouble anxieux, alors que 6 % rapportent avoir un diagnostic confirmé de dépression (Julien, 2018). L'ISQ souligne par ailleurs la tendance à la hausse de ces troubles chez les jeunes.

présentent une santé mentale languissante, marquée par un faible niveau de bien-être. Ainsi, la proportion d'élèves présentant une santé mentale languissante demeure inférieure à celle des jeunes déclarant un trouble dépressif ou anxieux, ce qui suggère que le diagnostic d'un trouble mental ne s'accompagne pas systématiquement d'un faible niveau de santé mentale positive ⁴⁶. Cette conclusion n'a rien de contradictoire en soi, mais illustre plutôt, à l'instar de ce que souligne l'ISQ dans son rapport de l'EQSJS 2016-2017, qu'il est possible de présenter « un bon fonctionnement émotionnel, social et psychologique » (Julien, 2018, p. 160) même en présence d'un trouble psychologique diagnostiqué. Malgré tout, les données font ressortir la présence assez marquée d'une santé mentale fragilisée chez les jeunes Québécois-es, tout particulièrement au niveau de la dépression et de l'anxiété.

Tableau 3.15 État de santé mentale, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017

	%
Niveau de détresse psychologique	
Faible	13,3
Moyen	62,5
Élevé	24,2
Pas de diagnostic	
Diagnostic avec médication	3,1
Diagnostic sans médication	15,8
Pas de diagnostic	81,1
Caractéristiques sociodémographiques	
Florissante	44,9
Modérément bonne	48,4
Languissante	6,7

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

3.3.1.1 Les caractéristiques sociodémographiques

L'état de santé mentale des adolescent-e-s présente des variations associées à certaines caractéristiques sociodémographiques. D'abord, bien que la présence d'une santé mentale fragilisée soit observée de manière générale chez les élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, cette réalité se manifeste de

46. Les deux indicateurs sont corrélés, mais distincts. Pour plus de détails sur la proportion d'élèves ayant un diagnostic de dépression ou d'anxiété selon le niveau de santé mentale positive, consulter la figure B1 (p. 131), à l'annexe B.

manière plus prononcée chez les filles. Elles sont en effet proportionnellement plus nombreuses que les garçons à avoir un niveau élevé de détresse psychologique (35 % c. 14 %, tableau 3.16), à avoir un diagnostic de dépression ou d'anxiété, qu'il soit accompagné d'une médication prescrite ou non (respectivement 4 % c. 2 % et 21 % c. 11 %, tableau 3.17) et à présenter une santé mentale languissante (8 % c. 5 %, tableau 3.18).

De façon plus surprenante, on décèle toutefois assez peu de variation dans l'état de santé mentale selon l'âge, si ce n'est que du fait que les élèves plus jeunes, soit ceux et celles âgé-e-s de 14 ans, soient moins susceptibles que les autres d'avoir un faible niveau de détresse psychologique (17 % c. respectivement 12 %, tableau 3.16). On n'observe effectivement pas de variation importante dans le diagnostic de dépression ou d'anxiété selon l'âge (tableau 3.17), et on ne détecte carrément pas d'association statistiquement significative entre le niveau de santé mentale positive et l'âge (tableau 3.18).

Quant à la situation familiale et son association à l'état de santé mentale, on observe une tendance semblable pour les trois indicateurs de santé mentale. Les élèves vivant dans une famille biparentale ou à garde partagée sont moins susceptibles que ceux et celles vivant dans une famille reconstituée ou monoparentale à avoir une détresse psychologique élevée (respectivement 22 % et 21 % c. respectivement 32 % et 30 %, tableau 3.16), mais plus susceptibles d'avoir une santé mentale florissante (respectivement 48 % et 47 % c. respectivement 38 % et 36 %, tableau 3.17). La proportion d'élèves n'ayant pas de diagnostic de dépression ou d'anxiété est quant à elle plus forte parmi ceux et celles vivant dans une famille biparentale ou à garde partagée que parmi ceux et celles vivant dans une famille reconstituée (respectivement 84 % et 81 % c. 73 %, tableau 3.18). Ainsi, de façon générale, le fait pour un adolescent-e de vivre avec ses deux parents, qu'ils soient ensemble ou non, est associé à un meilleur état de santé mentale.

Tableau 3.16 Niveau de détresse psychologique selon diverses caractéristiques sociodémographiques¹, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017

	Faible	Moyen	Élevé	Total
	%			
Sexe				
Garçon	19,3	66,4	14,3	100,0
Fille	7,0	58,4	34,6	100,0
Âge				
14 ans	16,8	61,9	21,2	100,0
15 ans	11,6	63,3	25,1	100,0
16 ans	11,9	62,4	25,7	100,0
17 ans ou plus	12,3	62,2	25,5	100,0
Situation familiale				
Famille biparentale	14,3	64,0	21,7	100,0
Famille reconstituée	9,7	58,2	32,1	100,0
Famille monoparentale	12,1	57,4	30,5	100,0
Famille à garde partagée	13,4	65,3	21,3	100,0
Autre situation familiale	8,8 *	58,1	33,1	100,0
Perception de la situation financière de la famille				
Moins à l'aise	5,6	54,8	39,6	100,0
Aussi à l'aise	13,5	64,0	22,5	100,0
Plus à l'aise	16,1	62,8	21,1	100,0
Statut d'emploi des parents				
Tous les parents en emploi	13,3	63,4	23,3	100,0
Un parent sur deux en emploi	12,2	60,5	27,3	100,0
Aucun parent en emploi	11,6	55,1	33,4	100,0
Plus haut niveau de scolarité des parents				
Études secondaires non complétées	10,0	54,4	35,5	100,0
Études secondaires	13,8	58,8	27,4	100,0
Études collégiales ou universitaires	13,1	63,2	23,7	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

1. L'association avec le lieu de naissance n'est pas significative au seuil de 1 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.17 Diagnostic de dépression ou d'anxiété selon diverses caractéristiques sociodémographiques, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017

	Diagnostic avec médication	Diagnostic sans médication	Pas de diagnostic	Total
	%			
Sexe				
Garçon	2,1	11,1	86,9	100,0
Fille	4,3	20,8	74,9	100,0
Âge				
14 ans	2,4	15,2	82,4	100,0
15 ans	3,1	16,2	80,7	100,0
16 ans	3,6	16,7	79,7	100,0
17 ans ou plus	3,8	14,7	81,4	100,0
Lieu de naissance				
Canada	3,4	16,2	80,4	100,0
Extérieur du Canada	1,3 *	13,3	85,4	100,0
Situation familiale				
Famille biparentale	2,5	13,7	83,8	100,0
Famille reconstituée	5,8	20,7	73,5	100,0
Famille monoparentale	3,6	19,2	77,1	100,0
Famille à garde partagée	2,8	16,2	81,0	100,0
Autre situation familiale	7,0 *	26,9	66,1	100,0
Perception de la situation financière de la famille				
Moins à l'aise	4,5	21,3	74,2	100,0
Aussi à l'aise	2,9	15,2	81,9	100,0
Plus à l'aise	3,0	14,3	82,7	100,0
Statut d'emploi des parents				
Tous les parents en emploi	2,9	15,0	82,1	100,0
Un parent sur deux en emploi	3,5	17,7	78,7	100,0
Aucun parent en emploi	3,9 *	21,5	74,5	100,0
Plus haut niveau de scolarité des parents				
Études secondaires non complétées	4,5 *	24,9	70,6	100,0
Études secondaires	3,7	18,1	78,2	100,0
Études collégiales ou universitaires	3,0	15,1	81,9	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.18 Niveau de santé mentale positive selon diverses caractéristiques sociodémographiques¹, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017

	Florissante	Modérément bonne	Languissante	Total
	%			
Sexe				
Garçon	49,2	45,7	5,1	100,0
Fille	40,4	51,3	8,3	100,0
Situation familiale				
Famille biparentale	47,9	46,8	5,3	100,0
Famille reconstituée	37,8	52,9	9,2	100,0
Famille monoparentale	36,3	53,2	10,5	100,0
Famille à garde partagée	47,0	47,4	5,7	100,0
Autre situation familiale	37,7	49,1	13,1 *	100,0
Perception de la situation financière de la famille				
Moins à l'aise	29,4	56,7	13,9	100,0
Aussi à l'aise	44,8	49,1	6,0	100,0
Plus à l'aise	52,6	43,0	4,4	100,0
Statut d'emploi des parents				
Tous les parents en emploi	46,4	47,6	5,9	100,0
Un parent sur deux en emploi	41,4	51,1	7,4	100,0
Aucun parent en emploi	36,6	49,7	13,7	100,0
Plus haut niveau de scolarité des parents				
Études secondaires non complétées	31,4	56,5	12,1	100,0
Études secondaires	36,8	55,1	8,1	100,0
Études collégiales ou universitaires	47,6	46,7	5,7	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

1. L'association avec l'âge et le lieu de naissance n'est pas significative au seuil de 1 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

3.3.1.2 Les facteurs relationnels

Outre les caractéristiques sociodémographiques avec lesquelles des liens significatifs ont été établis, l'analyse met également en lumière l'importance des facteurs relationnels dans l'état de santé mentale des adolescent·e·s. Sans grande surprise, les données révèlent que la présence de violence dans les relations interpersonnelles et, plus largement, la faible qualité de ces relations sont fortement associées à une santé mentale plus faible chez les adolescent·e·s.

D'une part, les élèves ayant vécu de la violence dans une relation amoureuse sont en proportion plus nombreux et nombreuses que ceux et celles n'en ayant pas vécu, ainsi que ceux et celles n'ayant pas été en relation amoureuse, à avoir un niveau élevé de détresse psychologique (39 % c. respectivement 20 %, tableau 3.19) et à avoir un diagnostic de dépression ou d'anxiété, qu'un médicament prescrit soit pris pour soigner le trouble ou non (respectivement 6 % c. 4 % et 2 %, et 23 % c. 15 % et 13 %; tableau 3.20), mais moins nombreux et nombreuses à avoir une santé mentale florissante (38 % c. 51 % et 45 %, tableau 3.21). On note donc ici une nuance intéressante : ce n'est pas le fait d'être en relation amoureuse qui est associé à une santé mentale fragilisée, mais bien la présence de violence dans cette relation. Par ailleurs, des tendances similaires, mais à première vue plus marquées, sont observées entre les élèves ayant subi une relation sexuelle forcée au cours de leur vie et ceux et celles n'en ayant pas subi, et ce pour les trois indicateurs de l'état de santé mentale (respectivement 55 % c. 22 %, tableau 3.19; 11 % c. 3 % et 33 % c. 15 %, tableau 3.20; et 28 % c. 46 %, tableau 3.21).

D'autre part, l'état de santé mentale est fortement associé à la qualité des relations familiales et amicales, peu importe l'indicateur analysé. Effectivement, la proportion d'élèves ayant un niveau élevé de détresse psychologique diminue largement plus le niveau des atouts augmente, autant à la maison que chez les ami·e·s (passant respectivement de 55 % à 18 % et de 46 % à 22 %, tableau 3.19). À l'inverse, la proportion d'élèves n'ayant pas de diagnostic de dépression ou d'anxiété augmente avec le niveau des atouts à la maison et chez les ami·e·s (passant respectivement de 67 % à 84 % et de 66 % à 83 %, tableau 3.20), tout comme la proportion d'élèves ayant une santé mentale florissante (passant respectivement de 11 % à 55 % et de 11 % à 52 %, tableau 3.21). Ces résultats démontrent clairement cette idée que la qualité des relations est centrale dans la compréhension de l'état de santé mentale des adolescent·e·s.

Tableau 3.19 Niveau de détresse psychologique selon divers facteur relationnels, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017

	Faible	Moyen	Élevé	Total
	%			
Expérience d'une relation sexuelle forcée				
Oui	3,5 *	41,5	55,0	100,0
Non	14,0	63,8	22,2	100,0
Violence dans une relation amoureuse				
Oui	4,7	56,1	39,2	100,0
Non	15,5	64,4	20,1	100,0
Aucune relation amoureuse	15,6	64,2	20,2	100,0
Niveau des atouts à la maison				
Faible	5,1 *	40,0	54,8	100,0
Moyen	8,3	56,6	35,1	100,0
Élevé	15,7	66,1	18,2	100,0
Niveau des atouts chez les ami·e·s				
Faible	6,9 **	47,3	45,8	100,0
Moyen	10,9	60,7	28,3	100,0
Élevé	14,5	63,8	21,7	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.20 Diagnostic de dépression ou d'anxiété selon divers facteurs relationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017

	Diagnostic avec médication	Diagnostic sans médication	Pas de diagnostic	Total
	%			
Expérience d'une relation sexuelle forcée				
Oui	11,0	33,2	55,8	100,0
Non	2,6	14,7	82,7	100,0
Violence dans une relation amoureuse				
Oui	5,8	23,4	70,8	100,0
Non	3,7	14,5	81,8	100,0
Aucune relation amoureuse	1,7	13,4	84,9	100,0
Niveau des atouts à la maison				
Faible	5,2 *	28,2	66,6	100,0
Moyen	3,5	19,8	76,6	100,0
Élevé	2,8	13,5	83,6	100,0
Niveau des atouts chez les ami-e-s				
Faible	8,1 *	25,5	66,4	100,0
Moyen	3,6	17,6	78,8	100,0
Élevé	2,7	14,7	82,5	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.21 Niveau de santé mentale positive selon divers facteurs relationnels, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017

	Florissante	Modérément bonne	Languissante	Total
	%			
Expérience d'une relation sexuelle forcée				
Oui	28,0	55,9	16,1	100,0
Non	46,0	47,9	6,0	100,0
Violence dans une relation amoureuse				
Oui	37,5	53,0	9,5	100,0
Non	50,9	44,7	4,4	100,0
Aucune relation amoureuse	45,0	48,4	6,6	100,0
Niveau des atouts à la maison				
Faible	11,4	54,2	34,4	100,0
Moyen	24,4	63,1	12,6	100,0
Élevé	55,0	42,2	2,8	100,0
Niveau des atouts chez les ami-e-s				
Faible	11,4 *	61,5	27,1	100,0
Moyen	29,9	59,7	10,5	100,0
Élevé	52,5	43,2	4,3	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

3.3.1.3 Les facteurs situationnels

Finalement, l'état de santé mentale se module également en fonction de divers facteurs situationnels. On observe en effet que, comparativement aux autres élèves, la proportion d'élèves ayant un niveau élevé de détresse psychologique est plus faible parmi ceux et celles n'ayant aucun problème évident de consommation d'alcool ou de drogues et parmi ceux et celles n'ayant posé aucun acte de conduite délinquante (respectivement 22 % c. 40 % et 46 %, ainsi que 19 % c. 31 % à 41 %; tableau 3.22). Les élèves qui n'ont pas de problème de consommation et ceux et celles qui n'ont pas adopté une conduite délinquante sont également proportionnellement plus nombreux et nombreuses que les autres à ne pas avoir un diagnostic de dépression ou d'anxiété (respectivement 83 % c. 67 % et 60 %, ainsi que 83 % c. 68 % à 79 %; tableau 3.23). Du côté du niveau de santé mentale positive, la santé mentale florissante est plus fréquente chez les élèves qui n'ont aucun problème de consommation d'alcool et de drogues, ainsi que

chez ceux et celles qui n'ont pas adopté une conduite délinquante (respectivement 46 % c. 36 % et 24 %, ainsi que 49 % c. 30 % à 38 %; tableau 3.24). En somme, on voit que l'absence de pratiques à risque liées à la consommation d'alcool et de drogues et à la délinquance est associée à une santé mentale plus forte ou qu'inversement, la consommation problématique d'alcool et de drogues – peu importe son intensité –, ainsi que la conduite délinquante – peu importe sa fréquence – sont associés à une santé mentale fragilisée.

Tableau 3.22 Niveau de détresse psychologique selon divers facteurs situationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017

	Faible	Moyen	Élevé	Total
	%			
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues				
Feu vert (aucun problème évident)	14,0	63,6	22,4	100,0
Feu jaune (problème émergent)	5,5	54,5	40,0	100,0
Feu rouge (problème important)	6,0 *	47,7	46,3	100,0
Nombre d'actes de conduite délinquante				
Aucun acte	16,3	64,2	19,5	100,0
1 acte	8,5	60,3	31,2	100,0
2 actes	7,1	61,1	31,8	100,0
3 actes	6,6 *	56,7	36,7	100,0
4 actes ou plus	7,2 *	52,0	40,8	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.23 Diagnostic de dépression ou d'anxiété selon divers facteurs situationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017

	Diagnostic avec médication	Diagnostic sans médication	Pas de diagnostic	Total
	%			
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues				
Feu vert (aucun problème évident)	2,6	14,7	82,7	100,0
Feu jaune (problème émergent)	6,9	25,7	67,5	100,0
Feu rouge (problème important)	11,0	29,3	59,7	100,0
Nombre d'actes de conduite délinquante				
Aucun acte	2,4	14,1	83,5	100,0
1 acte	3,5	17,8	78,8	100,0
2 actes	4,6	17,9	77,5	100,0
3 actes	5,8 *	20,6	73,6	100,0
4 actes ou plus	7,7 *	23,9 *	68,4	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.24 Niveau de santé mentale positive selon divers facteurs situationnels, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017

		Modérément bonne	Languissante	Total ²
	Florissante			
	%			
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues				
Feu vert (aucun problème évident)	46,3	47,7	6,0	100,0
Feu jaune (problème émergent)	35,7	52,8	11,5	100,0
Feu rouge (problème important)	24,4	60,5	15,1	100,0
Nombre d'actes de conduite délinquante				
Aucun acte	49,4	45,2	5,4	100,0
1 acte	38,3	54,7	7,1	100,0
2 actes	37,9	52,8	9,3	100,0
3 actes	32,2	57,4	10,3 *	100,0
4 actes ou plus	29,6	53,9	16,4	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

3.3.2 Quelques conclusions générales

Cette troisième partie du chapitre visait d'abord à établir le portrait de la santé mentale chez les adolescent·e·s québécois·es, en réponse à notre deuxième question de recherche. Reprenant le modèle des deux continuums de Keyes (2007), nous avons analysé à la fois les troubles mentaux et le niveau santé mentale. L'analyse révèle une santé mentale globalement fragilisée chez les adolescent·e·s québécois·es, particulièrement en lien avec les troubles anxieux et dépressifs. Cette fragilité varie selon plusieurs facteurs, dont les caractéristiques sociodémographiques, la qualité des relations interpersonnelles et la présence de comportements à risque. Les filles, les jeunes vivant dans des contextes familiaux précaires, ceux et celles ayant subi de la violence ou une relation sexuelle forcée, ainsi que les jeunes présentant des problèmes de consommation ou de conduite délinquante, figurent parmi les groupes les plus vulnérables.

La santé mentale est aussi associée aux pratiques sexuelles avec partenaire, un constat avancé en réponse à notre troisième question de recherche, visant justement à connaître le lien entre la santé mentale des adolescent·e·s et leurs pratiques sexuelles avec partenaire. En fait, les pratiques sexuelles sont à première vue surtout associées à la dimension de la santé mentale renvoyant aux troubles mentaux. En effet, rappelons que le niveau de santé mentale positive ne présente pas d'association probante avec l'expérience d'une relation sexuelle complète, et présente une association moins signifiante avec les diverses pratiques sexuelles avec partenaire étudiées, dans la mesure où nous n'avons détecté aucune différence probante au niveau de la santé mentale florissante. C'est donc dire que l'état de santé mentale d'un·e adolescent·e est davantage, ou du moins plus clairement, associé aux pratiques sexuelles avec partenaire par sa dimension « négative ». Parallèlement, les résultats ne donnent aucun indice permettant d'affirmer que les pratiques sexuelles peuvent être bénéfiques pour la santé mentale des adolescent·e·s.

Il n'en demeure pas moins que la première hypothèse que nous avons formulée tend à être confirmée : on détecte bel et bien une relation négative entre l'état de santé mentale et l'expérience d'une relation sexuelle complète, même en contexte québécois. Notre troisième hypothèse est elle aussi confirmée, mais quelques nuances méritent d'être apportées. Nos analyses démontrent effectivement que l'état de santé mentale est associé à plusieurs aspects des pratiques sexuelles, cette relation étant positive dans le cas de l'âge de la première relation sexuelle et de l'utilisation du condom, et négative dans le cas du nombre de partenaires sexuel·le·s. Ces associations demeurent toutefois partielles, n'étant pas systématiquement significatives pour l'ensemble des indicateurs étudiés. Ce constat renforce l'idée que le caractère

potentiellement bénéfique des pratiques sexuelles sur la santé mentale des jeunes demeure incertain et difficile à établir de manière probante.

Les analyses permettent également d’apporter des éléments de réponse à la troisième question de recherche, qui vise à identifier les principales variables conjointement associées à l’état de santé mentale et aux pratiques sexuelles avec partenaire chez les adolescent·e·s. Il en ressort qu’une variété de facteurs agissent à la fois sur les pratiques sexuelles et sur la santé mentale. Il convient de souligner l’importance particulière des facteurs relationnels et situationnels – notamment la présence de violence dans les relations interpersonnelles et la qualité des relations familiales, ainsi que la consommation d’alcool ou de drogues et la conduite délinquante – dans l’explication des disparités en matière de santé mentale chez les jeunes. Bien que certaines caractéristiques sociodémographiques, comme le sexe, présentent des liens significatifs avec certains indicateurs, ces associations demeurent hétérogènes et parfois ambivalentes, ce qui rend leur interprétation moins évidente.

3.4 Association entre l’état de santé mentale et les pratiques sexuelles avec partenaire

La troisième partie du chapitre a permis de mettre en évidence la diversité des formes que peut prendre la fragilité de la santé mentale à l’adolescence. Si certains sous-groupes de jeunes apparaissent relativement protégés, d’autres le sont moins; c’est notamment le cas des filles, des jeunes issu·e·s de milieux socioéconomiques défavorisés, ou encore de ceux et celles étant exposé·e·s à des relations interpersonnelles de faible qualité ou marquées par la violence. Ces constats rappellent, comme on le souligne amplement dans la littérature, que la santé mentale à l’adolescence est façonnée par une combinaison de facteurs individuels, relationnels et situationnels. Dans cette perspective, cette dernière partie du chapitre s’intéresse plus spécifiquement aux liens entre les pratiques sexuelles avec partenaire et l’état de santé mentale des adolescent·e·s, afin de mieux comprendre comment ces pratiques peuvent s’articuler aux dynamiques de vulnérabilité ou de bien-être psychologique.

Dans cette dernière partie, l’analyse des croisements effectués entre les trois indicateurs de santé mentale retenus et les variables associées aux pratiques sexuelles permet de dégager des éléments de réponse à notre troisième question de recherche : quel est le lien entre la santé mentale des adolescent·e·s et leurs

pratiques sexuelles avec partenaire? L'analyse d'une série de tests du khi carré⁴⁷ et, complémentirement, des intervalles de confiance des proportions est ensuite réalisée afin de confirmer les associations significatives observées et d'ainsi répondre à notre quatrième question de recherche : quelles sont les principales variables associées à la fois à la santé mentale et aux pratiques sexuelles avec partenaire? Enfin, à partir de ces résultats, un modèle de régression logistique multiple est testé pour chacun des indicateurs de santé mentale, en intégrant les variables associées aux pratiques sexuelles. Cette modélisation vise à identifier les facteurs influençant le plus l'état de santé mentale des adolescent·e·s, ce qui nous permet de répondre à notre cinquième et ultime question de recherche : quel est le meilleur modèle permettant d'identifier les variables les plus fortement associées à la santé mentale, qui inclue les pratiques sexuelles avec partenaire?

Il convient de préciser que cette dernière partie du chapitre s'articule en deux volets, en fonction des variables relatives aux pratiques sexuelles mobilisées et le groupe d'adolescent·e·s concerné. Le premier volet s'intéresse à la manière dont l'état de santé mentale est lié à l'expérience d'une relation sexuelle complète parmi l'ensemble des adolescent·e·s, tandis que le second examine comment elle est associée à certains aspects des pratiques sexuelles des adolescent·e·s ayant déjà vécu une telle expérience. Par ailleurs, les principales conclusions de l'analyse sont présentées en fin de section, ce qui permet de préciser la réponse apportée aux questions de recherche abordées dans cette partie et de mettre en regard les hypothèses formulées avec les résultats obtenus.

3.4.1 La santé mentale et l'expérience d'une relation sexuelle complète

Commençons par examiner comment l'état de santé mentale se lie à l'expérience d'une relation sexuelle complète chez les jeunes. Les données de l'EJSJS indiquent que ce lien varie selon la dimension de la santé mentale observée. Si l'on se concentre sur les deux indicateurs se rapportant aux troubles mentaux, il apparaît que le fait d'avoir vécu une première relation sexuelle complète est corrélé à une santé mentale plus fragilisée. En effet, en comparaison à leurs pairs, les élèves ayant eu une relation sexuelle complète sont plus nombreux et nombreuses à avoir une détresse psychologique élevée et à avoir un diagnostic de dépression ou d'anxiété, qu'il soit accompagné d'une médication prescrite ou non (respectivement 31 % c. 22 %, ainsi que 5 % c. 2 % et 20 % c. 14 %; tableau 3.25). En revanche, aucune différence réellement significative n'est observée entre les deux sous-groupes d'élèves quant au niveau de santé mentale

47. Les matrices des valeurs-*p* obtenues pour l'ensemble des tests du khi carré réalisés à cette étape sont présentées dans les tableaux D1 (p. 152) et D2 (p. 153-154), à l'annexe D.

positive : les intervalles de confiance des proportions se chevauchent, suggérant l'absence d'écarts probants.

