

# **Pratiques contraceptives et préventives face au sida parmi un groupe de cégépiens de Montréal : variations interethniques**

Joseph Josy Levy, Eleanor Maticka-Tyndale and Vivianne Annie Lew

Volume 5, Number 2, Fall 1992

Relations interethniques et pratiques sociales

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301173ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301173ar>

[See table of contents](#)

---

**Publisher(s)**

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

**ISSN**

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

---

**Cite this article**

Levy, J. J., Maticka-Tyndale, E. & Lew, V. A. (1992). Pratiques contraceptives et préventives face au sida parmi un groupe de cégépiens de Montréal : variations interethniques. *Nouvelles pratiques sociales*, 5(2), 24–35.  
<https://doi.org/10.7202/301173ar>

**Article abstract**

Parmi les problèmes auxquels les adolescents sont confrontés dans leur vie sexuelle, la contraception et le sida sont parmi les plus cruciaux. À partir d'une approche quantitative, cet article explore les variations ethnoculturelles dans ce domaine, parmi un groupe de cégépiens des deux sexes de Montréal et suggère des pistes d'intervention dans le champ des pratiques sociales.

❖ Pratiques contraceptives  
et préventives face  
au sida parmi un groupe  
de cégépiens  
de Montréal :  
variations interethniques

*Joseph J. LEVY*  
*Université du Québec à Montréal*

*Eleanor MATICKA-TYNDALE*  
*Foothills Hospital, Calgary*

*Viviane Annie LEW*  
*Hôpital Louis-H.-Lafontaine*

Parmi les problèmes auxquels les adolescents sont confrontés dans leur vie sexuelle, la contraception et le sida sont parmi les plus cruciaux. À partir d'une approche quantitative, cet article explore les variations ethnoculturelles dans ce domaine, parmi un groupe de cégépiens des deux sexes de Montréal et suggère des pistes d'intervention dans le champ des pratiques sociales.

Les facteurs complexes qui interviennent dans les configurations sexuelles adolescentes dépendent non seulement des conditions socioculturelles générales liées à la redéfinition des formes de contrôle social de la sexualité dans les sociétés postindustrialisées, mais aussi, à la présence de multiples sous-cultures qui font partie de plus en plus de la texture des sociétés contemporaines (Cortese, 1989). Ces variables interviennent significativement sur les niveaux de permissivité et les comportements sexuels (Reiss, 1967 ; Weinberg et Williams, 1988), la précocité de l'entrée dans l'activité coïtale (Zelnik et Kantner, 1980 ; Zelnik, Kantner et Ford, 1982 ; Padilla et O'Grady, 1987 ; DeAnda, Becerra et Fielder, 1988), la contraception (Smith, McGill et Wait, 1987 ; Reis, 1988 ; Reis et Hertz, 1989) ou les connaissances et les pratiques sécuritaires pour prévenir le sida et les MTS (Moore et Erickson, 1985 ; Baldwin et Baldwin, 1988 ; Shafer, 1988a, 1988b).

Au Québec, comme au Canada, malgré la multiplication des travaux sexologiques sur l'adolescence (Dupras, Lévy et Cohen, 1986 ; King *