Tableau 3.25 Certains indicateurs de santé mentale selon l'expérience d'une relation sexuelle complète, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017

	A eu une relation sexuelle complète	N'a pas eu de relation sexuelle complète
	%	
Niveau de détresse psychologique		
Faible	10,0	14,5
Moyen	59,4	63,6
Élevé	30,6	21,9
Diagnostic de dépression ou d'anxiété		
Diagnostic avec médication	5,4	2,2
Diagnostic sans médication	20,4	14,1
Pas de diagnostic	74,2	83,6
Niveau de santé mentale positive		
Florissante	42,4	45,8
Modérément bonne	50,7	47,7
Languissante	6,9	6,6
Total ¹	100,0	100,0

1. Le total peut différer de la somme des parties à cause de l'arrondissement.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

En somme, si l'expérience d'une relation sexuelle complète est clairement associée à une vulnérabilité accrue sur le plan des troubles mentaux, elle ne présente toutefois pas de lien significatif avec la santé mentale positive. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que cette expérience, bien qu'importante sur le plan développemental, ne garantit pas en soi des retombées bénéfiques, ces dernières étant possiblement plus marquées par le contexte relationnel. Autrement dit, les retombées positives éventuelles pourraient découler principalement d'autres dimensions, telles que la qualité du lien affectif, le degré de consentement ou le soutien émotionnel, plutôt que de la pratique sexuelle en tant que telle.

3.4.1.1 Les facteurs qui influencent le plus l'état de santé mentale des adolescent·e·s

Dans la section précédente du chapitre, nous avons mis en lumière l'association entre l'état de santé mentale des adolescent·e·s et plusieurs facteurs sociodémographiques, relationnels et situationnels. L'analyse amorcée dans la présente section a ensuite montré que l'expérience d'une relation sexuelle complète est aussi liée à certains aspects de l'état de santé mentale. Pour poursuivre cette analyse, des modèles multivariés sont mobilisés afin d'identifier, parmi l'ensemble des variables explicatives retenues, celles qui influencent le plus l'état de santé mentale des jeunes.

Le tableau 3.26 identifie les variables qui ont été incluses dans les analyses de régression logistique, et celles qui ne l'ont pas été⁴⁸. Par ailleurs, les analyses de régression logistique réalisées pour examiner les facteurs associés à chacun des indicateurs de l'état de santé mentale montrent que les modèles sont globalement significatifs au seuil de 1 % ($p < 0,0001$ dans les trois modèles; tableaux 3.27 à 3.29), ce qui confirme la pertinence des variables incluses.

Tableau 3.26 Variables incluses aux modèles de régression logistique incluant l'indicateur de l'expérience d'une relation sexuelle complète

	Niveau de détresse psychologique	Diagnostic de dépression ou d'anxiété	Niveau de santé mentale positive
Expérience d'une relation sexuelle forcée	✓	✓	✓
Violence dans une relation amoureuse	✓	✓	✓
Niveau des atouts à la maison	✓	✓	✓
Niveau des atouts chez les ami·e·s	–	–	–
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	✓	✓	✓
Nombre d'actes de conduite délinquante	✓	✓	✓

(suite à la page suivante)

48. La matrice des valeurs- p obtenues pour l'ensemble des tests du khi carré réalisés à cette étape est présentée dans le tableau D1 (p. 152), à l'annexe D.

Tableau 3.26 (suite)

	Niveau de détresse psychologique	Diagnostic de dépression ou d'anxiété	Niveau de santé mentale positive
Sexe	X	X	X
Âge	–	X	–
Lieu de naissance	X	✓	X
Situation familiale	✓	✓	✓
Perception de la situation financière de la famille	–	–	–
Statut d'emploi des parents	X	X	X
Plus haut niveau de scolarité des parents	✓	✓	✓

✓ Variable incluse; association statistiquement significative au seuil de 1 %.

X Variable exclue; aucune association significative au seuil de 1 %.

– Variable exclue; aucun écart probant observé entre les proportions.

Tableau 3.27 Résultats de la régression logistique multiple portant sur le niveau de détresse psychologique et incluant l'indicateur de l'expérience d'une relation sexuelle complète

	OR	IC	Valeur- p^1
Modèle global ²			< 0,0001
Expérience d'une relation sexuelle complète	0,874	[0,718 – 1,063]	0,0758
Expérience d'une relation sexuelle forcée	2,685	[2,059 – 3,501]	< 0,0001
Violence dans une relation amoureuse (oui)	1,920	[1,551 – 2,377]	< 0,0001
Violence dans une relation amoureuse (non)	0,926	[0,773 – 1,109]	< 0,0001
Niveau des atouts à la maison	2,274	[1,996 – 2,590]	< 0,0001
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	1,457	[1,106 – 1,918]	0,0004
Nombre d'actes de conduite délinquante	1,455	[1,266 – 1,671]	< 0,0001
Situation familiale	1,230	[1,049 – 1,441]	0,0008
Plus haut niveau de scolarité des parents	0,956	[0,804 – 1,137]	0,5016

1. Les résultats non significatifs au seuil de 1 % ($p \geq 0,01$) sont indiqués en rouge.

2. Les données manquantes représentent 9,9 % des observations pondérées.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.28 Résultats de la régression logistique multiple portant sur le diagnostic de dépression ou d'anxiété et incluant l'indicateur de l'expérience d'une relation sexuelle complète

	OR	IC	Valeur- p^1
Modèle global ²			< 0,0001
Expérience d'une relation sexuelle complète	1,072	[0,889 – 1,292]	0,3393
Expérience d'une relation sexuelle forcée	2,470	[1,902 – 3,209]	< 0,0001
Violence dans une relation amoureuse (oui)	1,576	[1,283 – 1,936]	< 0,0001
Violence dans une relation amoureuse (non)	1,099	[0,896 – 1,349]	0,0435
Niveau des atouts à la maison	1,362	[1,167 – 1,588]	< 0,0001
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	1,637	[1,258 – 2,128]	< 0,0001
Nombre d'actes de conduite délinquante	1,103	[0,948 – 1,285]	0,0953
Lieu de naissance	0,734	[0,548 – 0,984]	0,0066
Situation familiale	1,327	[1,134 – 1,553]	< 0,0001
Plus haut niveau de scolarité des parents	1,053	[0,895 – 1,239]	0,4111

1. Les résultats non significatifs au seuil de 1 % ($p \geq 0,01$) sont indiqués en rouge.

2. Les données manquantes représentent 11,7 % des observations pondérées.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.29 Résultats de la régression logistique multiple portant sur la santé mentale positive et incluant l'indicateur de l'expérience d'une relation sexuelle complète

	OR	IC	Valeur- p^1
Modèle global ²			< 0,0001
Expérience d'une relation sexuelle complète	1,107	[0,949 – 1,291]	0,0888
Expérience d'une relation sexuelle forcée	0,659	[0,486 – 0,894]	0,0004
Violence dans une relation amoureuse (oui)	0,901	[0,763 – 1,064]	< 0,0001
Violence dans une relation amoureuse (non)	1,318	[1,139 – 1,526]	< 0,0001
Niveau des atouts à la maison	0,279	[0,244 – 0,319]	< 0,0001
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	0,778	[0,595 – 1,016]	0,0154
Nombre d'actes de conduite délinquante	0,732	[0,641 – 0,837]	< 0,0001
Situation familiale	0,846	[0,728 – 0,983]	0,0040
Plus haut niveau de scolarité des parents	0,764	[0,653 – 0,895]	< 0,0001

1. Les résultats non significatifs au seuil de 1 % ($p \geq 0,01$) sont indiqués en rouge.

2. Les données manquantes représentent 13,0 % des observations pondérées.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Les résultats montrent que l'expérience d'une relation sexuelle complète n'a pas d'effet statistiquement significatif, lorsqu'on contrôle pour les autres facteurs, sur l'état de santé mentale, que ce soit sur le niveau de détresse psychologique ($p = 0,0758$; tableau 3.27), sur le diagnostic de dépression ou d'anxiété ($p = 0,3393$; tableau 3.28), ou sur le niveau de santé mentale positive ($p = 0,0888$; tableau 3.29)⁴⁹. Autrement dit, cette expérience ne contribue pas de manière indépendante aux différences observées en matière de santé mentale. Elle agirait ainsi à travers certaines variables de contrôle, qui joueraient un rôle de médiation dans le lien observé. Ces variables intermédiaires pourraient ainsi moduler l'effet apparent de l'expérience d'une relation sexuelle complète sur l'état de santé mentale, en en atténuant ou en renforçant l'impact selon les contextes individuels.

Ce sont principalement les facteurs relationnels qui auraient l'effet direct le plus fort, apparaissant comme les plus étroitement associés à l'état de santé mentale des adolescent·e·s. Certains d'entre eux présentent effectivement un effet notable, même en contrôlant pour les autres variables, sur les différents indicateurs de santé mentale analysés :

- L'expérience d'une relation sexuelle forcée : Par rapport à ceux n'ayant pas vécu une telle situation, les élèves ayant subi une relation sexuelle forcée ont une probabilité près de 2,7 fois plus élevée d'éprouver un niveau élevé de détresse psychologique ($OR = 2,685$, $IC [2,059 - 3,501]$, $p < 0,0001$; tableau 3.27) et 2,5 fois plus élevée d'avoir un diagnostic de dépression ou d'anxiété ($OR = 2,470$, $IC [1,902 - 3,209]$, $p < 0,0001$; tableau 3.28);
- La violence dans une relation amoureuse (violence vécue) : Par rapport à ceux et celles n'ayant pas été en relation amoureuse, les élèves ayant été exposé·e·s à de la violence au sein d'une relation amoureuse ont une probabilité accrue d'environ 92 % d'avoir un niveau élevé de détresse psychologique ($OR = 1,920$, $IC [1,551 - 2,377]$, $p < 0,0001$; tableau 3.27);

49. Notons que le rapport de cotes associé à chacun de ces indicateurs peut suggérer des tendances potentielles, mais ces résultats ne peuvent être interprétés qu'avec prudence en raison de leur manque de robustesse statistique. Rappelons qu'une absence de significativité statistique ne veut pas forcément dire que la variable n'a aucun effet ou aucune importance pratique, mais simplement que les données disponibles ne permettent pas de détecter un effet avec suffisamment de certitude. Cette nuance est d'autant plus importante que certains résultats non significatifs au seuil de 0,01 présentent des valeurs- p proches de ce seuil. L'adoption d'un seuil plus permissif aurait pu mettre en lumière certaines associations suggérées par les données, mais non détectées dans notre approche.

- Le niveau des atouts à la maison : Par rapport à un niveau élevé d'atouts, un niveau faible ou moyen d'atouts à la maison est associé chez les élèves de 14 ans et plus à une probabilité 2,3 fois plus forte d'avoir un niveau élevé de détresse psychologique élevée ($OR = 2,274$, $IC [1,996 - 2,590]$, $p < 0,0001$; tableau 3.27) et à une probabilité réduite d'environ 72 % d'avoir une santé mentale florissante ($1 - 0,279$; $OR = 0,279$, $IC [0,244 - 0,319]$, $p < 0,0001$; tableau 3.29).

En fait, les facteurs relationnels sont tous directement associés aux trois indicateurs de l'état de santé mentale ciblés pour nos analyses, à l'exception du niveau des atouts chez les ami-e-s, exclu d'emblée des modèles. Ainsi, d'autres associations entre la santé mentale et les facteurs relationnels, néanmoins plutôt modérées ou faibles, sont également observées : tout autre facteur contrôlé, le diagnostic de dépression ou d'anxiété est associé au fait d'avoir vécu de la violence dans une relation amoureuse et le niveau des atouts à la maison, et le niveau de santé mentale positive est associé à l'expérience d'une relation sexuelle forcée et au fait de ne pas avoir vécu de violence dans une relation amoureuse⁵⁰.

En plus des facteurs relationnels, les facteurs situationnels apparaissent également généralement associés à l'état de santé mentale, bien que cette association soit plus modérée, voire faible. Une fois les autres variables contrôlées, la consommation problématique d'alcool et de drogues demeure en effet liée à la détresse psychologique ainsi qu'au diagnostic de dépression ou d'anxiété, tandis que la conduite délinquante est associée à la fois à la détresse psychologique et à un niveau plus faible de santé mentale positive.

Finalement, quelques caractéristiques sociodémographiques ont un effet direct sur l'état de santé mentale : tout autre facteur contrôlé, le lieu de naissance est modérément associé au diagnostic de dépression et d'anxiété et au niveau de santé mentale positive, et le plus haut niveau de scolarité des parents, au niveau de santé mentale positive. La situation familiale a quant à elle un effet significatif relativement faible sur les trois indicateurs de santé mentale à la fois.

50. On ne note pas d'association significative ($p > 0,01$ ou IC comprenant 1) entre le fait de ne pas avoir vécu de la violence dans le cadre d'une relation amoureuse et le niveau de détresse psychologique ou le diagnostic de dépression ou d'anxiété, ainsi qu'entre le fait d'avoir vécu de la violence dans un tel cadre et le niveau de santé mentale positive.

3.4.2 La santé mentale et certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire

Après avoir examiné les liens entre la santé mentale et l'expérience d'une relation sexuelle complète, il convient désormais de s'intéresser à certains aspects spécifiques des pratiques sexuelles avec partenaire. Rappelons qu'on ne note pas d'écarts significatifs dans le niveau de santé mentale positive selon l'expérience d'une relation sexuelle complète; on observe en revanche des écarts un peu plus marqués lorsqu'on se concentre sur les caractéristiques plus précises des pratiques sexuelles des élèves ayant déjà eu une relation sexuelle complète, mais seulement pour la santé mentale languissante.

Ainsi, les élèves ayant eu leur première relation sexuelle – qu'elle soit orale, vaginale ou anale – avant l'âge de 14 ans sont plus susceptibles que les autres d'avoir un niveau élevé de détresse psychologique (40 % c. 28 %, tableau 3.30) et d'avoir une santé mentale languissante (11 % c. 6 %, tableau 3.32). De façon similaire, ceux et celles qui ont eu quatre partenaires sexuel·le·s ou plus au cours de leur vie sont en proportion plus nombreux et nombreuses que ceux et celles n'en ayant eu qu'un·e seul·e à avoir une détresse psychologique élevée (38 % c. 25 %, tableau 3.30) et à avoir une santé mentale languissante (11 % c. 5 %, tableau 3.32). D'ailleurs, la détresse psychologique élevée et la santé mentale languissante sont nettement plus présentes chez les élèves ayant parfois ou toujours eu des partenaires sexuel·le·s du même sexe (respectivement 50 % c. 29 %, tableau 3.30; et 18 % c. 6 %, tableau 3.32) et, de manière moins marquée, chez ceux et celles qui n'ont pas utilisé le condom à leurs dernières relations complètes (respectivement 35 % c. 27 %, tableau 3.30; et 9 % c. 5 %, tableau 3.32). Parallèlement, le fait de ne pas avoir de diagnostic de dépression ou d'anxiété est plus fréquent, en proportion, chez les élèves qui ont toujours eu des partenaires du même sexe et chez ceux qui n'ont pas utilisé le condom, comparativement aux autres (respectivement 75 % c. 60 % et 76 % c. 72 %, tableau 3.31).

Tableau 3.30 Niveau de détresse psychologique selon certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire, élèves du secondaire âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	Faible	Moyen	Élevé	Total
	%			
Expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans				
Oui	9,2	51,1	39,7	100,0
Non	10,3	61,6	28,1	100,0
Nombre de partenaires sexuel·le·s au cours de la vie				
1 partenaire	10,6	64,0	25,5	100,0
2 partenaires	9,3	59,1	31,6	100,0
3 partenaires	9,5 *	55,0	35,5	100,0
4 partenaires ou plus	9,7	52,5	37,8	100,0
Sexe des partenaires sexuel·le·s				
Toujours du sexe opposé	10,3	60,2	29,4	100,0
Parfois ou toujours du même sexe	5,3 **	44,4	50,3	100,0
Utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes				
Oui	11,3	61,5	27,3	100,0
Non	8,4	56,7	34,9	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.31 Diagnostic de dépression ou d'anxiété selon certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire¹, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	Diagnostic avec médication	Diagnostic sans médication	Pas de diagnostic	Total
	%			
Expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans				
Oui	7,7	23,8	68,6	100,0
Non	4,8	19,5	75,7	100,0
Sexe des partenaires sexuel-le-s				
Toujours du sexe opposé	5,1	19,8	75,0	100,0
Parfois ou toujours du même sexe	10,6 *	29,0	60,5	100,0
Utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes				
Oui	4,2	20,1	75,7	100,0
Non	7,1	20,8	72,1	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

1. L'association avec le nombre de partenaires sexuel-le-s n'est pas significative au seuil de 1 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.32 Niveau de santé mentale positive selon certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	Florissante	Modérément bonne	Languissante	Total
	%			
Expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans				
Oui	37,0	52,3	10,7	100,0
Non	43,8	50,2	5,9	100,0
Nombre de partenaires sexuel-le-s				
1 partenaire	46,9	47,7	5,4	100,0
2 partenaires	39,9	55,5	4,6 *	100,0
3 partenaires	37,8	53,6	8,6 *	100,0
4 partenaires ou plus	38,2	50,4	11,4	100,0

(suite à la page suivante)

Tableau 3.32 (suite)

	Florissante	Modérément bonne	Languissante	Total
	%			
Sexe des partenaires sexuel·le·s				
Toujours du sexe opposé	42,9	50,8	6,3	100,0
Parfois ou toujours du même sexe	33,1	49,3	17,6 *	100,0
Utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes				
Oui	45,2	49,4	5,4	100,0
Non	38,6	52,5	8,9	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

3.4.2.1 Les facteurs qui influencent le plus l'état de santé mentale des adolescent·e·s ayant eu une relation sexuelle complète

Comme à la section précédente, des modèles multivariés sont mobilisés afin d'identifier les variables explicatives qui exercent la plus forte influence sur le bien-être psychologique des jeunes, permettant ainsi d'approfondir notre analyse. Ces modèles incluent seulement les variables présentant d'une part une association statistiquement significative au seuil de 1 % avec l'indicateur de l'état de santé mentale et avec au moins l'un des quatre indicateurs spécifiques renvoyant aux pratiques sexuelles avec partenaire, et d'autre part des écarts de proportions substantiels. Le tableau 3.33 dresse la liste des variables incluses dans ces modèles, ainsi que celles exclues en raison de critères insuffisants⁵¹. Il convient également de souligner que le diagnostic de dépression ou d'anxiété n'est pas statistiquement associé au nombre de partenaires sexuel·le·s ni à l'utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes, et que le niveau de santé mentale positive n'est pas associé au sexe des partenaires sexuel·le·s. En conséquence, ces variables associées aux pratiques sexuelles ont été exclues des modèles en question. Par ailleurs, les modèles de régression logistique appliqués aux trois indicateurs de santé mentale se révèlent globalement significatifs au seuil de 1 % ($p < 0,0001$ dans les trois modèles, tableaux 3.34 à 3.36), ce qui confirme la pertinence des variables sélectionnées pour l'analyse multivariée.

51. La matrice des valeurs- p obtenues pour l'ensemble des tests du khi carré réalisés à cette étape est présentée dans le tableau D2 (p. 153-154), à l'annexe D.

Tableau 3.33 Variables incluses aux modèles de régression logistique incluant des variables renvoyant à certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire

	Niveau de détresse psychologique	Diagnostic de dépression ou d'anxiété	Niveau de santé mentale positive
Expérience d'une relation sexuelle forcée	✓	✓	✓
Violence dans une relation amoureuse	✓	✓	✓
Niveau des atouts à la maison	✓	–	✓
Niveau des atouts chez les ami·e·s	✓	✓	✓
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	✓	✓	✓
Nombre d'actes de conduite délinquante	✓	X	✓
Sexe	✓	✓	✓
Âge	X	X	X
Lieu de naissance	–	✓	X
Situation familiale	✓	✓	✓
Perception de la situation financière de la famille	✓	✓	✓
Statut d'emploi des parents	–	X	X
Plus haut niveau de scolarité des parents	–	X	✓

✓ Variable incluse; association statistiquement significative au seuil de 1 %.

X Variable exclue; aucune association significative au seuil de 1 %.

– Variable exclue; aucun écart probant observé entre les proportions.

Tableau 3.34 Résultats de la régression logistique multiple portant sur le niveau de détresse psychologique et incluant des variables renvoyant à certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire

	OR	IC	Valeur- p^1
Modèle global ²			< 0,0001
Première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans	1,347	[1,014 – 1,789]	0,0068
Nombre de partenaires sexuel·le·s	1,079	[0,830 – 1,403]	0,4554
Sexe des partenaires sexuel·le·s	1,200	[0,677 – 2,128]	0,4106
Utilisation du condom	0,992	[0,757 – 1,301]	0,9388

(suite à la page suivante)

Tableau 3.34 (suite)

	OR	IC	Valeur- p^1
Expérience d'une relation sexuelle forcée	1,669	[1,178 – 2,363]	0,0002
Violence dans une relation amoureuse (oui)	1,462	[0,894 – 2,389]	0,0011
Violence dans une relation amoureuse (non)	0,939	[0,609 – 1,448]	0,0104
Niveau des atouts à la maison	1,643	[1,291 – 2,090]	< 0,0001
Niveau des atouts chez les ami·e·s	1,522	[1,145 – 2,024]	0,0002
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	1,483	[1,022 – 2,151]	0,0064
Nombre d'actes de conduite délinquante	1,537	[1,206 – 1,959]	< 0,0001
Sexe	3,498	[2,666 – 4,588]	< 0,0001
Situation familiale	1,087	[0,823 – 1,435]	0,4379
Perception de la situation financière de la famille	1,793	[1,308 – 2,458]	< 0,0001

1. Les résultats non significatifs au seuil de 1 % ($p \geq 0,01$) sont indiqués en rouge.

2. Les données manquantes représentent 8,8 % des observations pondérées.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.35 Résultats de la régression logistique multiple portant sur le diagnostic de dépression ou d'anxiété et incluant des variables renvoyant à certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire

	OR	IC	Valeur- p^1
Modèle global ²			< 0,0001
Première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans	1,092	[0,812 – 1,469]	0,4408
Sexe des partenaires sexuel·le·s	1,329	[0,793 – 2,227]	0,1546
Expérience d'une relation sexuelle forcée	1,941	[1,422 – 2,648]	< 0,0001
Violence dans une relation amoureuse (oui)	1,241	[0,764 – 2,017]	0,1131
Violence dans une relation amoureuse (non)	1,061	[0,672 – 1,676]	0,6409
Niveau des atouts chez les ami·e·s	1,523	[1,137 – 2,041]	0,0002
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	1,819	[1,311 – 2,523]	< 0,0001
Sexe	2,571	[2,013 – 3,284]	< 0,0001
Lieu de naissance	0,473	[0,263 – 0,849]	0,0010
Situation familiale	1,302	[1,000 – 1,695]	0,0100
Perception de la situation financière de la famille	1,300	[0,928 – 1,822]	0,0449

1. Les résultats non significatifs au seuil de 1 % ($p \geq 0,01$) sont indiqués en rouge.

2. Les données manquantes représentent 8,4 % des observations pondérées.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau 3.36 Résultats de la régression logistique multiple portant sur le niveau de santé mentale positive et des variables renvoyant à certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire

	OR	IC	Valeur- p^1
Modèle global ²			< 0,0001
Première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans	1,038	[0,770 – 1,399]	0,7487
Nombre de partenaires sexuel·le·s	0,908	[0,715 – 1,154]	0,2991
Utilisation du condom	0,972	[0,779 – 1,212]	0,7395
Expérience d'une relation sexuelle forcée	0,874	[0,582 – 1,314]	0,3942
Violence dans une relation amoureuse (oui)	0,854	[0,568 – 1,284]	0,0119
Violence dans une relation amoureuse (non)	1,196	[0,783 – 1,827]	0,0144
Niveau des atouts à la maison	0,408	[0,320 – 0,520]	< 0,0001
Niveau des atouts chez les ami·e·s	0,442	[0,338 – 0,577]	< 0,0001
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	0,720	[0,527 – 0,983]	0,0067
Nombre d'actes de conduite délinquante	0,739	[0,583 – 0,938]	0,0011
Sexe	0,528	[0,419 – 0,665]	< 0,0001
Situation familiale	0,975	[0,763 – 1,246]	0,7885
Perception de la situation financière de la famille	0,625	[0,428 – 0,912]	0,0014
Plus haut niveau de scolarité des parents	0,759	[0,575 – 1,002]	0,0105

1. Les résultats non significatifs au seuil de 1 % ($p \geq 0,01$) sont indiqués en rouge.

2. Les données manquantes représentent 15,4 % des observations pondérées.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Selon les résultats des régressions logistiques effectuées, l'effet des pratiques sexuelles avec partenaire sur l'état de santé mentale n'est, de manière générale, pas statistiquement significatif. En effet, à une exception près, toutes les associations entre pratique sexuelle et indicateur de santé mentale n'atteignent pas le seuil de significativité statistique (valeur- p entre 0,1546 et 0,9388; tableaux 3.34 à 3.36). Seule l'expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans a un effet statistiquement significatif, quoique relativement faible, sur le niveau de détresse psychologique ($OR = 1,347$, $IC [1,014 - 1,789]$, $p = 0,0068$; tableau 3.34) : par rapport aux autres, les élèves ayant eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans ont une probabilité accrue d'environ 35 % d'avoir un niveau élevé de détresse psychologique. Somme toute, les pratiques sexuelles avec partenaires n'exercent donc pas d'effet direct sur la santé mentale des adolescent·e·s. Leur influence s'exercerait plutôt par l'intermédiaire de variables de contrôle, qui joueraient un rôle de médiation en modulant leur effet. Ce constat rejoint celui formulé dans la section précédente.

Par ailleurs, les modèles de régression logistique appliqués au sous-groupe des élèves ayant vécu une relation sexuelle complète mettent moins nettement en évidence l'influence de la sphère relationnelle sur la santé mentale, comparativement aux modèles testés sur l'ensemble des élèves de 14 ans et plus présentés à la section précédente. On note tout de même que la probabilité d'avoir un diagnostic de dépression ou d'anxiété augmente d'environ 94 % pour les adolescent·e·s ayant subi une relation sexuelle forcée, comparativement aux autres ($OR = 1,941$, $IC [1,422 - 2,648]$, $p < 0,0001$; tableau 3.35), tandis que celle d'avoir une santé mentale florissante diminue de 59 % pour les adolescent·e·s ayant un niveau moyen ou faible d'atouts à la maison ($1 - 0,408$; $OR = 0,408$, $IC [0,320 - 0,520]$, $p < 0,0001$; tableau 3.36) et de 56 % pour ceux et celles ayant un niveau moyen ou faible d'atouts chez les ami·e·s ($1 - 0,442$; $OR = 0,442$, $IC [0,338 - 0,577]$, $p < 0,0001$; tableau 3.36).

Soulignons que d'autres associations plus modérées entre la santé mentale et certains facteurs relationnels sont également mises en évidence : toutes choses égales par ailleurs, la détresse psychologique est liée à l'expérience d'une relation sexuelle forcée, au fait d'avoir vécu de la violence dans une relation amoureuse, ainsi qu'au niveau des atouts à la maison et chez les ami·e·s, tandis que le diagnostic de dépression ou d'anxiété est lié au niveau des atouts à la maison et chez les ami·e·s.

En fait, le facteur influençant le plus l'état de santé mentale chez les adolescent·e·s ayant eu une relation sexuelle complète serait plutôt le sexe. En effet, les filles ont environ 3,5 fois plus de chances que les garçons d'avoir un niveau élevé de détresse psychologique ($OR = 3,498$, $IC [2,666 - 4,588]$, $p < 0,0001$; tableau 3.34), 2,6 fois plus de chances d'avoir un diagnostic de dépression ou d'anxiété ($OR = 2,571$; $IC [2,013 - 3,284]$, $p < 0,0001$; tableau 3.35) et environ 47 % moins de chances d'avoir une santé mentale florissante ($1 - 0,528$; $OR = 0,528$, $IC [0,419 - 0,665]$, $p < 0,0001$; tableau 3.36). Ce résultat n'est pas surprenant, dans la mesure où l'on sait, comme précisé au chapitre 1, que les normes associées à la sexualité sont différentes selon le sexe, et que les jeunes filles sexuellement actives transgressent les normes sociales associées à leur sexe.

Outre le sexe, soulignons également que le lieu de naissance a un effet plutôt fort sur le diagnostic de dépression ou d'anxiété : les élèves né·e·s à l'extérieur du Canada ont environ 53 % moins de chance d'avoir un diagnostic de dépression ou d'anxiété que ceux et celles né·e·s au pays ($1 - 0,473$; $OR = 0,473$, $IC [0,263 - 0,849]$, $p < 0,0010$; tableau 3.35). Une hypothèse possible pour expliquer cette différence pourrait être que les jeunes né·e·s à l'extérieur du Canada sont issu·e·s de contextes culturels où les

représentations de la santé mentale, les modes d'expression de la détresse ou l'accès au diagnostic différent, ce qui pourrait influencer leur probabilité de recevoir un diagnostic formel. Par ailleurs, parmi les autres variables sociodémographiques, seule la perception de la situation financière de la famille est liée, de façon modérée, à la détresse psychologique et à la santé mentale positive.

Par ailleurs, au-delà des facteurs relationnels et des caractéristiques sociodémographiques, les analyses révèlent que certains facteurs situationnels sont également associés de façon plus modérée à l'état de santé mentale des adolescent·e·s ayant eu une première relation sexuelle complète. Effectivement, en contrôlant pour l'ensemble des autres variables, la consommation problématique d'alcool et de drogues, ainsi que la conduite délinquante, présentent une association à la fois avec la détresse psychologique et le niveau de santé mentale positive.

3.4.3 Quelques conclusions générales

Cette dernière partie du chapitre visait ensuite à fournir une réponse à notre cinquième et dernière question de recherche : quel est le meilleur modèle permettant d'identifier les variables les plus fortement associées à la santé mentale qui inclue les pratiques sexuelles avec partenaire? Les analyses de régression logistique permettent de répondre à cette question en révélant que les variables les plus étroitement associées à la santé mentale des adolescent·e·s diffèrent selon le groupe d'adolescent·e·s étudié. En effet, les facteurs prédominants ne sont pas les mêmes lorsqu'on considère l'ensemble des adolescent·e·s de 14 ans et plus que lorsqu'on se concentre sur celles et ceux ayant vécu une relation sexuelle complète, ce qui suggère des dynamiques distinctes dans la construction de la santé mentale selon l'expérience sexuelle. Chez le premier sous-groupe, les facteurs prédominants sont principalement de nature relationnelle, suggérant ainsi que ce sont avant tout les relations interpersonnelles qui influencent l'état de santé mentale des jeunes. Du côté du second sous-groupe, les facteurs explicatifs se dégagent de manière moins nette et cohérente, si ce n'est que le sexe émerge comme variable dominante.

L'ensemble des résultats présentés dans cette dernière partie permet de conclure que l'association entre l'état de santé mentale et les pratiques sexuelles avec partenaires varient au sein de la population adolescente, tant pour l'expérience d'une relation sexuelle complète que pour des aspects plus spécifiques des pratiques sexuelles. En effet, comme nous l'avons soulevé, cette association s'explique fort probablement par une série de facteurs qui permettent de conclure que l'expérience d'une relation sexuelle complète a un effet indirect sur la santé mentale. Ce constat va dans le même sens que ce que

nous avons énoncé dans notre deuxième hypothèse, qui se voit ainsi confirmée : l'association s'explique en partie, voire totalement, par certaines variables qui l'influencent. Toutefois, contrairement à ce qui avait été initialement posé dans notre hypothèse, les variables de sexe et d'âge ont été entièrement exclues des modèles testés, en raison de leur absence d'association significative avec les différents indicateurs de santé mentale et l'expérience d'une relation sexuelle complète. Ces facteurs ne constituent donc pas les principaux déterminants de la santé mentale; ce sont plutôt les facteurs relationnels, tels que la qualité des relations interpersonnelles et la présence de violences, qui émergent comme les éléments les plus influents.

Des constats similaires peuvent d'ailleurs être émis pour l'association entre la santé mentale et les caractéristiques plus spécifiques des pratiques sexuelles avec partenaire. Ici aussi, on voit que l'association est expliquée en partie, voire complètement, par les variables qui l'influencent. Notre quatrième et dernière hypothèse se trouve également validée, dans la mesure où les analyses indiquent effectivement que les pratiques sexuelles avec partenaire n'exercent pas, dans l'ensemble, d'effet direct sur l'état de santé mentale des adolescent·e·s. Notons d'ailleurs que le sexe demeure central de ce côté, comme anticipé.

CHAPITRE 4

DISCUSSION

Cette discussion s'inscrit dans la continuité de l'objectif central de notre recherche, qui consiste à dresser un portrait des pratiques sexuelles avec partenaire chez les adolescent·e·s au Québec et à analyser leur association avec l'état de santé mentale. L'approche adoptée se veut un moyen d'alimenter une réflexion critique sur les présupposés normatifs qui structurent les discours sociaux entourant la sexualité à l'adolescence. Pour ce faire, nous discuterons dans le présent chapitre des principaux constats de nos analyses.

Rappelons que nous mobilisons le cadre théorique développé par Vasilenko et autres (2014), selon lequel la santé mentale des adolescent·e·s est influencée de manière indirecte par leurs pratiques sexuelles, notamment à travers le processus d'évaluation et de perception qu'ils ou elles en font. Cette manière de conceptualiser le lien entre pratiques sexuelles et santé mentale permet de recontextualiser le rapport des jeunes à la norme sexuelle dominante et invite à considérer non seulement les pratiques, mais aussi les significations que les adolescent·e·s leur attribuent, et la façon dont celles-ci sont façonnées par les attentes sociales. Ainsi, l'association entre les pratiques sexuelles avec partenaire et l'état de santé mentale des adolescent·e·s s'inscrit dans un réseau d'influences complexes et imbriquées, mobilisant des facteurs d'ordre démographique, culturel, individuel, relationnel et situationnel. Ces dimensions interagissent de manière indirecte, façonnant les expériences vécues ainsi que leur interprétation subjective.

4.1 Des pratiques sexuelles normalisées et un risque nuancé

Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes d'abord demandé quelles étaient les pratiques sexuelles des jeunes. Déjà, comme nos analyses l'ont montré, environ le quart des adolescent·e·s de 14 ans et plus ont déjà eu, au cours de leur vie, une relation sexuelle complète, c'est-à-dire une relation sexuelle vaginale ou anale (voir le tableau 3.2, p. 52). Ainsi, si l'entrée dans la sexualité se fait au cours de l'adolescence, elle y atteint également son « point culminant », d'une perspective développementale, pour une part assez importante de personnes. C'est évidemment surtout vrai pour les adolescent·e·s plus vieux et plus vieilles. Le fait que les relations sexuelles complètes soient relativement répandues parmi les adolescent·e·s démontre bien la normalisation des pratiques sexuelles, dans un cadre où, comme le précise Bozon (2012), les jeunes prennent une certaine autonomie par rapport à leur sexualité. La sexualité

juvénile semble normale et attendue. Nos analyses soutiennent en effet l'idée que les pratiques sexuelles avec partenaire à l'adolescence peuvent aujourd'hui être considérées comme une « norme statistique » comme l'avance Harden (2014). C'est également ce que les résultats d'autres enquêtes ont permis de conclure, autant au Canada en général (Boyce *et al.*, 2006; Frappier *et al.*, 2008) qu'au Québec plus précisément (Lambert *et al.*, 2017). Soulignons néanmoins que les résultats de nos analyses suggèrent de manière générale une plus faible proportion de jeunes sexuellement actifs et actives que ces autres enquêtes. Considérant les variations dans la méthodologie des enquêtes, notamment dans la définition des pratiques sexuelles et dans la population étudiée, il est en revanche difficile de comparer plus précisément les estimations mises de l'avant.

Si la sexualité est « normale » d'un point de vue développemental, il n'en demeure pas moins que le discours à son sujet s'articule dans un contexte d'alarmisme sexuel ou de panique morale (Bozon, 2012). Rappelons en effet que la notion de risque demeure centrale dans le discours sur la sexualité adolescente, c'est-à-dire qu'on met de l'avant les dangers qui y sont associés (Boislard *et al.*, 2016). On le voit dans la façon même dont la sexualité est abordée dans l'EQSJS : la sexualité est surtout abordée par les aspects qu'on considère généralement comme un risque en soi ou comme étant associés à une prise de risque plus indirectement. On n'y dévie donc pas de la perspective généralement mise de l'avant, renvoyant principalement à des questions de santé publique. Bref, on y voit là cette centralité de l'idée d'une prise de risque affectant la santé, dans un discours institutionnel sur la sexualité qui, comme l'avance Richard (2019), conditionne l'éducation à la sexualité, autant dans les écoles qu'à la maison.

Évidemment, le fait qu'une pratique soit une norme ne signifie pas qu'elle soit nécessairement sans risque ou même souhaitable. Si nos analyses invitent à nuancer la question du risque, cette nuance ne doit toutefois pas être interprétée comme une minimisation. En effet, le risque associé à un comportement ne dépend pas de sa fréquence dans la population, mais bien de ses effets potentiels sur la santé et le bien-être. Ainsi, même si certains comportements ne concernent qu'une minorité de jeunes, ils peuvent néanmoins entraîner des conséquences importantes et méritent d'être pris au sérieux.

Cela dit, les données montrent que plusieurs comportements souvent associés à une forte prise de risque demeurent relativement peu fréquents. Rappelons notamment que, parmi les adolescent·e·s âgé·e·s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, seulement un·e sur cinq a fait son entrée dans la sexualité avant l'âge de 14 ans, et moins de la moitié ont cumulé plus d'un·e partenaire sexuel·le au cours

de leur vie ou n'ont pas utilisé un condom aux dernières relations sexuelles vaginale et anale (voir le tableau 3.3, p. 55). Ces éléments ne permettent pas de conclure à une faible prise de risque en soi, mais ils rappellent que les comportements les plus souvent associés à des inquiétudes publiques ne sont pas majoritaires. L'ampleur réelle de la prise du risque demeure toutefois difficile à évaluer aussi simplement. La comparaison avec d'autres groupes d'âge permet néanmoins de situer ces résultats : rappelons par exemple, comme on l'a souligné à la section 1.1.3 (p. 7), que le non-usage du condom serait moins fréquent chez les jeunes que chez les plus vieux et les plus vieilles (Rotermann et McKay, 2020). Ce constat contribue à relativiser certains discours alarmistes, sans pour autant diminuer l'importance de prévenir et d'accompagner les pratiques qui peuvent avoir des effets négatifs pour une partie des jeunes.

Bref, comme l'avance Bozon (2012), la sexualité des jeunes semble, du moins en 2016-2017, somme toute assez « sage ». Nous nous permettons ainsi de souligner, comme nous l'avons fait à la section 1.1.3 (p. 7), qu'il semble exister un réel décalage dans la façon de concevoir la sexualité et le risque selon l'âge des individus : les conséquences des risques pris dans la sexualité seraient-elles en fin de compte considérées comme plus graves chez les jeunes? Nos analyses ne permettent pas de répondre à cette question précise, mais mettent en évidence un tel décalage, qu'il serait éventuellement intéressant d'investiguer dans la recherche. À la lumière du discours dominant décrit à la section 1.1 (p. 4), on peut croire que cette perception amplifiée du risque à l'adolescence découle d'une combinaison de facteurs : d'une part, l'héritage des paniques morales et de la médicalisation de la sexualité juvénile (Bozon, 2012; Bozon et Leridon, 1993; Gardey et Hasdeu, 2015), et d'autre part, la persistance d'un double standard de genre qui associe plus fortement la vulnérabilité sexuelle aux filles (Fine, 1988; Tolman, 2002; Welles, 2005). Cette construction sociale du risque pourrait expliquer pourquoi des comportements comparables, voire plus prudents que ceux des jeunes adultes, sont interprétés comme plus problématiques lorsqu'ils concernent des adolescent·e·s.

4.1.1 Des pratiques marquées par les différences individuelles

Nos analyses démontrent surtout que les pratiques sexuelles avec partenaire reflètent clairement les différences individuelles, ainsi que les nombreuses influences sociales qui les façonnent, comme l'ont noté d'autres recherches (Moore et Rosenthal, 2006; Tolman et McClelland, 2011). C'est d'ailleurs tout à fait cohérent avec notre cadre théorique : selon Vasilenko et autres (2014), les pratiques sexuelles sont directement influencées par une diversité de facteurs. Nos analyses montrent effectivement des différences importantes dans les pratiques sexuelles avec partenaire entre certains sous-groupes

d'adolescent·e·s. Elles mettent surtout en lumière la nature relationnelle des pratiques sexuelles. Ce constat est bien logique : rappelons à cet effet que les pratiques sexuelles renvoient à des événements de vie subjectifs et situationnels qui se déroulent, justement, dans le contexte de relations interpersonnelles (Best et Fortenberry, 2013; Meier, 2007; Vasilenko *et al.*, 2014).

À ce sujet, bien qu'ils varient d'une pratique à l'autre, plusieurs des facteurs analysés pointent vers une direction commune, soit celle de la vulnérabilité. En effet, ce sont les groupes les plus vulnérables qui adoptent davantage les pratiques sexuelles jugées « à risque ». Cette notion de vulnérabilité paraît centrale; les différences observées pointent du moins assez clairement vers le rôle central des contextes socioculturels et des facteurs qui y sont associés dans l'expression des pratiques sexuelles avec partenaire et plus largement du développement sexuel, voire du développement général, comme le soulignent Vasilenko et autres (2014), ainsi que Best et Fortenberry (2013). Autrement dit, les pratiques sexuelles prennent diverses formes selon le contexte dans lequel évolue l'individu, contexte nécessairement affecté à divers degrés par une série de normes, entre autres liées à la sexualité. Bref, si l'on revient à la notion de risque dans la sexualité, on pourrait ici conclure que la prise de risque est associée à certains contextes précis de vulnérabilité; la sexualité en soi, ou plus précisément les pratiques sexuelles avec partenaire, ne peut pas être réduite entièrement au risque.

4.1.2 Le rôle complexe du sexe

Comme explicité à la section 1.1.2 (p. 5), la recherche féministe souligne l'importance du genre, ou du sexe, dans la construction du discours entourant la sexualité adolescente. Ce discours, empreint d'un double standard persistant qui désavantage les filles à plusieurs niveaux, influence non seulement la manière dont on conçoit la sexualité des jeunes, mais aussi plus directement leurs pratiques. Or, nos analyses montrent un rôle plus nuancé du sexe dans l'expression des pratiques sexuelles des adolescent·e·s. Le sexe apparaît comme un facteur parmi d'autres dans un réseau complexe d'influences individuelles, relationnelles et contextuelles (Vasilenko *et al.*, 2014), et n'exerce pas nécessairement une influence directe sur toutes les pratiques observées.

Ainsi, les écarts entre filles et garçons sont moins marqués que ce que l'on pourrait anticiper à partir du discours dominant. Par exemple, aucune différence significative n'a été relevée quant à l'expérience d'une relation sexuelle complète (voir le tableau 3.2, p. 52) ou quant au nombre de partenaires au cours de la vie parmi celles et ceux ayant eu une telle expérience (voir le tableau 3.5, p. 58). Deux pistes peuvent être

avancées pour expliquer ce constat. Premièrement, le double standard sexuel, bien documenté par la recherche féministe américaine (Fine, 1988; Fine et McClelland, 2007; Tolman, 2002; Welles, 2005), pourrait s'être atténué avec le temps ou être moins ancré dans le contexte québécois, où il est moins lié à un discours religieux normatif qu'aux États-Unis. Notons également l'amplification du désir féminin dans le discours depuis le début des années 2000 (Fine et McClelland, 2006), qui a transformé la façon dont se manifeste le double standard sexuel : plutôt que de réduire le désir féminin au silence, certains discours tendent désormais à le mettre en avant, parfois de manière caricaturale, ce qui pourrait contribuer à expliquer la moindre différence entre les sexes observée pour certaines pratiques. Deuxièmement, les filles pourraient adopter des « significations sexuelles » qui contredisent le discours genré (Fine, 1988), ce qui se traduirait par des pratiques moins alignées sur les attentes sociales traditionnelles, suggérant soit une évolution vers une plus grande égalité entre les sexes, soit une tendance accrue, chez les filles, à revendiquer leur subjectivité sexuelle.

Toutefois, certaines pratiques révèlent encore des différences entre les sexes. Selon nos analyses, le sexe est associé au fait d'avoir eu sa première relation sexuelle avant 14 ans (voir le tableau 3.2, p. 52) et à l'utilisation du condom aux dernières relations sexuelles (voir le tableau 3.6, p. 59). Ainsi, les filles sont d'une part moins susceptibles que les garçons d'avoir eu leur première relation sexuelle avant 14 ans, ce qui peut refléter, comme le souligne Tolman (2002) dans son concept de « dilemme du désir », une tendance à retarder l'entrée dans la sexualité pour préserver une image socialement valorisée ou se protéger. D'autre part, l'utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes est moins fréquente chez les filles. Si ce dernier résultat semble contredire l'idée que les filles sont à la fois davantage perçues comme victimes et tenues responsables des « mauvais comportements » (Chmielewski *et al.*, 2017; Fine et McClelland, 2007), il peut s'expliquer par un accès plus fréquent à d'autres moyens de contraception ou par le fait que la décision d'utiliser un condom dépend souvent du partenaire masculin. Ce dernier point rappelle que, malgré certaines évolutions vers l'égalité des sexes, des dynamiques relationnelles et des normes genrées peuvent encore limiter l'agentivité sexuelle des filles.

4.2 Les nombreux déterminants de la santé mentale

Tournons-nous à présent vers le portrait de la santé mentale des adolescent·e·s, qui constitue le cœur de notre deuxième question de recherche. Rappelons d'abord que, bien que près de la moitié des adolescent·e·s québécois·es aient une santé mentale florissante, un·e sur cinq a un diagnostic confirmé de dépression ou d'anxiété (voir le tableau 3.15, p. 70). La santé mentale se place donc bel et bien comme un

enjeu important chez les adolescent·e·s. L'OMS (2021) affirme justement que la dépression et l'anxiété sont parmi les principales causes d'invalidité à l'adolescence. Cette fragilité, communément définie par l'étiquette de « crise de l'adolescence », pourrait entre autres s'expliquer par une certaine contrainte à l'autonomie imposée aux adolescent·e·s dans une société individualiste. Dans un tel contexte, certain·e·s adolescent·e·s peuvent des difficultés d'intégration, faute d'expérience, de préparation ou de ressources (Cuin, 2011).

Nos résultats tendent à confirmer que, tout comme les pratiques sexuelles avec partenaire, la santé mentale des adolescent·e·s est associée à une combinaison de facteurs sociodémographiques, relationnels et situationnels. En cohérence avec les constats de l'ISQ (Julien, 2018), nous observons que le sexe et le statut socioéconomique sont liés à la santé mentale, mais nos analyses révèlent aussi le rôle majeur de la qualité des relations familiales et amicales, ainsi que l'impact négatif de l'exposition à la violence, notamment sexuelle. Ce constat rejoint les propos de l'OMS (2021), qui souligne que ces facteurs, combinés aux normes de genre et aux inégalités socioéconomiques, sont déterminants pour le bien-être psychologique des jeunes. Par ailleurs, nos analyses montrent que la santé mentale varie significativement selon des facteurs situationnels tels que la conduite délinquante et la consommation d'alcool ou de drogues. Ces résultats s'inscrivent dans une littérature qui met en évidence des associations fortes entre troubles de santé mentale et comportements à risque chez les adolescent·e·s québécois·es, parfois plus marquées au sein de certains sous-groupes (Bolanis *et al.*, 2020; Fontaine *et al.*, 2019; London-Nadeau *et al.*, 2021; Marschall-Lévesque *et al.*, 2017). Nos analyses montrent toutefois des associations directes généralement plus faibles et moins systématiques. Malgré cela, l'ensemble de ces résultats concordent avec notre cadre théorique, qui place la santé mentale au bout d'une chaîne de facteurs variés qui s'influencent entre eux.

Ainsi, tout comme les pratiques sexuelles, la santé mentale ne peut être appréhendée que dans la pluralité des trajectoires individuelles, en tenant compte des contextes, des vécus et des perceptions propres à chaque adolescent·e. Néanmoins, rappelons que nos analyses mettent en évidence des corrélations et non des liens de causalité. Il est donc impossible de déterminer si certains facteurs influencent la santé mentale ou si, au contraire, c'est l'état de santé mentale qui modifie ces facteurs. La relation est probablement bidirectionnelle, chaque dimension renforçant ou atténuant l'autre dans le temps.

4.3 Une association complexe entre santé mentale et sexualité

Nos analyses visaient également à documenter le lien entre la santé mentale des adolescent·e·s et leurs pratiques sexuelles avec partenaire, ce qui correspond à notre troisième question de recherche, ainsi qu'à déterminer les principaux facteurs associés à la fois à la santé mentale et aux pratiques sexuelles avec partenaire, soit notre quatrième question. Finalement, comme énoncé dans notre dernière question de recherche, nos analyses visaient à déterminer le meilleur modèle permettant d'identifier les variables les plus fortement associées à la santé mentale qui inclue les pratiques sexuelles avec partenaire. L'ensemble de ces analyses permettent de conclure que la relation entre la santé mentale et les pratiques sexuelles demeure complexe et multidimensionnelle. Cette affirmation concorde avec ce qu'on a retenu, à la section 1.4 (p. 21), de la recherche empirique sur le lien entre sexualité et santé mentale à l'adolescence : la littérature scientifique souligne un lien complexe et nuancé entre les pratiques sexuelles avec partenaires et la santé mentale.

Déjà, au niveau bivarié, nos résultats montrent davantage de détresse psychologique et de diagnostics de dépression ou d'anxiété chez les élèves ayant déjà eu une relation sexuelle complète (voir le tableau 3.25, p. 84). Cette association de la sexualité active aux problèmes de santé mentale ou à un bien-être psychologique plus faible a été documentée dans la littérature, particulièrement aux États-Unis (Meier, 2007; Monahan et Lee, 2008; Vasilenko, 2017; Xu *et al.*, 2022). Des tendances similaires sont généralement observées pour les aspects plus précis des pratiques sexuelles : globalement, une santé mentale fragilisée est associée à une entrée dans la sexualité avant 14 ans, au fait d'avoir davantage de partenaires sexuel·le·s, au fait d'avoir eu des partenaires de même sexe et ne pas avoir utilisé le condom aux dernières relations sexuelles complètes (voir les tableaux 3.30 et 3.31, p. 91 et 92). Une telle association entre les pratiques généralement considérées comme étant « à risque » et une santé mentale fragilisée est aussi largement documentée dans la recherche (Chen *et al.*, 1997; Hallfors *et al.*, 2004; Kaltiala-Heino *et al.*, 2003; Kosunen *et al.*, 2003; Rector *et al.*, 2003; Sabia, 2006; Savioja *et al.*, 2018; Spriggs et Halpern, 2008; Vasilenko, 2017).

Parallèlement, à la section 1.4 (p. 21), nous avons soulevé la possibilité que les pratiques sexuelles puissent avoir, au-delà du risque qu'elles peuvent représenter, un apport positif à la santé mentale des adolescent·e·s, une conclusion avancée dans quelques recherches (Vrangalova et Savin-Williams, 2011; Welsh *et al.*, 2005). Au premier abord, ce ne semble pas être le cas dans le cadre de nos analyses, considérant que nos résultats n'ont pas démontré que les pratiques sexuelles avec partenaire sont

significativement associées à un niveau de santé mentale florissante plus élevé (voir les tableaux 3.25 et 3.32, p. 84 et 92-93). La santé mentale positive pourrait ainsi être associée à des dimensions plus positives de la sexualité, comme la qualité de la relation, le consentement et l'agentivité. Cette question devra être creusée davantage dans la recherche future.

4.3.1 Une association plutôt indirecte

Les modèles de régression logistiques testés dans le cadre de nos analyses montrent que, de manière générale, l'association significative entre la santé mentale et la sexualité disparaît lorsqu'on contrôle pour d'autres facteurs (voir les tableaux 3.27 à 3.29, p. 86 et 87; et les tableaux 3.34 à 3.36, p. 94 à 96). Ainsi, l'effet des pratiques sexuelles sur l'état de santé mentale des adolescent·e·s initialement observé est en fait, de manière générale, influencé par d'autres variables de contrôle ciblées dans nos analyses. En d'autres termes, la relation entre pratiques sexuelles et santé mentale serait en fait indirecte, c'est-à-dire que les pratiques sexuelles agissent à travers certaines variables de contrôle. Ces dernières joueraient ainsi un rôle intermédiaire ou médiateur. On parle donc ici d'un effet possible de médiation, où certaines variables de contrôle incluses aux modèles captent une grande partie de l'effet des pratiques sexuelles avec partenaire, rendant leur association avec la santé mentale non significative.

En effet, nos analyses montrent qu'une fois les facteurs sociodémographiques, relationnels et situationnels pris en compte, l'expérience d'une relation sexuelle complète n'est plus significativement associée à la santé mentale, tous indicateurs confondus, ce qui indique l'absence d'effet direct de la sexualité « en soi » dans nos modèles. Une telle absence de relation directe a d'ailleurs été observée dans d'autres recherches (Monahan et Lee, 2008; Spriggs et Halpern, 2008; Xu *et al.*, 2022). Et lorsqu'on se concentre sur certains aspects spécifiques des pratiques, une seule association directe apparaît : le fait d'avoir eu sa première relation sexuelle avant 14 ans est lié à une probabilité plus forte de détresse psychologique élevée, alors que le nombre de partenaires sexuel·le·s, l'utilisation du condom ou le sexe des partenaires ne montrent pas d'association robuste et systématique avec les indicateurs de santé mentale mobilisés. Ces résultats sont cohérents avec l'idée que l'entrée plus « précoce » dans la sexualité condense des vulnérabilités contextuelles, comme un soutien familial moindre ou des dynamiques relationnelles défavorables, ce que nos modèles identifient par ailleurs comme déterminants de la santé mentale. À l'inverse, les autres pratiques pourraient plutôt refléter davantage des scripts et des choix situés (Harden, 2014; Tolman et McClelland, 2011). Dans ce contexte, la santé mentale pourrait ne pas

dépendre directement des pratiques sexuelles considérées « à risque », mais plutôt d'autres dimensions comme la qualité de la relation, le consentement et l'agentivité.

Bref, les déterminants les plus robustes de la santé mentale ne sont pas les pratiques sexuelles, mais les conditions dans lesquelles elles s'inscrivent. Concrètement, nos analyses démontrent que l'association apparente entre sexualité et santé mentale est portée avant tout par les contextes relationnels et situationnels, plutôt que par les pratiques sexuelles en soi. En effet, les facteurs relationnels présentent les effets les plus constants, bien que les facteurs situationnels contribuent aussi fortement aux écarts observés. Soulignons que les caractéristiques sociodémographiques ressortent moins déterminantes, tenant compte des deux premiers ensembles de variables.

Ces constats appuient une lecture indirecte et conditionnelle du lien entre sexualité et santé mentale, tel que décrit dans le modèle conceptuel de Vasilenko et autres (2014). Selon ce modèle, l'effet des pratiques sexuelles sur le bien-être passe surtout par des mécanismes indirects, qu'on peut renvoyer à l'évaluation subjective des expériences, mais aussi aux contextes relationnels et situationnels dans lesquels ces pratiques s'inscrivent. Plus précisément, la relation entre pratiques sexuelles et santé mentale serait en effet médiée par la perception des pratiques, tandis que les facteurs relationnels et situationnels influencent à la fois les pratiques et la perception que les adolescent·e·s s'en font. On comprend donc que ces deux ensembles de facteurs exercent une influence à plusieurs niveaux, ce qui pourrait expliquer le fait qu'ils ressortent comme variables médiatrices dans nos analyses. D'ailleurs, toujours selon le modèle conceptuel, les caractéristiques sociodémographiques n'influencent pas directement les pratiques sexuelles ni la perception qui en est faite, ce qui pourrait expliquer le fait qu'elles soient moins probantes dans nos résultats. Les résultats de nos analyses reflètent bien toute la complexité synthétisée dans le modèle conceptuel et appellent à une lecture contextualisée, attentive aux trajectoires individuelles et aux interactions entre les différentes dimensions du vécu sexuel et psychologique.

4.4 Limites et pistes de recherche

Les analyses effectuées dans le cadre de notre recherche dépendent des données de l'EQSJS 2016-2017, ce qui constitue en soi une limite importante. En effet, bien que l'enquête offre une couverture représentative des adolescent·e·s inscrit·e·s au secondaire au Québec, elle exclut certaines sous-populations importantes, comme les jeunes vivant dans des régions autochtones ou éloignées ou étudiant dans des contextes scolaires particuliers. Ces exclusions limitent l'applicabilité des résultats à ces groupes

spécifiques, laissant des angles morts potentiels dans l'analyse globale. De plus, bien qu'utiles et riches, les données de l'EQSJS reflètent la réalité d'une cohorte spécifique, qui pourrait ne plus être entièrement représentative des adolescent·e·s québécois·es d'aujourd'hui. D'ailleurs, l'ancienneté même de la cohorte représente une contrainte supplémentaire : les données analysées décrivent la réalité de jeunes ayant fréquenté le secondaire il y a près de dix ans, ce qui soulève la possibilité que certains comportements, attitudes ou contextes aient évolué depuis. Les transformations sociales et éducatives récentes, notamment l'arrivée d'un nouveau programme d'éducation à la sexualité à la rentrée scolaire 2018, pourraient avoir modifié certaines pratiques des adolescent·e·s. Notons aussi l'impact certainement important que la pandémie de COVID-19 et l'état d'urgence sanitaire qui en a découlé ont eu sur la santé mentale des jeunes. Comme souligné au chapitre 1, les tendances canadiennes plus récentes concernant les pratiques sexuelles des jeunes sont encore peu documentées. On observe toutefois aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie que l'activité sexuelle des adolescent·e·s a diminué ou est demeurée stable, souvent avec une entrée dans la vie sexuelle plus tardive et une diminution des grossesses non désirées, malgré une baisse de l'utilisation du condom (Lindberg *et al.*, 2021; Patalay et Gage, 2019; Vashishtha *et al.*, 2021). On pourrait assumer que le Canada suit des tendances similaires, mais pas nécessairement identiques. Des analyses portant sur des cohortes canadiennes ou québécoises plus récentes permettraient d'avoir un portrait plus actuel du lien entre santé mentale et sexualité chez les adolescent·e·s québécois·es, et possiblement même d'évaluer l'évolution de ce lien à travers le temps.

Une autre limite importante tient au fait que les données mobilisées proviennent d'une enquête auto-rapportée. Les informations recueillies reposent donc sur la perception que les adolescent·e·s ont de leur propre santé mentale ou de leurs propres pratiques sexuelles. Ces données, par nature subjectives, peuvent être influencées par des biais de mémoire, de désirabilité sociale ou par la compréhension variable que les jeunes ont des concepts mesurés. Par exemple, certaines pratiques peuvent être minimisées, exagérées ou interprétées différemment d'un individu à l'autre, ce qui peut introduire une forme d'imprécision dans les estimations produites. Il importe donc de reconnaître que les résultats reflètent avant tout ce que les jeunes ont déclaré.

Par ailleurs, nos analyses portent sur les pratiques sexuelles avec partenaire, en particulier sur les relations sexuelles complètes; or, rappelons qu'il existe en réalité un éventail de pratiques sexuelles, et que ces diverses pratiques s'ordonnent généralement en une séquence ou une trajectoire progressive (Boislard *et al.*, 2016; Diamond et Savin-Williams, 2009; Moore et Rosenthal, 2006; Tolman et McClelland, 2011). Des

recherches futures pourraient ainsi s'intéresser plus précisément aux différences entre les diverses pratiques sexuelles observées chez les adolescent·e·s et à leur séquence. En effet, si l'entrée dans la sexualité s'effectue dans une séquence particulière, il pourrait être intéressant de voir comment l'évolution de ce parcours influence la santé mentale et le bien-être plus largement. Ces analyses supplémentaires permettraient également d'aborder la question du moment de l'expérience de chacune des étapes de la trajectoire sexuelle, notamment par rapport aux normes qui y sont associées (p. ex. première relation sexuelle complète plus tôt ou plus tard que les autres).

Soulignons que, dans l'enquête, le thème de la sexualité est exclusivement, ou presque, abordé sous l'angle des pratiques concrètes des adolescent·e·s, évacuant ainsi la question de la perception qu'ont ces adolescent·e·s de leurs pratiques. Ainsi, nos analyses ne permettent pas de saisir les nuances des perceptions, des expériences ou des significations associées à la sexualité et à la santé mentale des adolescent·e·s. Le fait de privilégier une approche quantitative, bien qu'efficace pour déceler les grandes tendances, pourrait d'ailleurs en soi entraîner une perte de nuances dans la compréhension des expériences vécues. Or, selon le modèle de Vasilenko et autres (2014), les pratiques concrètes n'affectent qu'indirectement la santé mentale des adolescent·e·s; en effet, ce serait plutôt la perception qu'ils et elles en ont qui affecterait directement leur santé mentale. Le fait de ne pas prendre en compte cette perception dans nos analyses constitue donc une limite importante de nos analyses. Il serait intéressant d'investiguer cette perception et de se concentrer davantage sur la variabilité des significations et des compréhensions des pratiques sexuelles, comme ont tendance à le faire certaines perspectives de recherche plus récentes (Russell, 2005). Des travaux futurs, notamment basés sur des données qualitatives, pourraient enrichir l'analyse du lien entre sexualité et santé mentale à l'adolescence en permettant la prise en compte de perspectives individuelles ou contextuelles. De telles analyses complémentaires permettraient du même coup de s'éloigner d'une vision de la sexualité exclusivement axée sur le risque. En s'intéressant davantage à la perception des pratiques sexuelles, des aspects plus positifs de la sexualité pourraient être abordés, comme le plaisir, le consentement et l'agentivité.

Par ailleurs, dans le cadre de nos analyses, nous avons ciblé plusieurs variables de contrôle, notamment selon les données récoltées dans le cadre de l'EQSJS. Or, il est possible que certaines variables non contrôlées puissent influencer sur les résultats observés. Des travaux supplémentaires pourraient ainsi évaluer l'influence de variables additionnelles, notamment en lien avec la santé physique (p. ex. l'expérience d'une grossesse non désirée ou d'une ITS) et les facteurs individuels (p. ex. les enjeux

antérieurs de santé mentale et la religiosité). D'ailleurs, concernant la santé physique, nous avons souligné à plusieurs reprises au chapitre 1 que cette dimension de la santé était beaucoup mise de l'avant dans la recherche, éclipsant ainsi les dimensions mentale et sociale. Si la santé mentale était centrale à nos analyses, la question de la santé sociale n'a été abordée qu'indirectement par l'inclusion d'indicateurs sur la qualité de certaines relations. L'analyse plus poussée de l'ensemble des dimensions de la santé, mais aussi de leur interrelation, comme l'illustre le modèle de Vasilenko et autres (2014), est une avenue intéressante de recherche qui permettrait de proposer un portrait plus complet du lien entre la sexualité et le bien-être à l'adolescence. En effet, on peut par exemple penser qu'un impact négatif sur la santé physique, comme l'expérience d'une grossesse non désirée ou d'une ITS modifie la perception qu'un-e adolescent-e a de la sexualité et peut avoir un impact négatif sur son état de santé mentale.

Les techniques d'analyse utilisées dans le cadre de nos analyses présentent en elles-mêmes certaines limites. D'une part, avec des échantillons très grands comme celui de l'EQSJS, les tests du khi carré peuvent détecter des associations statistiquement significatives qui, en réalité, sont très faibles ou peu pertinentes. Cette sensibilité peut conduire à des conclusions exagérées. Pour tenter de pallier cet enjeu, nous avons analysé les intervalles de confiance des estimations produites. Des recherches futures pourraient faire appel à des techniques d'analyse plus complexes pour écarter les associations plus faibles ou moins pertinentes. D'autre part, les régressions logistiques standards ne prennent pas en compte les interactions complexes entre les variables indépendantes sans que ces interactions soient explicitement incluses dans le modèle, ce qui nous n'avons pas fait dans les modèles que nous avons testés par souci de parcimonie. Si de telles interactions existent et ne sont pas modélisées, les résultats peuvent ne pas refléter fidèlement la réalité. Des travaux supplémentaires pourraient s'intéresser à ces nuances et proposer des modèles plus complexes.

Par ailleurs, l'interprétation des résultats statistiques dépend du seuil alpha retenu. Dans le cadre de nos analyses, nous avons adopté un seuil conservateur de 0,01 considérant la taille importante de l'échantillon de l'EQSJS. Ce choix a pour effet de classer comme non significatifs certains résultats dont la valeur- p se situent pourtant très près de ce seuil. L'adopter d'un seuil plus permissif, par exemple de 0,05, permettrait de proposer un portrait légèrement différent des associations entre pratiques sexuelles et santé mentale. Cette sensibilité aux conventions statistiques rappelle que l'absence de significativité au seuil retenu ne doit pas être interprétée comme une absence d'effet, mais plutôt comme une limite liée au cadre analytique choisi.

Rappelons que les relations observées entre les pratiques sexuelles avec partenaire et la santé mentale sont associatives et non causales. En effet, les techniques d'analyse retenues ne permettent pas de détecter de lien de causalité. Ainsi, nos analyses ne permettent pas de déterminer si une santé mentale fragilisée entraîne certaines pratiques sexuelles ou si, au contraire, l'adoption de certaines pratiques sexuelles entraîne une santé mentale fragilisée. Il serait certainement intéressant d'aborder la question complexe de la causalité dans la recherche future, notamment en étudiant la séquence temporelle de l'entrée dans la sexualité à l'adolescence. Ce genre d'analyse nécessiterait sans doute d'adopter une méthode longitudinale et des techniques d'analyse plus poussées.

Finalement, comme précisé à la section 2.6 (p. 45), plusieurs variables ont fait l'objet d'une imputation pour pallier la non-réponse partielle, dont l'ensemble de la section du questionnaire portant sur la sexualité. Rappelons que l'imputation réduit artificiellement la non-réponse partielle, entraînant par le fait même une légère sous-estimation de la variance. Par ailleurs, l'ensemble des tests réalisés dans le cadre de nos analyses pourraient être biaisés à divers degrés par la non-réponse partielle ayant subsisté malgré l'imputation, particulièrement les régressions logistiques multiples, où les données manquantes représentent entre 8 % et 15 % des données incluses au modèle. La qualité des modèles peut en être affectée. Des techniques plus avancées pourraient permettre d'atténuer ce problème.

CONCLUSION

Le présent mémoire avait pour objectif d'examiner le lien entre les pratiques sexuelles avec partenaire et la santé mentale chez les adolescent·e·s québécois·es, dans une perspective qui dépasse le discours dominant centré sur le risque. En effet, la sexualité adolescente est souvent encadrée par un discours social et scientifique qui l'associe au danger, amplifié par un double standard genré. Ce cadrage tend à réduire le bien-être à sa dimension physique et à invisibiliser les dimensions potentiellement positives de la sexualité à l'adolescence. Si ce discours est particulièrement marqué dans le contexte américain, où il est souvent teinté de références morales et religieuses, le Québec n'y échappe pas totalement. Les nuances propres au contexte québécois – notamment un environnement éducatif plus ouvert, bien que toujours centré sur la prévention des risques – rendaient tout à fait pertinente une analyse empirique ancrée dans cette réalité encore peu documentée. Ainsi, à partir d'un cadrage théorique mettant en évidence la construction discursive et genrée de la sexualité adolescente (chapitre 1, p. 4), cette recherche s'est appuyée sur une méthodologie quantitative (chapitre 2, p. 27) pour offrir un portrait détaillé des pratiques sexuelles (chapitre 3, partie 2; p. 49) et de leur lien avec la santé mentale (chapitre 3, parties 3 et 4; p. 68 et 82), afin de les replacer dans une perspective sociologique plus large (chapitre 4, p. 100).

Plus précisément, à partir d'une analyse des données de l'EQSJS 2016-2017, nous avons cherché à comprendre si, et dans quelle mesure, les pratiques sexuelles avec partenaire sont associées à la santé mentale, tout en tenant compte des facteurs relationnels, situationnels et sociodémographiques. Déjà, ces pratiques apparaissent relativement normalisées et statistiquement fréquentes, mais leur répartition varie selon plusieurs caractéristiques individuelles, confirmant que la sexualité adolescente ne se vit pas de manière uniforme. Nos analyses ont mis en évidence que leur association avec la santé mentale est complexe, plutôt indirecte et modulée par d'autres variables. Si certaines pratiques dites « à risque » sont associées à une moins bonne santé mentale, cet effet n'est ni systématique ni univoque, et dépend fortement des caractéristiques individuelles et relationnelles. Ces résultats, replacés dans une perspective sociologique plus large, montrent que le fait de réduire la sexualité adolescente à la seule question du risque est non seulement réducteur, mais peut aussi occulter des dimensions neutres ou positives pour la santé mentale. La discussion a également souligné que les déterminants de la santé mentale dépassent largement le champ de la sexualité et englobent des facteurs familiaux, scolaires et sociaux. Ainsi, l'inquiétude exprimée au sujet de la sexualité adolescente, justifiée par les répercussions négatives des pratiques sexuelles qu'on juge « à risque » sur le bien-être des adolescent·e·s, serait finalement plus ou

moins justifiée. Du moins, elle le serait difficilement lorsqu'on observe spécifiquement le bien-être mental, dans la mesure où l'impact des pratiques sexuelles sur la santé mentale serait plutôt indirect et où elles ne sont généralement pas des facteurs explicatifs principaux de l'état de santé mentale.

Sur le plan scientifique, cette recherche contribue à enrichir la compréhension de la sexualité adolescente en contexte québécois, en apportant un éclairage quantitatif qui intègre à la fois les deux dimensions de la santé mentale, une approche rarement mobilisée dans la littérature, et en mettant en évidence les spécificités du contexte québécois par rapport aux analyses principalement issues du contexte américain. Plus largement, nous espérons contribuer à une meilleure compréhension de la multitude des facettes de la santé et du développement des jeunes au Québec, des sujets aussi complexes qu'essentiels. Certaines limites de nos analyses doivent toutefois être rappelées, notamment le caractère transversal des données et l'impossibilité d'inférer la causalité. Des recherches futures pourraient par exemple adopter une approche longitudinale, intégrer des données qualitatives afin de saisir le sens subjectif que les jeunes attribuent à leurs expériences et comparer ces résultats avec d'autres contextes culturels pour mieux situer les spécificités québécoises.

Sur le plan social, notre recherche trace des pistes vers un élargissement de la manière dont la sexualité adolescente est conçue, en proposant des réflexions qui s'éloignent du point de vue dominant, presque exclusivement axé sur le risque et la santé physique. Cette réflexion souligne par ailleurs l'importance de la reconnaissance d'une capacité d'autodétermination des jeunes dans leur développement sexuel (Schalet, 2004). Ainsi, notre recherche représente une contribution originale au débat québécois entourant la sexualité adolescente et son lien avec le bien-être, particulièrement mental. Cette réflexion critique sur les enjeux liés à la sexualité adolescente contribuera à lever le certain malaise qui l'entoure. Ce travail de réflexion sociologique sur les constructions culturelles entourant l'adolescence, la sexualité et la santé mentale est à la base d'une ouverture nécessaire pour discuter de la sexualité adolescente.

Finalement, sur le plan politique, notre recherche invite à repenser l'éducation à la sexualité pour qu'elle prenne en compte, au-delà de la prévention des risques physiques, la diversité des expériences sexuelles et leur impact potentiel sur le bien-être psychologique. La réflexion proposée est plus largement pertinente pour l'intervention et la mise en place de politiques publiques visant la santé sexuelle des adolescent·e·s. En effet, le « programme de recherche » sur la sexualité des jeunes met aujourd'hui l'accent autant sur la promotion d'une santé sexuelle positive que la prévention des problèmes de santé

sexuelle, comme les ITS, les grossesses non désirées et les violences sexuelles (Boislard *et al.*, 2016). Les interventions gagneraient effectivement à déplacer le focus des pratiques « à risque » vers la prévention de la violence, le renforcement de la qualité des relations, le consentement et l’agentivité, par exemple. Une telle compréhension de la sexualité adolescente et de son développement, plus nuancée, est ainsi importante pour l’intervention clinique et éducative (Boislard *et al.*, 2016; Kar *et al.*, 2015). Ainsi, notre projet s’inscrit dans un large corpus de littérature visant à informer la santé publique, mais aussi l’intervention plus ciblée.

En somme, ce mémoire met en lumière une réalité complexe : la sexualité adolescente n’est pas uniformément synonyme de risque pour la santé mentale. Sa compréhension exige une prise en compte fine des contextes sociaux, relationnels et individuels. C’est dans cette complexité que se trouvent les clés pour construire des approches éducatives et préventives plus nuancées, inclusives et adaptées aux réalités vécues par les jeunes. L’ensemble de ces constats appelle à une lecture contextualisée, attentive aux trajectoires individuelles et aux interactions entre les différentes dimensions du vécu sexuel et psychologique. Ainsi, comprendre la sexualité adolescente au Québec exige de dépasser les discours moralisateurs ou purement préventifs pour saisir sa pluralité et ses effets multiples sur le bien-être des jeunes.

ANNEXE A

QUESTIONS À L'ORIGINE DES VARIABLES RETENUES

Niveau de détresse psychologique

Au cours de la dernière semaine...

- SM_S_1a_1 ... t'es-tu senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement?
- SM_S_1a_2 ... t'es-tu senti(e) tendu(e), stressé(e) ou sous pression?
- SM_S_1a_3 ... as-tu ressenti des peurs ou des craintes?
- SM_S_1a_4 ... t'es-tu laissé(e) emporter ou t'es-tu fâchée(e) contre quelqu'un ou quelque chose?
- SM_S_1a_5 ... t'es-tu senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e)?
- SM_S_1a_6 ... t'es-tu senti(e) négatif(ve) envers les autres?
- SM_S_1a_7 ... t'es-tu fâché(e) pour des choses sans importance?
- SM_S_1a_8 ... t'es-tu senti(e) seul(e)?
- SM_S_1a_9 ... t'es-tu senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses?
- SM_S_1a_10 ... as-tu pleuré facilement ou t'es-tu senti(e) sur le point de pleurer?
- SM_S_1a_11 ... t'es-tu senti(e) découragé(e)?
- SM_S_1a_12 ... t'es-tu senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?
- SM_S_1a_13 ... as-tu eu des blancs de mémoire?
- SM_S_1a_14 ... as-tu eu des difficultés à te souvenir des choses?

- 1 Jamais
- 2 De temps en temps
- 3 Assez souvent
- 4 Très souvent

Diagnostic de dépression ou d'anxiété

Est-ce que tu souffres de l'un ou l'autre des problèmes de santé suivants confirmés par un médecin ou un spécialiste de la santé?

- SM_B_1_3 Anxiété
- SM_B_1_4 Dépression

- 1 Oui
- 2 Non

SM_B_2A Au cours des 2 dernières semaines, as-tu pris un médicament prescrit par un médecin pour soigner la dépression ou l'anxiété (Celexa, Effexor, Paxil, Prozac, Luvox, Wellbutrin, Zoloft, Rivotril...)?

- 1 Oui
- 2 Non

Niveau de santé mentale positive

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence t'es-tu senti(e)...

SM_J_1_1 ... heureux(se)?

SM_J_1_2 ... intéressé(e) par la vie?

SM_J_1_3 ... satisfait(e) à l'égard de ta vie?

- 1 Jamais
- 2 Une fois ou deux
- 3 Environ 1 fois par semaine
- 4 Environ 2 ou 3 fois par semaine
- 5 Presque tous les jours
- 6 Tous les jours

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence as-tu senti...

SM_J_1_4 ... que tu avais quelque chose d'important à apporter à la société?

SM_J_1_5 ... que tu avais un sentiment d'appartenance à une collectivité (comme un groupe social, ton école, ton quartier, ta ville)?

SM_J_1_6 ... que notre société devient un meilleur endroit pour les gens comme toi?

SM_J_1_7 ... que les gens sont fondamentalement bons?

SM_J_1_8 ... que le fonctionnement de la société a du sens pour toi?

SM_J_1_9 ... que tu étais bon(ne) pour gérer les responsabilités de ton quotidien?

SM_J_1_10 ... que tu avais des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres jeunes?

SM_J_1_11 ... que tu vivais des expériences qui te poussent à grandir et à devenir une meilleure personne?

SM_J_1_12 ... que tu es capable de te faire ou d'exprimer tes propres idées et opinions?

- 1 Jamais
 - 2 Une fois ou deux
 - 3 Environ 1 fois par semaine
 - 4 Environ 2 ou 3 fois par semaine
 - 5 Presque tous les jours
 - 6 Tous les jours
-

Expérience d'une relation sexuelle complète

HV7_0 As-tu déjà eu des relations sexuelles (orales, vaginales ou anales) avec ton consentement?

- 1 Oui
- 2 Non

HV7_4 As-tu déjà eu une relation sexuelle vaginale (pénétration du pénis dans le vagin) avec ton consentement?

- 1 Oui
- 2 Non

HV7_8 As-tu déjà eu une relation sexuelle anale (pénétration du pénis dans l'anus) avec ton consentement?

- 1 Oui
- 2 Non

Expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans

HV7_0A Quel âge avais-tu la première fois que tu as eu une relation sexuelle (avec ton consentement)?

J'avais ____ ans

Valeur entre « 9 ans ou moins » et l'âge actuel de l'élève (max. « 19 ans ou plus »)

Nombre de partenaires sexuel·le·s

HV7_0B Avec combien de personnes différentes as-tu eu des relations sexuelles (orales, vaginales ou anales) avec ton consentement?

- 1 1 personne
- 2 2 personnes
- 3 3 personnes
- 4 4 personnes
- 5 5 personnes
- 6 6 personnes
- 7 7 personnes
- 8 8 personnes
- 9 9 personnes ou plus

Sexe des partenaires sexuel-le-s

- HV7_16 Jusqu'à maintenant, lorsque tu as eu des relations sexuelles (orales, vaginales ou anales) avec ton consentement, c'était...
- 1 ... toujours avec des personnes de l'autre sexe.
 - 2 ... plus souvent avec des personnes de l'autre sexe.
 - 3 ... toujours avec des personnes du même sexe que toi.
 - 4 ... plus souvent avec des personnes du même sexe que toi.
 - 5 ... autant avec des personnes du même sexe que toi que de l'autre sexe.

Utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes

- HV7_7 Lors de ta dernière relation sexuelle vaginale (avec ton consentement), est-ce que toi ou ton (ta) partenaire as (a) utilisé un condom?

- 1 Oui
- 2 Non

- HV7_11 Lors de ta dernière relation sexuelle anale (avec ton consentement), est-ce que toi ou ton (ta) partenaire as (a) utilisé un condom?

- 1 Oui
- 2 Non

Expérience d'une relation sexuelle forcée

- HV7_12 Au cours de ta vie, est-ce que quelqu'un t'a déjà forcé(e) à avoir une relation sexuelle (orale, vaginale ou anale) alors que tu ne voulais pas?

- 1 Oui, un autre jeune
- 2 Oui, un adulte
- 3 Non

Violence dans une relation amoureuse

- SM_H_3A Es-tu déjà sorti(e) avec un garçon ou une fille?

Sortir avec un garçon ou une fille, c'est passer des moments assez intimes avec lui ou elle. Cette relation peut n'avoir duré qu'une soirée ou plusieurs semaines, mois ou années.

- 1 Oui
- 2 Non

- SM_H_3B Au cours des 12 derniers mois, es-tu sorti(e) avec un garçon ou une fille?

- 1 Oui
- 2 Non

Les deux prochaines séries de questions sont semblables dans leur formulation. La première série porte sur ce que tu as fait et la deuxième sur ce que tu as subi.

En pensant au(x) garçon(s) ou fille(s) avec qui tu es sorti(e) au cours des 12 derniers mois, indique combien de fois il t'est arrivé de vivre les situations suivantes dans l'une ou l'autre de tes relations.

- | | |
|----------|---|
| SM_B_5_1 | Je l'ai critiqué(e) méchamment sur son apparence physique, je l'ai insulté(e) devant des gens, je l'ai rabaissé(e). |
| SM_B_5_2 | J'ai contrôlé ses sorties, ses conversations électroniques, son cellulaire, je l'ai empêché(e) de voir ses ami(e)s. |
| SM_B_5_3 | Je l'ai forcé(e) à m'embrasser, à me caresser alors qu'il(elle) ne voulait pas. |
| SM_B_5_4 | Je lui ai lancé un objet qui aurait pu le (la) blesser. |
| SM_B_5_5 | Je l'ai agrippé(e) (« poigné » les bras), poussé(e), bousculé(e). |
| SM_B_5_6 | Je lui ai donné une claque. |
| SM_B_5_7 | Je l'ai blessé(e) avec mes poings, mes pieds, un objet ou une arme. |
| SM_B_5_8 | Je l'ai forcé(e) à avoir des attouchements ou une relation sexuelle alors qu'il (elle) ne le voulait pas. |
- 1 Jamais
2 1 fois
3 2 fois
4 3 fois ou plus
-

En pensant au(x) garçon(s) ou fille(s) avec qui tu es sorti(e) au cours des 12 derniers mois, indique combien de fois il t'est arrivé de vivre les situations suivantes dans l'une ou l'autre de tes relations.

- | | |
|----------|--|
| SM_C_4_1 | Il (elle) m'a critiqué(e) méchamment sur mon apparence physique, il (elle) m'a insulté(e) devant des gens, m'a rabaissé(e). |
| SM_C_4_2 | Il (elle) a contrôlé mes sorties, mes conversations électroniques, mon cellulaire, il (elle) m'a empêché(e) de voir mes ami(e)s. |
| SM_C_4_3 | Il (elle) m'a forcé(e) à l'embrasser, à le (la) caresser alors que je ne voulais pas. |
| SM_C_4_4 | Il (elle) m'a lancé un objet qui aurait pu me blesser. |
| SM_C_4_5 | Il (elle) m'a agrippé(e) (« poigné » les bras), m'a poussé(e), m'a bousculé(e). |
| SM_C_4_6 | Il (elle) m'a donné une claque. |
| SM_C_4_7 | Il (elle) m'a blessé(e) avec ses poings, ses pieds, un objet ou une arme. |
| SM_C_4_8 | Il (elle) m'a forcé(e) à avoir des attouchements ou une relation sexuelle alors que je ne voulais pas. |
- 1 Jamais
2 1 fois
3 2 fois
4 3 fois ou plus
-

Niveau des atouts à la maison

À quel point ces énoncés à propos de ton environnement familial sont vrais?

Chez moi, il y a un parent ou un autre adulte...

- SM_G_1_1 ... qui s'intéresse à mes travaux scolaires.
- SM_G_1_2 ... qui parle avec moi de mes problèmes.
- SM_G_1_3 ... qui m'écoute lorsque j'ai quelque chose à dire.
- SM_G_1_4 ... qui s'attend à ce que je respecte les règlements.
- SM_G_1_5 ... qui croit que je réussirai.
- SM_G_1_6 ... qui veut toujours que je fasse de mon mieux.
- SM_G_1_7 ... qui est affectueux avec moi (me serre dans ses bras, me sourit, m'embrasse).

- 1 Pas du tout vrai
- 2 Un peu vrai
- 3 Assez vrai
- 4 Tout à fait vrai

À quel point ces énoncés à propos de ton environnement familial sont vrais?

Chez moi...

- SM_G_2_1 Je fais des choses amusantes ou je vais à des endroits intéressants avec mes parents ou d'autres adultes.
- SM_G_2_2 Je contribue à améliorer la vie familiale.
- SM_G_2_3 Je participe aux décisions qui se prennent dans ma famille.

- 1 Pas du tout vrai
- 2 Un peu vrai
- 3 Assez vrai
- 4 Tout à fait vrai

Niveau des atout chez les ami-e-s

À quel point les énoncés suivants à propos de tes ami(e)s sont vrais?

J'ai un(e) ami(e) à peu près de mon âge...

SM_H_1_1 ... qui tient vraiment à moi.

SM_H_1_2 ... avec qui je peux parler de mes problèmes.

SM_H_1_3 ... qui m'aide lorsque je traverse une période difficile.

1 Pas du tout vrai

2 Un peu vrai

3 Assez vrai

4 Tout à fait vrai

À quel point les énoncés suivants à propos de tes ami(e)s sont vrais?

Mes ami(e)s...

SM_H_2_1 ... courent après les ennuis.

SM_H_2_2 ... essaient de bien agir.

SM_H_2_3 ... réussissent bien à l'école.

1 Pas du tout vrai

2 Un peu vrai

3 Assez vrai

4 Tout à fait vrai

Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues (indice DEP-ADO)

HV_J_5	Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu consommé (bu) de l'alcool? 1 Je n'ai pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois 2 Juste une fois, pour essayer 3 Moins d'une fois par mois (à l'occasion) 4 Environ 1 fois par mois 5 La fin de semaine ou 1 ou 2 fois par semaine 6 3 fois ou plus par semaine mais pas tous les jours 7 Tous les jours
	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris...
HV_J_6	... 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion?
HV_J_6A	... 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion? 1 Aucune 2 1 fois 3 2 fois 4 3 fois 5 4 fois 6 5 à 10 fois 7 11 à 25 fois 8 26 fois ou plus
HV_J_6B	Au cours des 30 derniers jours, as-tu consommé de l'alcool? 1 Oui 2 Non
HV_J_6C	Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé de l'alcool de façon régulière, c'est-à-dire au moins une fois par semaine pendant au moins un mois? 1 Oui 2 Non
HV_J_6D	Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé de l'alcool de façon régulière, c'est-à-dire au moins une fois par semaine pendant au moins un mois? Valeur entre « 5 ans ou moins » et l'âge actuel de l'élève (max. « 19 ans ou plus »)

	Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence as-tu consommé chacune des drogues suivantes?
HV_J_9_1	Cannabis (mari, pot, weed, hasch, huile de haschisch, etc.)
HV_J_9_2	Cocaïne (coke, snow, neige, crack, free base, poudre, roches, rock, etc.)
HV_J_9_3	Solvant, colle, essence, gaz, poppers, nitrite, whippets, nettoyant, duster, etc.
HV_J_9_4	Hallucinogènes (LSD, acide, bonbon, buvard, PCP, mescaline, mess, champignons magiques, mush, etc.)
HV_J_9_5	MDMA (Ecstasy, E, XTC, X, pilule, extase, dove, love drug, molly, etc.)
HV_J_9_13	GHB (ecstasy liquide, jus, g, gh, gamma-OH, etc.)
HV_J_9_6	Héroïne (smack, junk, héro, blanche, cheval, came, jazz, etc.)
HV_J_9_7	Amphétamine ou méthamphétamine (speed, upper, peanut, meth, crystal, ice, pilule, wake-up, pep pills, peach, etc.)
HV_J_9_8	Médicament pris sans prescription, pour avoir un effet (Ativan, xanies, Rivotril, Séroquel, Wellbutrin, Ritalin, Concerta, codéine, fentanyl, Dilaudid, OxyContin, etc.) ⁵²
	↳ S'il te plaît, précise le nom du médicament (ou des médicaments) sans prescription que tu as pris.
HV_J_9_10	Sels de bain, nourriture/engrais pour plantes, cocaïne synthétique, méphédron, MDPV, alpha-PVP, Flakka, Gravel
HV_J_9_11	Encens, épice, spice, K2, dream, Yucatan fire
HV_J_9_12	Dabs, wax, shatter, butter, budder, BHO oil, bubble hash, ice-wax
HV_J_9_14	Salvia, kétamine, K, vitamine K, ket, ketty, spécial K, khat, BZP, 2C-B, nexu
HV_J_9_9	Autre drogue
	↳ S'il te plaît, précise le nom de la drogue (ou des drogues) que tu as prise(s).
	1 Je n'ai pas consommé
	2 Juste une fois pour essayer
	3 Moins d'une fois par mois (à l'occasion)
	4 Environ une fois par mois
	5 La fin de semaine ou 1 ou 2 fois par semaine
	6 3 fois ou plus par semaine mais pas tous les jours
	7 Tous les jours

⁵². Cette question a servi à la création d'une variable dérivée isolant la consommation d'opioïdes (codéine, Fentanyl, Dilaudid, Morphine, OxyContin, Empracet, Oxycodone, Hydromorphone, etc.). Cette nouvelle variable a été incluse dans la construction de l'indice de consommation problématique d'alcool et de drogue.

HV_J_10	En pensant à la drogue ou aux drogues que tu as cochée(s) dans les pages précédentes : Au cours des 30 derniers jours, as-tu consommé une de ces drogues? 1 Oui 2 Non
HV_J_10A	Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé de la drogue de façon régulière, c'est-à-dire au moins une fois par semaine pendant au moins un mois? 1 Oui 2 Non
HV_J_10B	À quel âge as-tu commencé à consommer de la drogue régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par semaine pendant au moins un mois? Valeur entre « 5 ans ou moins » et l'âge actuel de l'élève (max. « 19 ans ou plus »)
	Au cours des 12 derniers mois, les situations suivantes te sont-elles arrivées?
HV_J_12A	J'ai eu des difficultés psychologiques à cause de ma consommation d'alcool ou de drogue (ex. : anxiété, dépression, problèmes de concentration, etc.).
HV_J_12B	Ma consommation d'alcool ou de drogue a nui à mes relations avec ma famille.
HV_J_12C	Ma consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de mes amitiés ou à ma relation amoureuse.
HV_J_12D	J'ai eu des difficultés à l'école à cause de ma consommation d'alcool ou de drogue.
HV_J_12E	J'ai commis un geste délinquant (même si je n'ai pas été arrêté par la police) alors que j'avais consommé de l'alcool ou de la drogue
HV_J_12F	J'ai l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues ont maintenant moins d'effet sur moi.
HV_J_12G	J'ai parlé de ma consommation d'alcool ou de drogue à un intervenant. 1 Oui 2 Non

Nombre d'actes de conduite délinquante

Au cours des 12 derniers mois, environ combien de fois...

SM_B_4C_4_4 As-tu volé quelque chose d'un magasin ou de l'école?

SM_B_4C_4_5 As-tu endommagé ou détruit exprès quelque chose qui ne t'appartenait pas?

SM_B_4C_4_6 T'es-tu battu(e) avec quelqu'un à tel point que cette personne a dû recevoir des soins médicaux?

SM_B_4C_4_7 T'es-tu battu(e) avec quelqu'un avec l'idée de blesser cette personne sérieusement?

SM_B_4C_4_8 As-tu porté une arme sur toi comme moyen de défense ou afin de l'utiliser pour te battre?

SM_B_4C_4_9 As-tu vendu de la drogue?

SM_B_4C_4_10 As-tu essayé de faire des attouchements sexuels à une personne tout en sachant qu'elle ne le voudrait probablement pas?

- 1 Jamais
- 2 1 ou 2 fois
- 3 3 ou 4 fois
- 4 5 fois ou plus

SM_B_4D Au cours des 12 derniers mois, as-tu fais partie d'un gang qui a enfreint la loi en volant, en frappant quelqu'un, en faisant du vandalisme, etc.?

- 1 Oui
- 2 Non

Sexe

SD9_2 De quel sexe es-tu?

- 1 Masculin
- 2 Féminin

Âge

SD9_2 Quel âge as-tu?

- 1 11 ans ou moins
- 2 12 ans
- 3 13 ans
- 4 14 ans
- 5 15 ans
- 6 16 ans
- 7 17 ans
- 8 18 ans
- 9 19 ans ou plus

Lieu de naissance

SD10_2

Où es-tu né(e)?

- 1 Au Québec
- 2 Dans une autre province ou territoire du Canada

↳ Alberta
Colombie-Britannique
Île-du-Prince-Édouard
Manitoba
Nouveau-Brunswick
Nouvelle-Écosse
Ontario
Saskatchewan
Terre-Neuve-et-Labrador
Nunavut
Territoires du Nord-Ouest
Yukon

- 3 À l'extérieur du Canada

↳ Algérie
Chine
Colombie
États-Unis
France
Haïti
Italie
Liban
Maroc
Roumanie
Royaume-Uni
Autre

↳ S'il te plaît, précise le pays.

Situation familiale

SD12_1

Avec qui vis-tu, habituellement?

- 1 Avec mes deux parents (biologiques ou adoptifs)
- 2 Avec ma mère seulement
- 3 Avec ma mère et son (sa) partenaire
- 4 Avec mon père seulement
- 5 Avec mon père et sa (son) partenaire
- 7 Autant chez ma mère que chez mon père
- 8 Autre (tuteur[trice], famille ou foyer d'accueil, seul[e], en colocation, etc.)

↳ S'il te plaît, précise.

Perception de la situation financière de la famille

- SD13_3 Dirais-tu que toi et ta famille êtes plus à l'aise ou moins à l'aise financièrement que la moyenne des élèves de ta classe?
- 1 Plus à l'aise
 - 2 Aussi à l'aise
 - 3 Moins à l'aise

Statut d'emploi des parents

- SD13_3 Quelle est l'occupation principale de ta mère (ou de l'adulte féminin qui est responsable de toi)?
- 1 Elle travaille à temps plein (30 heures ou plus par semaine).
Cela inclut le fait de travailler à son compte (à la maison ou ailleurs)
 - 2 Elle travaille à temps partiel (moins de 30 heures par semaine).
Cela inclut le fait de travailler à son compte (à la maison ou ailleurs)
 - 3 Elle est aux études.
 - 4 Elle est en chômage (ou en recherche d'emploi).
 - 5 Elle tient maison (femme au foyer).
 - 6 Elle est à la retraite, en congé de maternité ou congé de maladie.
 - 7 Autre
- ↳ S'il te plaît, précise.
- 97 Ne s'applique pas (pas de mère ou d'adulte féminin responsable de moi)

-
- SD13_4 Quelle est l'occupation principale de ton père (ou de l'adulte masculin qui est responsable de toi)?
- 1 Il travaille à temps plein (30 heures ou plus par semaine).
Cela inclut le fait de travailler à son compte (à la maison ou ailleurs)
 - 2 Il travaille à temps partiel (moins de 30 heures par semaine).
Cela inclut le fait de travailler à son compte (à la maison ou ailleurs)
 - 3 Il est aux études.
 - 4 Il est en chômage (ou en recherche d'emploi).
 - 5 Il tient maison (homme au foyer).
 - 6 Il est à la retraite, en congé de paternité ou congé de maladie.
 - 7 Autre
- ↳ S'il te plaît, précise.
- 97 Ne s'applique pas (pas de père ou d'adulte masculin responsable de moi)
-

Plus haut niveau de scolarité des parents

SD13_1 Quel est le plus haut niveau scolaire que ta mère (ou l'adulte féminin qui est responsable de toi) a atteint?

- 1 Primaire
- 2 Secondaire, études non complétées
- 3 Secondaire, études complétées
- 4 Collège (cégep, école de métiers, collège commercial et autre)
- 5 Université
- 6 Autre
- ↳ S'il te plaît, précise.
- 8 Je ne sais pas
- 9 Ne s'applique pas (pas de mère ou d'adulte féminin responsable de moi)

SD13_2 Quel est le plus haut niveau scolaire que ton père (ou l'adulte masculin qui est responsable de toi) a atteint?

- 1 Primaire
- 2 Secondaire, études non complétées
- 3 Secondaire, études complétées
- 4 Collège (cégep, école de métiers, collège commercial et autre)
- 5 Université
- 6 Autre
- ↳ S'il te plaît, précise.
- 8 Je ne sais pas
- 9 Ne s'applique pas (pas de père ou d'adulte masculin responsable de moi)

ANNEXE B

RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES

Tableau B1 Niveau de détresse psychologique selon le diagnostic de dépression ou d'anxiété et selon le niveau de santé mentale positive, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017

	Faible	Moyen	Élevé	Total ¹
	%			
Diagnostic de dépression ou d'anxiété				
Diagnostic avec médication	3,8 **	35,6	60,6	100,0
Diagnostic sans médication	2,5	46,6	50,9	100,0
Pas de diagnostic	15,8	66,7	17,5	100,0
Niveau de santé mentale positive				
Florissante	19,8	69,1	11,1	100,0
Modérément bonne	8,3	60,6	31,2	100,0
Languissante	3,5 *	29,3	67,3	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

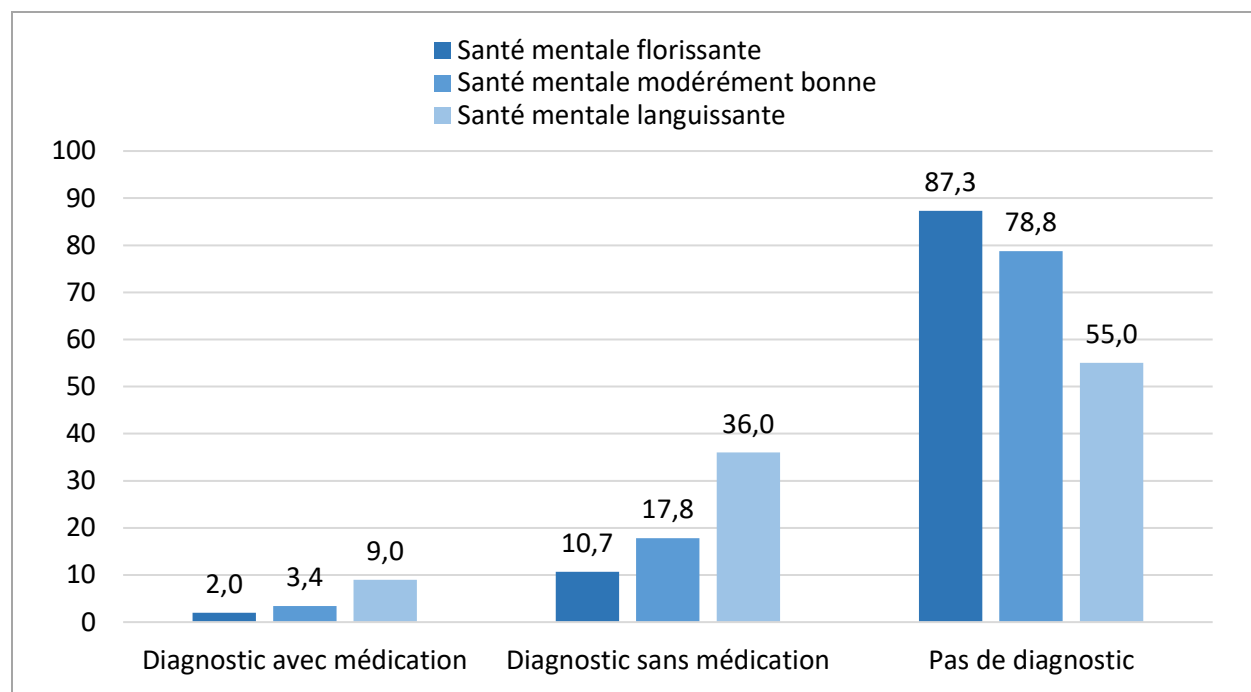
** Coefficient de variation supérieur à 25 %.

1. Le total peut différer de la somme des parties à cause de l'arrondissement.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Figure B1 Diagnostic de dépression ou d'anxiété selon le niveau de santé mentale positive, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus, Québec, 2016-2017



Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

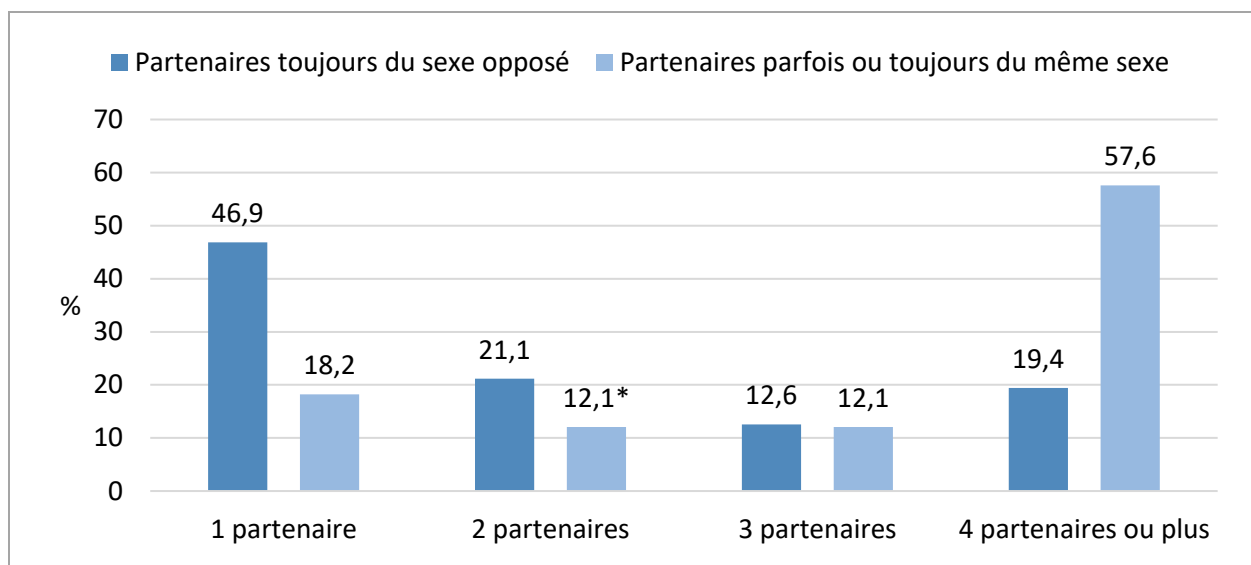
Tableau B2 Portrait des partenaires sexuel-le-s selon l'expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans ou non, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	A eu une première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans	A eu une première relation sexuelle à 14 ans ou plus tard
	%	
Nombre de partenaires sexuel-le-s au cours de la vie		
1 partenaire	20,7	51,7
2 partenaires	17,8	21,3
3 partenaires	17,0	11,3
4 partenaires ou plus	44,5	15,6
Sexe des partenaires sexuel-le-s		
Toujours du même sexe	90,3	95,2
Pas toujours du même sexe	9,7	4,8
Total	100,0	100,0

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Figure B2 Nombre de partenaires sexuel-le-s au cours de la vie selon le sexe de ces partenaires, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

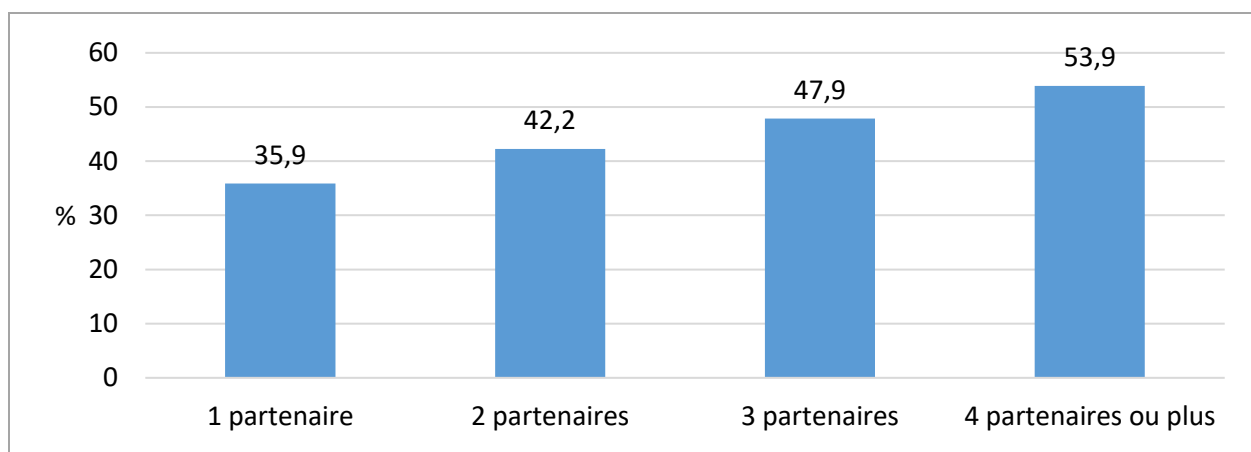


* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

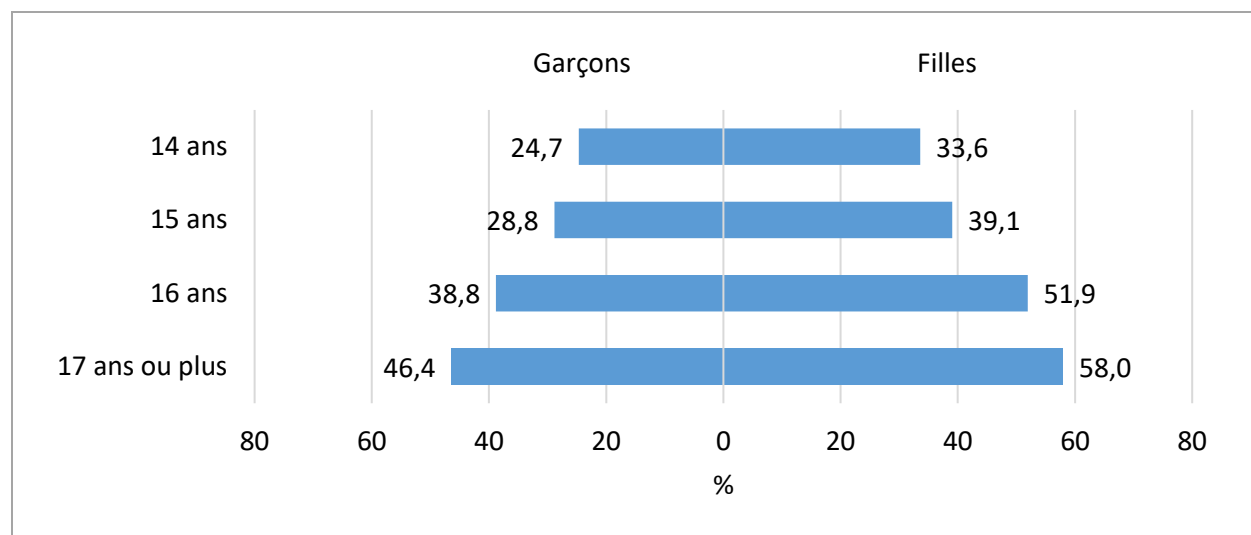
Figure B3 Proportion d'élèves n'ayant pas utilisé le condom aux dernières relations sexuelles complètes, selon le nombre de partenaires sexuel-le-s au cours de la vie, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017



Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Figure B4 Proportion d'élèves n'ayant pas utilisé le condom aux dernières relations sexuelles complètes selon l'âge, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans et plus ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017



Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau B3 Niveau de détresse psychologique selon l'âge, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans, Québec, 2016-2017

	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans ou plus
	%			
Garçons				
Faible	23,3	17,7	17,2	17,9
Moyen	65,5	67,1	67,6	64,7
Élevé	11,2	15,2	15,2	17,3
Filles				
Faible	9,7	5,4	6,5	6,0 *
Moyen	58,0	59,5	57,2	59,3
Élevé	32,3	35,1	36,3	34,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau B4 Niveau de détresse psychologique selon l'expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans ou non, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	A eu une première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans	A eu une première relation sexuelle à 14 ans ou plus tard
	%	
Garçons		
Faible	14,6	16,6
Moyen	57,9	67,1
Élevé	27,6	16,4
Filles		
Faible	2,4 **	4,4
Moyen	42,6	56,5
Élevé	55,1	39,1
Total	100,0	100,0

** Coefficient de variation supérieur à 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau B5 Niveau de détresse psychologique selon l'utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	A utilisé le condom	N'a pas utilisé le condom
	%	
Garçons		
Faible	17,2	14,1
Moyen	64,8	65,0
Élevé	18,0	20,9
Filles		
Faible	4,0 *	4,1 *
Moyen	57,4	50,5
Élevé	38,6	45,4
Total	100,0	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau B6 Niveau de détresse psychologique selon l'expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans ou non, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	A eu une première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans	A eu une première relation sexuelle à 14 ans ou plus tard
	%	
Garçons		
Diagnostic avec médication	5,3 *	2,4 *
Diagnostic sans médication	19,2 *	11,6
Pas de diagnostic	75,5	86,1
Filles		
Diagnostic avec médication	10,7 *	7,1
Diagnostic sans médication	29,7	26,9
Pas de diagnostic	59,6	65,9
Total	100,0	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau B7 Diagnostic de dépression ou d'anxiété selon l'utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	A utilisé le condom	N'a pas utilisé le condom
	%	
Garçons		
Diagnostic avec médication	3,0 *	3,2 *
Diagnostic sans médication	13,3	13,6
Pas de diagnostic	83,7	83,3
Filles		
Diagnostic avec médication	5,7	10,1
Diagnostic sans médication	28,4	26,4
Pas de diagnostic	65,9	63,5
Total	100,0	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau B8 Niveau de santé mentale positive selon l'expérience d'une relation sexuelle complète, pour divers âges, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans, Québec, 2016-2017

	A eu une relation sexuelle complète	N'a pas eu de relation sexuelle complète
	%	
Élèves âgé·e·s de 14 ans		
Florissante	40,5	48,5
Modérément bonne	47,9	45,6
Languissante	11,7 *	5,9
Élèves âgé·e·s de 15 ans		
Florissante	41,8	45,6
Modérément bonne	51,3	47,8
Languissante	6,9	6,6
Élèves âgé·e·s de 16 ans		
Florissante	42,5	43,1
Modérément bonne	50,9	50,0
Languissante	6,6	6,9
Élèves âgé·e·s de 17 ans ou plus		
Florissante	43,7	43,2
Modérément bonne	51,0	49,1
Languissante	5,3	7,6
Total	100,0	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau B9 Niveau de santé mentale positive selon l'expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans ou non, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans ayant eu une relation sexuelle complète, Québec, 2016-2017

	A eu une première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans	A eu une première relation sexuelle à 14 ans ou plus tard
	%	
Garçons		
Florissante	43,0	49,8
Modérément bonne	48,6	45,8
Languissante	8,4 *	4,3
Filles		
Florissante	29,8	38,4
Modérément bonne	56,6	54,3
Languissante	13,6	7,4
Total	100,0	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau B10 Niveau de santé mentale positive selon l'utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes, pour chaque sexe, élèves du secondaire âgé-e-s de 14 ans, Québec, 2016-2017

	A utilisé le condom	N'a pas utilisé le condom
	%	
Garçons		
Florissante	49,7	45,6
Modérément bonne	45,9	47,6
Languissante	4,4 *	6,8 *
Filles		
Florissante	39,9	33,3
Modérément bonne	53,5	56,1
Languissante	6,6	10,5
Total	100,0	100,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

ANNEXE C

PROGRAMME SAS

```
/*OUVERTURE DE LA BASE DE DONNÉES*/

LIBNAME eqsjs 'U:\40262C00\Travail\LAGFR001C';

PROC SORT DATA=eqsjs.eqsjs_2016_2017;
  BY CODE;
RUN;

PROC SORT DATA=eqsjs.poids_reste_v2;
  BY CODE;
RUN;

DATA eqsjs.MEMOIRE0;
  MERGE eqsjs.eqsjs_2016_2017 eqsjs.poids_reste_v2;
  BY CODE;
RUN;

/*RECODAGE DE L'ÂGE*/

DATA eqsjs.MEMOIRE1;
  SET eqsjs.MEMOIRE0;

  *AGE_7CAT - Âge [7 catégories];
  *Moins de 14 ans; IF SD9_1 IN (1, 2, 3) THEN AGE_7CAT = 1;
  *14 ans; IF SD9_1 = 4 THEN AGE_7CAT = 2;
  *15 ans; IF SD9_1 = 5 THEN AGE_7CAT = 3;
  *16 ans; IF SD9_1 = 6 THEN AGE_7CAT = 4;
  *17 ans; IF SD9_1 = 7 THEN AGE_7CAT = 5;
  *18 ans; IF SD9_1 = 8 THEN AGE_7CAT = 6;
  *19 ans ou plus; IF SD9_1 = 9 THEN AGE_7CAT = 7;

  *AGE_5CAT - Âge [5 catégories];
  *Moins de 14 ans; IF SD9_1 IN (1, 2, 3) THEN AGE_5CAT = 1;
  *14 ans; IF SD9_1 = 4 THEN AGE_5CAT = 2;
  *15 ans; IF SD9_1 = 5 THEN AGE_5CAT = 3;
  *16 ans; IF SD9_1 = 6 THEN AGE_5CAT = 4;
  *17 ans ou plus; IF SD9_1 IN (7, 8, 9) THEN AGE_5CAT = 5;

  *AGE_3CAT - Âge [3 catégories];
  *Moins de 14 ans; IF SD9_1 IN (1, 2, 3) THEN AGE_3CAT = 1;
  *14 ou 15 ans; IF SD9_1 IN (4, 5) THEN AGE_3CAT = 2;
  *16 ans ou plus; IF SD9_1 IN (6, 7, 8, 9) THEN AGE_3CAT = 3;

  *AGE_2CAT - Âge [2 catégories];
  *Moins de 14 ans; IF SD9_1 IN (1, 2, 3) THEN AGE_2CAT = 1;
  *14 ans ou plus; IF SD9_1 IN (4, 5, 6, 7, 8, 9) THEN AGE_2CAT = 2;

RUN;
```

```

/*QUINTILES DE L'INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE*/

PROC UNIVARIATE DATA=eqsjs.MEMOIRE1;
  VAR SM_A_1A_R;
  OUTPUT OUT = IDS_QUINTILES
  PCTLPTS = 20, 40, 60, 80
  PCTLPRE = P;
RUN;

PROC PRINT DATA=IDS_QUINTILES;
RUN; *(P20 = 11,90 / P40 = 21,43 / P60 = 33,33 / P80 = 50,00);

/*CRÉATION DES VARIABLES DÉRIVÉES*/

DATA eqsjs.MEMOIRE2;
  SET eqsjs.MEMOIRE1;

*IDP_5CAT - Indice de détresse psychologique [5 catégories - quintiles];
  *1er quintile; IF 0 <= SM_A_1A_R < 11.90 THEN IDP_5CAT = 1;
  *2e quintile; IF 11.90 <= SM_A_1A_R < 21.43 THEN IDP_5CAT = 2;
  *3e quintile; IF 21.43 <= SM_A_1A_R < 33.33 THEN IDP_5CAT = 3;
  *4e quintile; IF 33.33 <= SM_A_1A_R < 50.00 THEN IDP_5CAT = 4;
  *5e quintile; IF 50.00 <= SM_A_1A_R <= 100 THEN IDP_5CAT = 5;

*IDP_3CAT - Indice de détresse psychologique [3 catégories];
  *Faible (1er quintile); IF IDP_5CAT = 1 THEN IDP_3CAT = 1;
  *Moyen (2e au 4e quintile); IF IDP_5CAT IN (2, 3, 4) THEN IDP_3CAT = 2;
  *Élevé (5e quintile); IF IDP_5CAT = 5 THEN IDP_3CAT = 3;
  *Manquant; IF IDP_QUINT = . THEN IDP_5CAT = .;

*IDP_2CAT - Indice de détresse psychologique [2 catégories];
  *Faible ou moyen; IF IDP_3CAT IN (1, 2) THEN IDP_2CAT = 1;
  *Élevé; IF IDP_3CAT = 3 THEN IDP_2CAT = 2;
  *Manquant; IF IDP_3CAT = . THEN IDP_2CAT = .;

*DEPANX - Diagnostic de dépression ou d'anxiété confirmé;
  *Oui, avec médication; IF (SM_B_1_4 = 1 OR SM_B_1_3 = 1) AND SM_B_2A = 1
    THEN DEPANX = 1;
  *Oui, sans médication; IF (SM_B_1_4 = 1 OR SM_B_1_3 = 1) AND SM_B_2A = 2
    THEN DEPANX = 2;
  *Non; IF SM_B_1_4 = 2 AND SM_B_1_3 = 2 THEN DEPANX = 3;
  *Manquant; IF (SM_B_1_4 = 2 AND SM_B_1_3 = 9) OR
    (SM_B_1_4 = 9 AND SM_B_1_3 IN (2, 9)) OR SM_B_2A = 9 THEN DEPANX = .;

*DEPANX_2CAT - Diagnostic de dépression ou d'anxiété confirmé [2 catégories];
  *Oui; IF DEPANX IN (1, 2) THEN DEPANX_2CAT = 1;
  *Non; IF DEPANX = 3 THEN DEPANX_2CAT = 2;
  *Manquant; IF DEPANX = . THEN DEPANX_2CAT = .;

*RSC - Expérience d'une relation sexuelle complète (RSC);
  *Oui; IF HV7_4 = 1 OR HV7_8 = 1 THEN RSC = 1;
  *Non; IF HV7_0 = 2 OR (HV7_4 = 2 AND HV7_8 = 2) THEN RSC = 2;
  *Manquant; IF HV7_0 = 9 OR (HV7_4 = 2 AND HV7_8 = 9) OR
    (HV7_4 = 9 AND HV7_8 IN (2, 9)) THEN RSC = .;

```

```

*RSC_CONDOM - Utilisation du condom aux dernières relations sexuelles vaginale et
anale;
  *Oui; IF (HV7_7 = 1 AND HV7_11 IN (1, .)) OR (HV7_7 = . AND HV7_11 = 1)
    THEN RSC_CONDOM = 1;
  *Non; IF (HV7_7 IN (1, 2, 9, .) AND HV7_11 = 2) OR
    (HV7_7 = 2 AND HV7_11 IN (1, 9, .)) THEN RSC_CONDOM = 2;
  *Pas de RSC; IF RSC = 2 THEN RSC_CONDOM = 3;
  *Manquant; IF (HV7_7 IN (1, 9, .) AND HV7_11 = 9) OR
    (HV7_7 = 9 AND HV7_11 IN (1, .)) OR RSC = . THEN RSC_CONDOM = .;

*RSC_CONDOM_ALT - Utilisation du condom aux dernières relations sexuelles vaginale et
anale (sans la cat. 'pas de RSC');
  *Oui; IF RSC_CONDOM = 1 THEN RSC_CONDOM_ALT = 1;
  *Non; IF RSC_CONDOM = 2 THEN RSC_CONDOM_ALT = 2;
  *Manquant; IF RSC_CONDOM IN (3, .) THEN RSC_CONDOM_ALT = .;

*RS_AGE - Première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans;
  *Oui; IF RSC = 1 AND HV7_0A < 14 THEN RS_AGE = 1;
  *Non; IF RSC = 1 AND HV7_0A >= 14 THEN RS_AGE = 2;
  *Pas de RSC; IF RSC = 2 THEN RS_AGE = 3;
  *Manquant; IF (RSC = 1 AND HV7_0A = .) OR RSC = . THEN RS_AGE = .;

*RS_AGE_ALT - Première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans (sans la cat.
'pas de RSC');
  *Oui; IF RS_AGE = 1 THEN RS_AGE_ALT = 1;
  *Non; IF RS_AGE = 2 THEN RS_AGE_ALT = 2;
  *Manquant; IF RS_AGE IN (3, .) THEN RS_AGE_ALT = .;

*RS_PART_5CAT - Nombre de partenaires sexuel.le.s au cours de la vie [5 catégories];
*Aucun partenaire (pas de RSC); IF RSC = 2 THEN RS_PART_5CAT = 0;
  *1 partenaire; IF RSC = 1 AND HV7_0B_R2 = 1 THEN RS_PART_5CAT = 1;
  *2 partenaires; IF RSC = 1 AND HV7_0B_R2 = 2 THEN RS_PART_5CAT = 2;
  *3 partenaires; IF RSC = 1 AND HV7_0B_R2 = 3 THEN RS_PART_5CAT = 3;
  *4 partenaires ou plus; IF RSC = 1 AND HV7_0B_R2 = 4 THEN RS_PART_5CAT = 4;
  *Manquant; IF (RSC = 1 AND HV7_0B_R2 = .) OR RSC = . THEN RS_PART_5CAT = .;

*RS_PART_5CAT_ALT - Nombre de partenaires sexuel.le.s au cours de la vie [5 catégories
sans la cat. 'pas de RSC'];
  *1 partenaire; IF RS_PART_5CAT = 1 THEN RS_PART_5CAT_ALT = 1;
  *2 partenaires; IF RS_PART_5CAT = 2 THEN RS_PART_5CAT_ALT = 2;
  *3 partenaires; IF RS_PART_5CAT = 3 THEN RS_PART_5CAT_ALT = 3;
  *4 partenaires ou plus; IF RS_PART_5CAT = 4 THEN RS_PART_5CAT_ALT = 4;
  *Manquant; IF RS_PART_5CAT IN (0, .) THEN RS_PART_5CAT_ALT = .;

*RS_PART_3CAT - Nombre de partenaires sexuel.le.s au cours de la vie [3 catégories];
*Aucun partenaire (pas de RSC); IF RS_PART_5CAT = 0 THEN RS_PART_3CAT = 0;
  *1 partenaire; IF RS_PART_5CAT = 1 THEN RS_PART_3CAT = 1;
  *2 partenaires ou plus; IF RS_PART_5CAT > 1 THEN RS_PART_3CAT = 2;
  *Manquant; IF RS_PART_5CAT = . THEN RS_PART_3CAT = .;

*RS_PART_3CAT_ALT - Nombre de partenaires sexuel.le.s au cours de la vie [3 catégories
sans la cat. 'pas de RSC'];
  *1 partenaire; IF RS_PART_5CAT = 1 THEN RS_PART_3CAT_ALT = 1;
  *2 partenaires ou plus; IF RS_PART_5CAT > 1 THEN RS_PART_3CAT_ALT = 2;
  *Manquant; IF RS_PART_5CAT IN (0, .) THEN RS_PART_3CAT_ALT = .;

*RS_SEXE - Sexe des partenaires sexuel.le.s;
  *Toujours du même sexe; IF RSC = 1 AND HV7_16_R3 = 1 THEN RS_SEXE = 1;
  *Pas toujours du même sexe; IF RSC = 1 AND HV7_16_R3 IN (2, 3) THEN RS_SEXE = 2;
  *Pas de RSC; IF RSC = 2 THEN RS_SEXE = 3;
  *Manquant; IF (RSC = 1 AND HV7_16_R3 = .) OR RSC = . THEN RS_SEXE = .;

```

```

*RS_SEXE_ALT - Sexe des partenaires sexuel.le.s (sans la cat. 'pas de RSC');
*Toujours du même sexe; IF RS_SEXE = 1 THEN RS_SEXE_ALT = 1;
*Pas toujours du même sexe; IF RS_SEXE = 2 THEN RS_SEXE_ALT = 2;
*Manquant; IF RS_SEXE IN (3, .) THEN RS_SEXE_ALT = .;

*VIOLENCE - Violence dans la relation amoureuse au cours des 12 derniers mois;
*Oui; IF SM_B_5_SM_C_4_R IN (1, 2, 3) THEN VIOLENCE = 1;
*Non; IF SM_B_5_SM_C_4_R = 4 THEN VIOLENCE = 2;
*Pas de relation amoureuse; IF SM_H_3B_R1 = 2 THEN VIOLENCE = 3;
*Manquant; IF (SM_H_3B_R1 = 1 AND SM_B_5_SM_C_4_R = .) OR SM_H_3B_R1 = .
    THEN VIOLENCE = .;

*DELINQ_5CAT - Nombre d'actes de conduite délinquante au cours des 12 derniers mois
[5 catégories];
*Aucun acte; IF SM_B_4C_SM_B_4D_R1B = 0 THEN DELINQ_5CAT = 0;
*1 acte; IF SM_B_4C_SM_B_4D_R1B = 1 THEN DELINQ_5CAT = 1;
*2 actes; IF SM_B_4C_SM_B_4D_R1B = 2 THEN DELINQ_5CAT = 2;
*3 actes; IF SM_B_4C_SM_B_4D_R1B = 3 THEN DELINQ_5CAT = 3;
*4 actes ou plus; IF SM_B_4C_SM_B_4D_R1B >= 4 THEN DELINQ_5CAT = 4;
*Manquant; IF SM_B_4C_SM_B_4D_R1B = . THEN DELINQ_5CAT = .;

*DELINQ_2CAT - Nombre d'actes de conduite délinquante au cours des 12 derniers mois
[2 catégories];
*Aucun acte; IF DELINQ_5CAT = 0 THEN DELINQ_2CAT = 0;
*Au moins un acte; IF DELINQ_5CAT >= 1 THEN DELINQ_2CAT = 1;
*Manquant; IF DELINQ_5CAT = . THEN DELINQ_2CAT = .;

*SITFAM - Situation familiale [2 catégories];
*Biparentale ou à garde partagée; IF SD12_1R1 IN (1, 4) THEN SITFAM = 1;
*Reconstituée, monoparentale ou autre; IF SD12_1R1 IN (2, 3, 5) THEN SITFAM = 2;
*Manquant; IF SD12_1R1 = . THEN SITFAM = .;

*SITFIN - Perception de la situation financière [3 catégories];
*Plus à l'aise; IF SD13_5 = 1 THEN SITFIN = 1;
*Aussi à l'aise; IF SD13_5 = 2 THEN SITFIN = 2;
*Moins à l'aise; IF SD13_5 = 3 THEN SITFIN = 3;
*Manquant; IF SD13_5 = 9 THEN SITFIN = .;

*SITFIN_2CAT - Perception de la situation financière [2 catégories];
*Moins à l'aise; IF SITFIN = 3 THEN SITFIN_2CAT = 1;
*Aussi ou plus à l'aise; IF SITFIN IN (1, 2) THEN SITFIN_2CAT = 2;
*Manquant; IF SITFIN = 9 THEN SITFIN_2CAT = 9;

RUN;

/*SÉLECTION DES VARIABLES UTILES*/

DATA eqsjs.MEMOIRE3;
    SET eqsjs.MEMOIRE2;
    KEEP
        QUEST POIDSRESTE_V2 pboot1 -- pboot500
        SM_A_1A_R IDP_5CAT IDP_3CAT IDP_2CAT
        SM_B_1_4 SM_B_1_3 SM_B_2A DEPANX DEPANX_2CAT
        SM_J_1_R1 SM_J_1_R2
        HV7_0 HV7_4 HV7_8 RSC
        HV7_7 HV7_11 RSC_CONDOM RSC_CONDOM_ALT
        HV7_0A RS_AGE RS_AGE_ALT
        HV7_0B HV7_0B_R2 RS_PART_5CAT RS_PART_5CAT_ALT RS_PART_3CAT RS_PART_3CAT_ALT
        HV7_16_R3 RS_SEXE RS_SEXE_ALT
        HV7_12_R1
        SM_H_3B_R1 SM_B_5_SM_C_4_R VIOLENCE

```

```

SM_G_1_SM_G2_R SM_G_1_SM_G2_R1
SM_H_1_SM_H_2_R SM_H_1_SM_H_2_R1
HV_J_DEP_ADO HV_J_DEP_ADO_R1
SM_B_4C_SM_B_4D_R1B DELINQ_5CAT DELINQ_2CAT
SD9_2
SD9_1 AGE_7CAT AGE_5CAT AGE_3CAT AGE_2CAT
SD10_2_R1
SD12_1R1 SITFAM
SD13_5 SITFIN SITFIN_2CAT
SD13_3_SD13_4_R1 SD13_3_SD13_4_R3
SD13_1_SD13_2_R2 SD13_1_SD13_2_R3;

RUN;

/*SÉLECTION DU SOUS-ÉCHANTILLON*/

DATA eqsjs.MEMOIRE4;
    SET eqsjs.MEMOIRE3;
*Adolescent.e.s ayant répondu au 2e questionnaire;
    IF QUEST = 1 THEN DELETE;
*Adolescent.e.s âgé.e.s de 14 à 17 ans;
    IF AGE_2CAT = 1 THEN DELETE;
RUN;

*FRÉQUENCES SIMPLES;

TITLE 'Fréquences simples';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
    WEIGHT POIDSRESTE_V2;
    REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
    TABLES IDP_3CAT / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES DEPANX / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES SM_J_1_R2 / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES RSC / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES RSC_CONDOM_ALT / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES RS_AGE_ALT / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES RS_PART_5CAT_ALT / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES RS_SEXE_ALT / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES HV7_12_R1 / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES VIOLENCE / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES SM_G_1_SM_G2_R / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES SM_H_1_SM_H_2_R / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES HV_J_DEP_ADO / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES DELINQ_5CAT / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES SD9_2 / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES AGE_7CAT / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES AGE_5CAT / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES SD10_2_R1 / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES SD12_1R1 / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES SITFIN / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES SD13_3_SD13_4_R1 / CL CV ALPHA=0.01;
    TABLES SD13_1_SD13_2_R2 / CL CV ALPHA=0.01;
RUN;

/*FRÉQUENCES CROISÉES ET TESTS DU KHI CARRÉ*/

TITLE 'Fréquences croisées';
TITLE2 'Indice de détresse psychologique';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
    WEIGHT POIDSRESTE_V2;
    REPWEIGHTS pboot1-pboot500;

```

```

TABLES IDP_3CAT * DEPANX / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * SM_J_1_R2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * RSC / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * RSC_CONDOM_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * RS_AGE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * RS_PART_5CAT_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * RS_SEXE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * SM_G_1_SM_G2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * SM_H_1_SM_H_2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * HV_J_DEP_ADO / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * DELINQ_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * AGE_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * SD12_1R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * SITFIN / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * SD13_3_SD13_4_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_3CAT * SD13_1_SD13_2_R2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;

RUN;

TITLE 'Fréquences croisées';
TITLE2 "Diagnostic de dépression ou d'anxiété confirmé";
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
  WEIGHT POIDSRESTE_V2;
  REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
  TABLES DEPANX * SM_J_1_R2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * RSC / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * RSC_CONDOM_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * RS_AGE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * RS_PART_5CAT_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * RS_SEXE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * SM_G_1_SM_G2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * SM_H_1_SM_H_2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * HV_J_DEP_ADO / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * DELINQ_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * AGE_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * SD12_1R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * SITFIN / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * SD13_3_SD13_4_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES DEPANX * SD13_1_SD13_2_R2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;

RUN;

TITLE 'Fréquences croisées';
TITLE2 'Santé mentale positive';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
  WEIGHT POIDSRESTE_V2;
  REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
  TABLES SM_J_1_R2 * RSC / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES SM_J_1_R2 * RSC_CONDOM_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES SM_J_1_R2 * RS_AGE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES SM_J_1_R2 * RS_PART_5CAT_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES SM_J_1_R2 * RS_SEXE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES SM_J_1_R2 * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES SM_J_1_R2 * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES SM_J_1_R2 * SM_G_1_SM_G2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES SM_J_1_R2 * SM_H_1_SM_H_2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;

```

```

TABLES SM_J_1_R2 * HV_J_DEP_ADO / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R2 * DELINQ_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R2 * SD9_2_7 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R2 * AGE_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R2 * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R2 * SD12_1R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R2 * SITFIN / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R2 * SD13_3_SD13_4_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R2 * SD13_1_SD13_2_R2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
RUN;

TITLE 'Fréquences croisées';
TITLE2 'Relation sexuelle complète';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
  WEIGHT POIDSRESTE_V2;
  REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
  TABLES RSC * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC * SM_G_1_SM_G2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC * SM_H_1_SM_H_2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC * HV_J_DEP_ADO / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC * DELINQ_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC * SD9_2_7 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC * AGE_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC * SD12_1R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC * SITFIN / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC * SD13_3_SD13_4_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC * SD13_1_SD13_2_R2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
RUN;

TITLE 'Fréquences croisées';
TITLE2 'Utilisation du condom';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
  WEIGHT POIDSRESTE_V2;
  REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * RS_AGE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * RS_PART_5CAT_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * RS_SEXE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SM_G_1_SM_G2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SM_H_1_SM_H_2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * HV_J_DEP_ADO / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * DELINQ_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SD9_2_7 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * AGE_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SD12_1R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SITFIN / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SD13_3_SD13_4_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SD13_1_SD13_2_R2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
RUN;

```

```

TITLE 'Fréquences croisées';
TITLE2 "Première RS avant l'âge de 14 ans";
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
  WEIGHT POIDSRESTE_V2;
  REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
  TABLES RS_AGE_ALT * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SM_G_1_SM_G2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SM_H_1_SM_H_2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * HV_J_DEP_ADO / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * DELINQ_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SD12_1R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SITFIN / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SD13_3_SD13_4_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SD13_1_SD13_2_R2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
RUN;

```

```

TITLE 'Fréquences croisées';
TITLE2 'Nombre de partenaires sexuel.le.s';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
  WEIGHT POIDSRESTE_V2;
  REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * RS_AGE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * RS_SEXE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * SM_G_1_SM_G2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * SM_H_1_SM_H_2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * HV_J_DEP_ADO / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * DELINQ_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * AGE_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * SD12_1R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * SITFIN / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * SD13_3_SD13_4_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_5CAT_ALT * SD13_1_SD13_2_R2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
RUN;

```

```

TITLE 'Fréquences croisées';
TITLE2 'Sexe des partenaires sexuel.le.s';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
  WEIGHT POIDSRESTE_V2;
  REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
  TABLES RS_SEXE_ALT * RS_AGE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_SEXE_ALT * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_SEXE_ALT * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_SEXE_ALT * SM_G_1_SM_G2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_SEXE_ALT * SM_H_1_SM_H_2_R / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_SEXE_ALT * HV_J_DEP_ADO / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_SEXE_ALT * DELINQ_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_SEXE_ALT * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_SEXE_ALT * AGE_5CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_SEXE_ALT * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_SEXE_ALT * SD12_1R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_SEXE_ALT * SITFIN / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;

```

```

TABLES RS_SEXE_ALT * SD13_3_SD13_4_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RS_SEXE_ALT * SD13_1_SD13_2_R2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
RUN;

TITLE 'Fréquences croisées (tableaux supplémentaires)';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
TABLES SD9_2 * IDP_3CAT * AGE_5CAT / COLUMN CL CV ALPHA=0.01;
TABLES SD9_2 * IDP_3CAT * RSC_CONDOM_ALT / COLUMN CL CV ALPHA=0.01;
TABLES SD9_2 * IDP_3CAT * RS_AGE_ALT / COLUMN CL CV ALPHA=0.01;
TABLES SD9_2 * DEPANX * RSC_CONDOM_ALT / COLUMN CL CV ALPHA=0.01;
TABLES SD9_2 * DEPANX * RS_AGE_ALT / COLUMN CL CV ALPHA=0.01;
TABLES SD9_2 * SM_J_1_R2 * RSC_CONDOM_ALT / COLUMN CL CV ALPHA=0.01;
TABLES SD9_2 * SM_J_1_R2 * RS_AGE_ALT / COLUMN CL CV ALPHA=0.01;
TABLES SD9_2 * RSC_CONDOM_ALT * AGE_5CAT / COLUMN CL CV ALPHA=0.01;
RUN;

/*FRÉQUENCES CROISÉES ET TESTS DU KHI CARRÉ
(Tableaux supplémentaires en prévision des régressions logistiques)*/

*Partie 1;

TITLE 'Fréquences croisées (en prévision des régressions logistiques)';
TITLE2 'Indice de détresse psychologique (partie 1)';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
TABLES IDP_2CAT * RSC / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SM_G_1_SM_G2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SM_H_1_SM_H_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * HV_J_DEP_ADO_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * DELINQ_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * AGE_3CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SITFAM / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SITFIN_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SD13_3_SD13_4_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SD13_1_SD13_2_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
RUN;

TITLE 'Fréquences croisées (en prévision des régressions logistiques)';
TITLE2 "Diagnostic de dépression ou d'anxiété confirmé (partie 1)";
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
TABLES DEPANX_2CAT * RSC / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SM_G_1_SM_G2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SM_H_1_SM_H_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * HV_J_DEP_ADO_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * DELINQ_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * AGE_3CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SITFAM / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SITFIN_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;

```

```

TABLES DEPANX_2CAT * SD13_3_SD13_4_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SD13_1_SD13_2_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
RUN;

TITLE 'Fréquences croisées (en prévision des régressions logistiques)';
TITLE2 'Santé mentale positive (partie 1)';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
TABLES SM_J_1_R1 * RSC / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SM_G_1_SM_G2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SM_H_1_SM_H_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * HV_J_DEP_ADO_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * DELINQ_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * AGE_3CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SITFAM / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SITFIN_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SD13_3_SD13_4_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SD13_1_SD13_2_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
RUN;

TITLE 'Fréquences croisées (en prévision des régressions logistiques)';
TITLE2 'Relation sexuelle complète';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
TABLES RSC * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RSC * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RSC * SM_G_1_SM_G2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RSC * SM_H_1_SM_H_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RSC * HV_J_DEP_ADO_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RSC * DELINQ_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RSC * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RSC * AGE_3CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RSC * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RSC * SITFAM / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RSC * SITFIN_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RSC * SD13_3_SD13_4_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RSC * SD13_1_SD13_2_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
RUN;

*Partie 2;

DATA eqsjs.MEMOIRE5;
SET eqsjs.MEMOIRE4;
*Adolescent.e.s ayant eu une relation sexuelle complète;
IF RSC = 2 THEN DELETE;
RUN;

TITLE 'Fréquences croisées (en prévision des régressions logistiques)';
TITLE2 'Indice de détresse psychologique (partie 2)';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE5 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
TABLES IDP_2CAT * RSC_CONDOM_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * RS_AGE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * RS_PART_3CAT_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * RS_SEXE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;

```

```

TABLES IDP_2CAT * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SM_G_1_SM_G2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SM_H_1_SM_H_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * HV_J_DEP_ADO_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * DELINQ_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * AGE_3CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SITFAM / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SITFIN_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SD13_3_SD13_4_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES IDP_2CAT * SD13_1_SD13_2_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
RUN;

TITLE 'Fréquences croisées (en prévision des régressions logistiques)';
TITLE2 "Diagnostic de dépression ou d'anxiété confirmé (partie 2)";
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE5 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
TABLES DEPANX_2CAT * RSC_CONDOM_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * RS_AGE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * RS_PART_3CAT_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * RS_SEXE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SM_G_1_SM_G2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SM_H_1_SM_H_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * HV_J_DEP_ADO_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * DELINQ_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * AGE_3CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SITFAM / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SITFIN_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SD13_3_SD13_4_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES DEPANX_2CAT * SD13_1_SD13_2_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
RUN;

TITLE 'Fréquences croisées (en prévision des régressions logistiques)';
TITLE2 'Santé mentale positive (partie 2)';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE5 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
TABLES SM_J_1_R1 * RSC_CONDOM_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * RS_AGE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * RS_PART_3CAT_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * RS_SEXE_ALT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SM_G_1_SM_G2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SM_H_1_SM_H_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * HV_J_DEP_ADO_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * DELINQ_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * AGE_3CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SITFAM / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SITFIN_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SD13_3_SD13_4_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES SM_J_1_R1 * SD13_1_SD13_2_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
RUN;

```

```

TITLE 'Fréquences croisées (en prévision des régressions logistiques)';
TITLE2 'Utilisation du condom';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE5 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
  WEIGHT POIDSRESTE_V2;
  REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SM_G_1_SM_G2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SM_H_1_SM_H_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * HV_J_DEP_ADO_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * DELINQ_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * AGE_3CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SITFAM / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SITFIN_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SD13_3_SD13_4_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RSC_CONDOM_ALT * SD13_1_SD13_2_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
RUN;

TITLE 'Fréquences croisées (en prévision des régressions logistiques)';
TITLE2 "Première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans";
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE5 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
  WEIGHT POIDSRESTE_V2;
  REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
  TABLES RS_AGE_ALT * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SM_G_1_SM_G2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SM_H_1_SM_H_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * HV_J_DEP_ADO_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * DELINQ_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * AGE_3CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SITFAM / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SITFIN_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SD13_3_SD13_4_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_AGE_ALT * SD13_1_SD13_2_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
RUN;

TITLE 'Fréquences croisées (en prévision des régressions logistiques)';
TITLE2 'Nombre de partenaires sexuel.le.s';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE5 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
  WEIGHT POIDSRESTE_V2;
  REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
  TABLES RS_PART_3CAT_ALT * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_3CAT_ALT * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_3CAT_ALT * SM_G_1_SM_G2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_3CAT_ALT * SM_H_1_SM_H_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_3CAT_ALT * HV_J_DEP_ADO_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
    ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_3CAT_ALT * DELINQ_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_3CAT_ALT * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_3CAT_ALT * AGE_3CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_3CAT_ALT * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
  TABLES RS_PART_3CAT_ALT * SITFAM / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;

```

```

TABLES RS_PART_3CAT_ALT * SITFIN_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RS_PART_3CAT_ALT * SD13_3_SD13_4_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
ALPHA=0.01;
TABLES RS_PART_3CAT_ALT * SD13_1_SD13_2_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER)
ALPHA=0.01;
RUN;

TITLE 'Fréquences croisées (en prévision des régressions logistiques)';
TITLE2 'Sexe des partenaires sexuel.le.s';
PROC SURVEYFREQ DATA=eqsjs.MEMOIRE5 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
TABLES RS_SEXE_ALT * HV7_12_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RS_SEXE_ALT * VIOLENCE / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RS_SEXE_ALT * SM_G_1_SM_G2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RS_SEXE_ALT * SM_H_1_SM_H_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RS_SEXE_ALT * HV_J_DEP_ADO_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RS_SEXE_ALT * DELINQ_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RS_SEXE_ALT * SD9_2 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RS_SEXE_ALT * AGE_3CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RS_SEXE_ALT * SD10_2_R1 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RS_SEXE_ALT * SITFAM / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RS_SEXE_ALT * SITFIN_2CAT / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RS_SEXE_ALT * SD13_3_SD13_4_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
TABLES RS_SEXE_ALT * SD13_1_SD13_2_R3 / COLUMN CL CV CHISQ(SECONDORDER) ALPHA=0.01;
RUN;

/*RÉGRESSIONS LOGISTIQUES MULTIVARIÉES - PARTIE 1*/

TITLE 'Régressions logistiques multivariées (partie 1)';
TITLE2 'Détresse psychologique';
PROC SURVEYLOGISTIC DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
CLASS RSC(REF='2') HV7_12_R1(REF='2') VIOLENCE(REF='3') SM_G_1_SM_G2_R1(REF='1')
HV_J_DEP_ADO_R1(REF='1') DELINQ_2CAT(REF='0') SITFAM(REF='1')
SD13_1_SD13_2_R3(REF='2');
MODEL IDP_2CAT(EVENT='2') = RSC HV7_12_R1 VIOLENCE SM_G_1_SM_G2_R1 HV_J_DEP_ADO_R1
DELINQ_2CAT SITFAM SD13_1_SD13_2_R3 / ALPHA=0.01;
RUN;

TITLE 'Régressions logistiques multivariées (partie 1)';
TITLE2 'Dépression ou anxiété';
PROC SURVEYLOGISTIC DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
CLASS RSC(REF='2') HV7_12_R1(REF='2') VIOLENCE(REF='3') SM_G_1_SM_G2_R1(REF='1')
HV_J_DEP_ADO_R1(REF='1') DELINQ_2CAT(REF='0') SD10_2_R1(REF='1') SITFAM(REF='1')
SD13_1_SD13_2_R3(REF='2');
MODEL DEPANX_2CAT(EVENT='1') = RSC HV7_12_R1 VIOLENCE SM_G_1_SM_G2_R1
HV_J_DEP_ADO_R1 DELINQ_2CAT SD10_2_R1 SITFAM SD13_1_SD13_2_R3 / ALPHA=0.01;
RUN;

TITLE 'Régressions logistiques multivariées (partie 1)';
TITLE2 'Santé mentale positive';
PROC SURVEYLOGISTIC DATA=eqsjs.MEMOIRE4 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
CLASS RSC(REF='2') HV7_12_R1(REF='2') VIOLENCE(REF='3') SM_G_1_SM_G2_R1(REF='1')
HV_J_DEP_ADO_R1(REF='1') DELINQ_2CAT(REF='0') SITFAM(REF='1')
SD13_1_SD13_2_R3(REF='2');

```

```

MODEL SM_J_1_R1(EVENT='1') = RSC HV7_12_R1 VIOLENCE SM_G_1_SM_G2_R1 HV_J_DEP_ADO_R1
DELINQ_2CAT SITFAM SD13_1_SD13_2_R3 / ALPHA=0.01;

RUN;

/*RÉGRESSIONS LOGISTIQUES MULTIVARIÉES - PARTIE 2*/

TITLE 'Régressions logistiques multivariées (partie 2)';
TITLE2 'Détresse psychologique';
PROC SURVEYLOGISTIC DATA=eqsjs.MEMOIRE5 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
CLASS RSC_CONDOM_ALT(REF='1') RS_AGE_ALT(REF='2') RS_PART_3CAT_ALT(REF='1')
RS_SEXE_ALT(REF='1') HV7_12_R1(REF='2') VIOLENCE(REF='3')
SM_G_1_SM_G2_R1(REF='1') SM_H_1_SM_H_2_R1(REF='1') HV_J_DEP_ADO_R1(REF='1')
DELINQ_2CAT(REF='0') SD9_2(REF='1') SITFAM(REF='1') SITFIN_2CAT(REF='2');
MODEL IDP_2CAT(EVENT='2') = RSC_CONDOM_ALT RS_AGE_ALT RS_PART_3CAT_ALT RS_SEXE_ALT
HV7_12_R1 VIOLENCE SM_G_1_SM_G2_R1 SM_H_1_SM_H_2_R1 HV_J_DEP_ADO_R1 DELINQ_2CAT
SD9_2 SITFAM SITFIN_2CAT / ALPHA=0.01;

RUN;

TITLE 'Régressions logistiques multivariées (partie 2)';
TITLE2 'Dépression ou anxiété - modèle complet';
PROC SURVEYLOGISTIC DATA=eqsjs.MEMOIRE5 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
CLASS RS_AGE_ALT(REF='2') RS_SEXE_ALT(REF='1') HV7_12_R1(REF='2') VIOLENCE(REF='3')
SM_H_1_SM_H_2_R1(REF='1') HV_J_DEP_ADO_R1(REF='1') SD9_2(REF='1')
SD10_2_R1(REF='1') SITFAM(REF='1') SITFIN_2CAT(REF='2');
MODEL DEPANX_2CAT(EVENT='1') = RS_AGE_ALT RS_SEXE_ALT HV7_12_R1 VIOLENCE
SM_H_1_SM_H_2_R1 HV_J_DEP_ADO_R1 SD9_2 SD10_2_R1 SITFAM SITFIN_2CAT / ALPHA=0.01;

RUN;

TITLE 'Régressions logistiques multivariées (partie 2)';
TITLE2 'Santé mentale positive';
PROC SURVEYLOGISTIC DATA=eqsjs.MEMOIRE5 VARMETHOD=BOOTSTRAP;
WEIGHT POIDSRESTE_V2;
REPWEIGHTS pboot1-pboot500;
CLASS RSC_CONDOM_ALT(REF='1') RS_AGE_ALT(REF='2') RS_PART_3CAT_ALT(REF='1')
HV7_12_R1(REF='2') VIOLENCE(REF='3') SM_G_1_SM_G2_R1(REF='1')
SM_H_1_SM_H_2_R1(REF='1') HV_J_DEP_ADO_R1(REF='1') DELINQ_2CAT(REF='0')
SD9_2(REF='1') SITFAM(REF='1') SITFIN_2CAT(REF='2') SD13_1_SD13_2_R3(REF='2');
MODEL SM_J_1_R1(EVENT='1') = RSC_CONDOM_ALT RS_AGE_ALT RS_PART_3CAT_ALT HV7_12_R1
VIOLENCE SM_G_1_SM_G2_R1 SM_H_1_SM_H_2_R1 HV_J_DEP_ADO_R1 DELINQ_2CAT SD9_2
SITFAM SITFIN_2CAT SD13_1_SD13_2_R3 / ALPHA=0.01;

RUN;

```

ANNEXE D

MATRICES DES VALEURS-*P* DES TESTS DU KHI CARRÉ

Tableau D1 Matrice des valeurs-*p*¹ des tests du khi carré réalisés en prévision des régressions logistiques incluant l'indicateur de l'expérience d'une relation sexuelle complète

	État de santé mentale			ERSC
	NDP	DDA	NSMP	
Pratiques sexuelles avec partenaire				
Expérience d'une relation sexuelle complète	< 0,0001	< 0,0001	0,0026	-
Facteurs relationnels				
Expérience d'une relation sexuelle forcée	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Violence dans une relation amoureuse	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Niveau des atouts à la maison	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Niveau des atouts chez les ami·e·s	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	0,0008
Facteurs situationnels				
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Nombre d'actes de conduite délinquante	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Caractéristiques sociodémographiques				
Sexe	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	0,1377
Âge	0,0030	0,0985	0,0016	< 0,0001
Lieu de naissance	0,7046	0,0001	0,3074	< 0,0001
Situation familiale	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Perception de la situation financière de la famille	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	0,0019
Statut d'emploi des parents	< 0,0001	0,0001	< 0,0001	0,4168
Plus haut niveau de scolarité des parents	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001

NDP : Niveau de détresse psychologique
NSMP : Niveau de santé mentale positive

DDA : Diagnostic de dépression ou d'anxiété
ERSC : Expérience d'une relation sexuelle complète

1. Les résultats non significatifs au seuil de 1 % ($p \geq 0,01$) sont indiqués en rouge.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

Tableau D2 Matrice des valeurs- p^1 des tests du khi carré réalisés en prévision des régressions logistiques incluant des variables renvoyant à certains aspects des pratiques sexuelles avec partenaire

	État de santé mentale		
	NDP	DDA	NSMP
Pratiques sexuelles avec partenaire			
Expérience de la première relation sexuelle avant 14 ans	< 0,0001	0,0020	0,0036
Nombre de partenaires sexuel-le-s	< 0,0001	0,0286	< 0,0001
Sexe des partenaires sexuel-le-s	< 0,0001	0,0007	0,0159
Utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes	0,0001	0,0225	0,0004
Facteurs relationnels			
Expérience d'une relation sexuelle forcée	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Violence dans une relation amoureuse	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Niveau des atouts à la maison	< 0,0001	0,0003	< 0,0001
Niveau des atouts chez les ami-e-s	< 0,0001	0,0006	< 0,0001
Facteurs situationnels			
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Nombre d'actes de conduite délinquante	< 0,0001	0,0268	< 0,0001
Caractéristiques sociodémographiques			
Sexe	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Âge	0,0913	0,0979	0,7873
Lieu de naissance	0,0055	< 0,0001	0,9008
Situation familiale	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Perception de la situation financière de la famille	< 0,0001	0,0001	< 0,0001
Statut d'emploi des parents	0,0037	0,1245	0,0266
Plus haut niveau de scolarité des parents	0,0029	0,0063	< 0,0001

(suite à la page suivante)

Tableau D2 (suite)

	Pratiques sexuelles avec partenaire			
	PRS	NPS	SPS	UCDRSC
Pratiques sexuelles avec partenaire				
Expérience de la première relation sexuelle avant 14 ans	-	-	-	-
Nombre de partenaires sexuel·le·s	-	-	-	-
Sexe des partenaires sexuel·le·s	-	-	-	-
Utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes	-	-	-	-
Facteurs relationnels				
Expérience d'une relation sexuelle forcée	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Violence dans une relation amoureuse	0,0012	< 0,0001	0,0021	< 0,0001
Niveau des atouts à la maison	0,0038	< 0,0001	0,0006	< 0,0001
Niveau des atouts chez les ami·e·s	< 0,0001	0,0002	0,0098	0,0068
Facteurs situationnels				
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Nombre d'actes de conduite délinquante	< 0,0001	< 0,0001	0,0002	< 0,0001
Caractéristiques sociodémographiques				
Sexe	0,0002	0,0101	0,0495	< 0,0001
Âge	< 0,0001	< 0,0001	0,9469	< 0,0001
Lieu de naissance	0,0022	0,0041	0,3844	0,8752
Situation familiale	0,0004	< 0,0001	0,0065	0,0459
Perception de la situation financière de la famille	0,0002	0,1043	0,0206	0,0003
Statut d'emploi des parents	0,0002	0,1423	0,8566	0,1006
Plus haut niveau de scolarité des parents	< 0,0001	0,0004	0,1376	0,2516

NDP : Niveau de détresse psychologique

DDA : Diagnostic de dépression ou d'anxiété

NSMP : Niveau de santé mentale positive

PRS : Expérience de la première relation sexuelle avant 14 ans

NPS : Nombre de partenaires sexuel·le·s

SPS : Sexe des partenaires sexuel·le·s

UCDRSC : Utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes

- Ne s'applique pas.

1. Les résultats non significatifs au seuil de 1 % ($p \geq 0,01$) sont indiqués en rouge.

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018)

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*

ANNEXE E

TAUX DE NON-RÉPONSE PARTIELLE PONDÉRÉS

Tableau E1 Taux de non-réponse partielle pondérés

	%
Santé mentale	
Niveau de détresse psychologique	0,3
Diagnostic de dépression ou d'anxiété	0,5
Niveau de santé mentale positive	4,2
Pratiques sexuelles avec partenaire	
Expérience d'une relation sexuelle complète	1,1
Expérience de la première relation sexuelle avant l'âge de 14 ans	0,0
Nombre de partenaires sexuel-le-s	0,5
Sexe des partenaires sexuel-le-s	0,3
Utilisation du condom aux dernières relations sexuelles complètes	0,2
Facteurs relationnels	
Expérience d'une relation sexuelle forcée	0,4
Violence dans une relation amoureuse	0,5
Niveau des atouts à la maison	0,6
Niveau des atouts chez les ami-e-s	0,6
Facteurs situationnels	
Niveau de consommation problématique d'alcool et de drogues	1,5
Nombre d'actes de conduite délinquante	0,4
Caractéristiques sociodémographiques	
Sexe	0,0
Âge	0,0
Lieu de naissance	2,0
Situation familiale	0,2
Perception de la situation financière de la famille	2,5
Statut d'emploi des parents	4,6
Plus haut niveau de scolarité des parents	9,1

Compilation effectuée à partir de données provenant du © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2018).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé publique du Canada. (2019). *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada, 2017* [Rapport]. Gouvernement du Canada. www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/rapport-infections-transmissibles-sexuellement-canada-2017.html
- Ayotte, V., Fournier, M. et Riberdy, H. (2009). *La détresse psychologique des enfants et des adolescents montréalais... l'expression de différentes réalités?* Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. coillink.org/20.500.12592/7hj3wt
- Bay-Cheng, L. Y. (2012). Recovering Empowerment: De-personalizing and Re-politicizing Adolescent Female Sexuality. *Sex Roles*, 66(11), 713-717. doi.org/10.1007/s11199-011-0070-x
- Best, C. et Fortenberry, J. D. (2013). Adolescent Sexuality and Sexual Behavior. Dans W. T. O'Donohue, L. T. Benuto et L. Woodward Tolle (dir.), *Handbook of Adolescent Health Psychology* (p. 271-291). Springer. doi.org/10.1007/978-1-4614-6633-8_19
- Boislard, M.-A., Van de Bongardt, D. et Blais, M. (2016). Sexuality (and Lack Thereof) in Adolescence and Early Adulthood: A Review of the Literature. *Behavioral Sciences*, 6(1), 8. doi.org/10.3390/bs6010008
- Bolanis, D., Orri, M., Castellanos-Ryan, N., Renaud, J., Montreuil, T., Boivin, M., Vitaro, F., Tremblay, R. E., Turecki, G., Côté, S. M., Séguin, J. R. et Geoffroy, M.-C. (2020). Cannabis use, depression and suicidal ideation in adolescence: direction of associations in a population based cohort. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1076-1083. doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.136
- Boyce, W., Doherty-Poirier, M., MacKinnon, D., Fortin, C., Saab, H., King, M. et Gallupe, O. (2006). Sexual health of Canadian youth: findings from the Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 15(2), 59-68.
- Bozon, M. (2001). Les cadres sociaux de la sexualité. *Sociétés contemporaines*, 41-42(1-2), 5-9. doi.org/10.3917/soco.041.0005
- Bozon, M. (2012). Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable. *Agora débats/jeunesses*, 60(1), 121-134. doi.org/10.3917/agora.060.0121
- Bozon, M. et Leridon, H. (1993). Les constructions sociales de la sexualité. *Population*, 48(5), 1173-1195. doi.org/10.2307/1534174
- Camirand, H., Deschesnes, M. et Pica, L. A. (2013). Estime de soi, compétences sociales et problèmes de santé mentale. Dans L. A. Pica, I. Traoré, H. Camirand, P. Laprise, F. Bernèche, M. Berthelot et N. Plante, *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Tome 2. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale* (p. 53-79). Institut de la statistique du Québec. statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2010-2011

- Chen, Y.-W., Stiffman, A. R., Cheng, L.-C. et Dore, P. (1997). Mental health, social environment and sexual risk behaviors of adolescent service users: A gender comparison. *Journal of Child and Family Studies*, 6(1), 9-25. doi.org/10.1023/A:1025064522258
- Chilman, C. S. (1990). Promoting Healthy Adolescent Sexuality. *Family Relations*, 39(2), 123-131. doi.org/10.2307/585712
- Chmielewski, J. F., Tolman, D. L. et Kincaid, H. (2017). Constructing risk and responsibility: a gender, race, and class analysis of news representations of adolescent sexuality. *Feminist Media Studies*, 17(3), 412-425. doi.org/10.1080/14680777.2017.1283348
- Courtois, R. (2011). Chapitre 7. Sexualité à risque. Dans *Les conduites à risque à l'adolescence* (p. 105-116). Dunod. www.cairn.info/les-conduites-a-risque-a-l-adolescence--9782100540389-p-105.htm
- Cuin, C.-H. (2011). Esquisse d'une théorie sociologique de l'adolescence. *Revue européenne des sciences sociales*, 49(2), 71-92. doi.org/10.4000/ress.987
- Deschesnes, M. (1998). Étude de la validité et de la fidélité de l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPSQ-14), chez une population adolescente. *Psychologic canadienne*, 39(4), 288-298. doi.org/10.1037/h0086820
- Diamond, L. M. et Savin-Williams, R. C. (2009). Adolescent Sexuality. Dans R. M. Lerner et L. Steinberg (dir.), *Handbook of Adolescent Psychology*. John Wiley & Sons. doi.org/10.1002/9780470479193.adlpsy001015
- Doré, I. et Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. doi.org/10.7202/1040247ar
- Doré, I., O'Loughlin, J. L., Sabiston, C. M. et Fournier, L. (2017). Psychometric Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form in French Canadian Young Adults. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 62(4), 286-294. doi.org/10.1177/0706743716675855
- Fine, M. (1988). Sexuality, Schooling, and Adolescent Females: The Missing Discourse of Desire. *Harvard Educational Review*, 58(1), 29-54. doi.org/10.17763/haer.58.1.u0468k1v2n2n8242
- Fine, M. et McClelland, S. (2006). Sexuality Education and Desire: Still Missing after All These Years. *Harvard Educational Review*, 76(3), 297-338. doi.org/10.17763/haer.76.3.w5042g23122n6703
- Fine, M. et McClelland, S. (2007). The Politics of Teen Women's Sexuality: Public Policy and the Adolescent Female Body. *Emory Law Journal*, 56(4), 995-1038.
- Fontaine, N. M. G., Brendgen, M., Vitaro, F., Boivin, M., Tremblay, R. E. et Côté, S. M. (2019). Longitudinal associations between delinquency, depression and anxiety symptoms in adolescence: Testing the moderating effect of sex and family socioeconomic status. *Journal of Criminal Justice*, 62, 58-65. doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2018.09.007
- Fortenberry, J. D. (2013). Puberty and adolescent sexuality. *Hormones and Behavior*, 64(2), 280-287. doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.03.007

- Frappier, J.-Y., Kaufman, M., Baltzer, F., Elliott, A., Lane, M., Pinzon, J. et McDuff, P. (2008). Sex and sexual health: A survey of Canadian youth and mothers. *Paediatrics & Child Health*, 13(1), 25-30.
- Gardey, D. et Hasdeu, I. (2015). Cet obscur sujet du désir. Médicaliser les troubles de la sexualité féminine en Occident. *Travail, genre et sociétés*, 34(2), 73-92. doi.org/10.3917/tgs.034.0073
- Geoffroy, M.-C., Boivin, M., Arseneault, L., Renaud, J., Perret, L. C., Turecki, G., Michel, G., Salla, J., Vitaro, F., Brendgen, M., Tremblay, R. E. et Côté, S. M. (2018). Childhood trajectories of peer victimization and prediction of mental health outcomes in midadolescence: a longitudinal population-based study. *CMAJ*, 190(2), E37-E43. doi.org/10.1503/cmaj.170219
- Geoffroy, M.-C., Boivin, M., Arseneault, L., Turecki, G., Vitaro, F., Brendgen, M., Renaud, J., Séguin, J. R., Tremblay, R. E. et Côté, S. M. (2016). Associations Between Peer Victimization and Suicidal Ideation and Suicide Attempt During Adolescence: Results From a Prospective Population-Based Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(2), 99-105. doi.org/10.1016/j.jaac.2015.11.010
- Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N. et Bergeron, J. (2016). *DEP-ADO. Grille de dépistage et de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes, version 3.3 – juin 2016*. Recherche et intervention sur les substances [oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F1775629324 DEP ADO fr V3.2a 2013.pdf](http://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F1775629324_DEP_ADO_fr_V3.2a_2013.pdf)
- Gersh, E., Richardson, L. P., Coker, T. R., Inwards-Breland, D. J. et McCarty, C. A. (2022). Same, opposite and both-sex attracted adolescents' mental health, safe-sex practices and substance use. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 26(2), 196-211. doi.org/10.1080/19359705.2021.1967826
- Gianotten, W. L., Alley, J. C. et Diamond, L. M. (2021). The Health Benefits of Sexual Expression. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 478-493. [10.1080/19317611.2021.1966564](https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1966564)
- Gouvernement du Québec. (2023, 16 février). *Accès aux services d'avortement*. www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/avortement-services/acces-aux-services-davortement
- Graber, J. A. et Brooks-Gunn, J. (1996). Transitions and turning points: Navigating the passage from childhood through adolescence. *Developmental Psychology*, 32(4), 768-776. doi.org/10.1037/0012-1649.32.4.768
- Hajizade-Valokolaee, M., Yazdani-Khermandichali, F., Shahhosseini, Z. et Hamzehgardeshi, Z. (2016). Adolescents' sexual and reproductive health: an ecological perspective. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 29(4), 20150097. doi.org/10.1515/ijamh-2015-0097
- Hallfors, D. D., Waller, M. M., Ford, C. A., Halpern, C. T., Brodish, P. H. et Iritani, B. (2004). Adolescent Depression and Suicide Risk: Association with Sex and Drug Behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3), 224-231. doi.org/10.1007/s10964-007-9256-5
- Harden, K. P. (2014). A Sex-Positive Framework for Research on Adolescent Sexuality. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 455-469. doi.org/10.1177/1745691614535934

- Horne, S. et Zimmer-Gembeck, M. J. (2006). The Female Sexual Subjectivity Inventory: Development and Validation of a Multidimensional Inventory for Late Adolescents and Emerging Adults. *Psychology of Women Quarterly*, 30(2), 125-138. doi.org/10.1111/j.1471-6402.2006.00276.x
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3.2), 1215-1228. doi.org/10.2466/pr0.1976.39.3f.1215
- Institut de la statistique du Québec. (2015, 8 décembre). *Taux d'interruption volontaire de grossesse, d'hystérectomie et de stérilisation par groupe d'âge, Québec, 1976-2014*. statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/taux-dinterruption-volontaire-de-grossesse-dhysterectomie-et-de-sterilisation-par-groupe-dage-quebec-1976-2014
- Institut de la statistique du Québec. (2020). *25 ans de l'ISQ*. <https://statistique.quebec.ca/fr/institut/notre-organisation/25ans#histoire>
- Institut de la statistique du Québec. (2022, 15 décembre). *Taux de fécondité selon le groupe d'âge de la mère, indice synthétique de fécondité et âge moyen à la maternité, Québec, 1951-2021*. statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/taux-de-fecondite-selon-le-groupe-dage-de-la-mere-indice-synthetic-de-fecondite-et-age-moyen-a-la-maternite-quebec
- Institut de la statistique du Québec. (s. d.). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017 (EQSJS). Questionnaire #2*. Gouvernement du Québec. statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017
- Julien, D. (2018). Santé mentale. Dans I. Traoré, D. Julien, H. Camirand, M.-C. Street et J. Flores, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. Tome 2 : L'adaptation sociale et la santé mentale des jeunes* (p. 135-163). Institut de la statistique du Québec. statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017
- Kaltiala-Heino, R., Kosunen, E. et Rimpelä, M. (2003). Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of Adolescence*, 26(5), 531-545. [doi.org/10.1016/s0140-1971\(03\)00053-8](https://doi.org/10.1016/s0140-1971(03)00053-8)
- Kar, S. K., Choudhury, A. et Singh, A. P. (2015). Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 8(2), 70-74. doi.org/10.4103/0974-1208.158594
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *The American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395-402. doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95. doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95

- Keyes, C. L. M., Eisenberg, D., Perry, G. S., Dube, S. R., Kroenke, K. et Dhingra, S. S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American college health: J of ACH*, 60(2), 126-133. doi.org/10.1080/07448481.2011.608393
- Kosunen, E., Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M. et Laippala, P. (2003). Risk-taking sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence--a school-based survey. *Child: Care, Health and Development*, 29(5), 337-344. doi.org/10.1046/j.1365-2214.2003.00357.x
- Kotchick, B. A., Shaffer, A., Forehand, R. et Miller, K. S. (2001). Adolescent sexual risk behavior: a multi-system perspective. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 493-519. [doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00070-7](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00070-7)
- Kraus, C. (2000). La bicatégorisation par sexe à l'épreuve de la science. Dans D. Gardey et I. Löwy (dir.), *L'invention du naturel* (p. 187-213). Éditions des archives contemporaines.
- Laguë, J. et Lamarre, G. (2000). Détresse psychologique. Dans C. Bellerose (dir.), *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens. Résultats des sondages SOM* (p. 165-173). Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/67538
- Lamb, S. (2010). Feminist Ideals for a Healthy Female Adolescent Sexuality: A Critique. *Sex Roles*, 62(5), 294-306. doi.org/10.1007/s11199-009-9698-1
- Lamb, S. et Peterson, Z. D. (2012). Adolescent Girls' Sexual Empowerment: Two Feminists Explore the Concept. *Sex Roles*, 66(11), 703-712. doi.org/10.1007/s11199-011-9995-3
- Lambert, G., Mathieu-C., S., Goggin, P. et Maurais, É. (2017). *Étude PIXEL – Portrait de la santé sexuelle des jeunes adultes au Québec* [Rapport]. Institut national de santé publique du Québec. www.inspq.qc.ca/publications/2307
- Landry, M., Brunelle, N., Tremblay, J. et Desjardins, L. (2005). L'utilisation de la DEP-ADO dans l'intervention et les enquêtes : questions éthiques et méthodologiques. *RISQ-INFO*, 13(1), 3-5. oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=4242&owa_no_fiche=188&owa_bottin=
- Le Breton, D. (2007). Difficile entrée dans la vie. Dans *En souffrance* (p. 27-60). Éditions Métailié. www.cairn.info/en-souffrance--9782864246305-p-27.htm
- Légaré, G., Lebeau, A., Boyer, R. et St-Laurent, D. (1995). Santé mentale. Dans C. Bellerose, C. Lavallée, L. Chénard et M. Levasseur (dir.), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1* (p. 217-255). Santé Québec. statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-sociale-et-de-sante-1992-1993
- Légaré, G., Préville, M., Massé, R., Poulin, C., St-Laurent, D. et Boyer, R. (2001). Santé mentale. Dans C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche et F. Lapointe (dir.), *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition* (p. 333-353). Institut de la statistique du Québec. statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-sociale-et-de-sante-1998

- Levin, R. J. (2007). Sexual activity, health and well-being – the beneficial roles of coitus and masturbation. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 135-148. doi.org/10.1080/14681990601149197
- Lindberg, L. D., Scott, R. H., Desai, S. et Pleasure, Z. H. (2021). Comparability of estimates and trends in adolescent sexual and contraceptive behaviors from two national surveys: National Survey of Family Growth and the Youth Risk Behavior Survey. *PLOS ONE*, 16(7), e0253262. doi.org/10.1371/journal.pone.0253262
- London-Nadeau, K., Rioux, C., Parent, S., Vitaro, F., Côté, S. M., Boivin, M., Tremblay, R. E., Séguin, J. R. et Castellanos-Ryan, N. (2021). Longitudinal associations of cannabis, depression, and anxiety in heterosexual and LGB adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 130, 333-345. <https://doi.org/10.1037/abn0000542>
- Marschall-Lévesque, S., Castellanos-Ryan, N., Parent, S., Renaud, J., Vitaro, F., Boivin, M., Tremblay, R. E. et Séguin, J. R. (2017). Victimization, Suicidal Ideation, and Alcohol Use From Age 13 to 15 Years: Support for the Self-Medication Model. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 60(4), 380-387. doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.019
- Meier, A. M. (2007). Adolescent First Sex and Subsequent Mental Health. *American Journal of Sociology*, 112(6), 1811-1847. doi.org/10.1086/512708
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018a, 19 février). *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec. Taux de grossesse à l'adolescence*. Gouvernement du Québec. www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/taux-de-grossesse-a-ladolescence/
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018b, 19 février). *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec. Taux d'interruption volontaire de grossesse*. www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/taux-dinterruption-volontaire-de-grossesse/
- Monahan, K. C. et Lee, J. M. (2008). Adolescent Sexual Activity: Links Between Relational Context and Depressive Symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(8), 917-927. doi.org/10.1007/s10964-007-9256-5
- Moore, S. M. et Rosenthal, D. A. (2006). *Sexuality in Adolescence : Current Trends* (2^e éd.). Taylor & Francis Group.
- Oakes, J. M. et Rossi, P. H. (2003). The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach. *Social Science & Medicine*, 56(4), 769-784. [doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00073-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00073-4)
- Organisation mondiale de la Santé. (2021, 17 novembre). *Santé mentale des adolescents*. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health
- Organisation mondiale de la Santé. (2022, 17 juillet). *Santé mentale : renforcer notre action*. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

- Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J. et Jayaraman, G. (2017). Mesurer la santé mentale positive au Canada : validation des concepts du Continuum de santé mentale – Questionnaire abrégé. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 34(4), 133-141. doi.org/10.24095/hpcdp.37.4.03f
- Patalay, P. et Gage, S. H. (2019). Changes in millennial adolescent mental health and health-related behaviours over 10 years: a population cohort comparison study. *International Journal of Epidemiology*, 1650-1664. doi.org/10.1093/ije/dyz006
- Perrault, C., Légaré, G. et Boyer, R. (1988). Santé mentale. Dans A. Émond (dir.), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987 : tome 1* (p. 123-149). Ministère de la Santé et des Services sociaux. statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-sante-quebec-1987
- Perret, L. C., Orri, M., Boivin, M., Ouellet-Morin, I., Denault, A.-S., Côté, S. M., Tremblay, R. E., Renaud, J., Turecki, G. et Geoffroy, M.-C. (2020). Cybervictimization in adolescence and its association with subsequent suicidal ideation/attempt beyond face-to-face victimization: a longitudinal population-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(8), 866-874. doi.org/10.1111/jcpp.13158
- Plante, N. et Courtemanche, R. (2018). Aspects méthodologiques. Dans *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. Tome 1 : Méthodologie de l'enquête et caractéristiques de la population visée* (p. 15-41). Institut de la statistique du Québec. statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017
- Plante, N., Courtemanche, R. et Berthelot, M. (2018). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. Tome 1 : Méthodologie de l'enquête et caractéristiques de la population visée*. Institut de la statistique du Québec. statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017
- Prévile, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C. et Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec* [Cahier de recherche]. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Rector, R. E., Johnson, K. A. et Noyes, L. R. (2003). *Sexually Active Teenagers Are More Likely To Be Depressed and To Attempt Suicide. A Report of the Heritage Center for Data Analysis* [Rapport]. Heritage Foundation. eric.ed.gov/?id=ED476392
- Richard, G. (2019). *Hétéro, l'école? Plaidoyer pour une éducation antioppressive à la sexualité* (Éditions du remue-ménage).
- Rossi, E., Poulin, F. et Boislard, M.-A. (2021). Sexual Trajectories During Adolescence and Adjustment in Emerging Adulthood. *Emerging Adulthood*, 9(4), 281-291. doi.org/10.1177/2167696819893550
- Rotermann, M. et McKay, A. (2020). Sexual behaviours, condom use and other contraceptive methods among 15- to 24-year-olds in Canada. *Health Reports*, 31(9). www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2020009/article/00001-eng.htm

- Russell, S. T. (2005). Conceptualizing positive adolescent sexuality development. *Sexuality Research and Social Policy*, 2(3), 4. doi.org/10.1525/srsp.2005.2.3.4
- Russell, S. T., van Campen, K. S. et Muraco, J. A. (2012). Sexuality Development in Adolescence. Dans L. Carpenter et J. DeLamater (dir.), *Sex for Life: From Virginity to Viagra, How Sexuality Changes Throughout Our Lives* (p. 70-87). NYU Press.
- Rust, K. et Rao, J. (1996). Variance estimation for complex surveys using replication techniques. *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 283-310. doi.org/10.1177/096228029600500305
- Sabia, J. J. (2006). Does early adolescent sex cause depressive symptoms? *Journal of Policy Analysis and Management*, 25(4), 803-825. doi.org/10.1002/pam.20209
- Savioja, H., Helminen, M., Fröjd, S., Marttunen, M. et Kaltiala-Heino, R. (2018). Adolescent sexual behavior—family characteristics, parental involvement, and associated mental disorders. *International Journal of Sexual Health*, 30(3), 295-308. doi.org/10.1080/19317611.2018.1494077
- Schalet, A. (2004). Must We Fear Adolescent Sexuality? *Medscape General Medicine*, 6(4), 44.
- Schalet, A. T. (2011). Beyond Abstinence and Risk: A New Paradigm for Adolescent Sexual Health. *Women's Health Issues*, 21(3, Supplement), S5-S7. doi.org/10.1016/j.whi.2011.01.007
- Soller, B., Haynie, D. L. et Kuhlemeier, A. (2017). Sexual intercourse, romantic relationship inauthenticity, and adolescent mental health. *Social Science Research*, 64, 237-248. doi.org/10.1016/j.ssresearch.2016.10.002
- Spriggs, A. L. et Halpern, C. T. (2008). Sexual Debut Timing and Depressive Symptoms in Emerging Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(9), 1085-1096. doi.org/10.1007/s10964-008-9303-x
- Street, M.-C. (2018). Comportements sexuels et orientation sexuelle chez les élèves de 14 ans et plus. Dans I. Traoré, M.-C. Street, H. Camirand, D. Julien, K. Joubert et M. Berthelot, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. Tome 3 : La santé physique et les habitudes de vie des jeunes* (p. 263-297). Institut de la statistique du Québec. statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017
- Tolman, D. L. (1994). Doing Desire: Adolescent Girls' Struggles for/with Sexuality. *Gender & Society*, 8(3), 324-342. doi.org/10.1177/089124394008003003
- Tolman, D. L. (2002). Female Adolescent Sexuality: An Argument for a Developmental Perspective on the New View of Women's Sexual Problems. *Women & Therapy*, 24(1-2), 195-209. doi.org/10.1300/J015v24n01_21
- Tolman, D. L. et McClelland, S. I. (2011). Normative Sexuality Development in Adolescence: A Decade in Review, 2000–2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242-255. doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00726.x

- Tolman, D. L., Striepe, M. I. et Harmon, T. (2003). Gender matters: Constructing a model of adolescent sexual health. *The Journal of Sex Research*, 40(1), 4-12. doi.org/10.1080/00224490309552162
- Traoré, I. (2018). Consommation d'alcool et de drogues. Dans I. Traoré, M.-C. Street, H. Camirand, D. Julien, K. Joubert et M. Berthelot, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. Tome 3 : La santé physique et les habitudes de vie des jeunes*. Institut de la statistique du Québec. statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017
- Traoré, I., Camirand, H. et Flores, J. (2018a). Violence. Dans I. Traoré, D. Julien, H. Camirand, M.-C. Street et J. Flores, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. Tome 2 : L'adaptation sociale et la santé mentale des jeunes* (p. 97-134). Institut de la statistique du Québec. statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017
- Traoré, I., Dumitru, V. et Dupont, K. (2018b). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Cahier technique : Livre de codes et définition des indices (Fichier maître)*. Institut de la statistique du Québec. statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017
- Traoré, I., Julien, D., Camirand, H., Street, M.-C. et Flores, J. (2018c). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. Tome 2 : L'adaptation sociale et la santé mentale des jeunes*. Institut de la statistique du Québec. statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017
- van Vliet, M., de Kleijn, M., van den Brekel-Dijkstra, K., Huijts, T., van Hogen-Koster, S., Jung, H. P. et Huber, M. (2024). Rapid Review on the Concept of Positive Health and Its Implementation in Practice. *Healthcare*, 12(6), 671. doi.org/10.3390/healthcare12060671
- Vashishtha, R., Pennay, A., Dietze, P. M. et Livingston, M. (2021). Trends in adolescent alcohol and other risky health- and school-related behaviours and outcomes in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 40(6), 1071-1082. doi.org/10.1111/dar.13269
- Vasilenko, S. A. (2017). Age-varying associations between nonmarital sexual behavior and depressive symptoms across adolescence and young adulthood. *Developmental Psychology*, 53(2), 366.
- Vasilenko, S. A., Lefkowitz, E. S. et Welsh, D. P. (2014). Is Sexual Behavior Healthy for Adolescents? A Conceptual Framework for Research on Adolescent Sexual Behavior and Physical, Mental, and Social Health. *New Directions for Child and Adolescent Development*, (144), 3-19. doi.org/10.1002/cad.20057
- Vrangalova, Z. et Savin-Williams, R. C. (2011). Adolescent Sexuality and Positive Well-Being: A Group-Norms Approach. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(8), 931-944. doi.org/10.1007/s10964-011-9629-7
- Welles, C. E. (2005). Breaking the Silence Surrounding Female Adolescent Sexual Desire. *Women & Therapy*, 28(2), 31-45. doi.org/10.1300/J015v28n02_03

- Welsh, D. P., Haugen, P. T., Widman, L., Darling, N. et Grello, C. M. (2005). Kissing is good: A developmental investigation of sexuality in adolescent romantic couples. *Sexuality Research & Social Policy: A Journal of the NSRC*, 2(4), 32-41. doi.org/10.1525/srsp.2005.2.4.32
- Williams, D. J., Thomas, J. N., Prior, E. E. et Walters, W. (2015). Introducing a Multidisciplinary Framework of Positive Sexuality. *Journal of Positive Sexuality*, 1, 6-12. doi.org/10.51681/1.112
- Xu, Y., Norton, S. et Rahman, Q. (2022). Adolescent Sexual Behavior Patterns, Mental Health, and Early Life Adversities in a British Birth Cohort. *The Journal of Sex Research*, 59(1), 1-12. doi.org/10.1080/00224499.2021.1959509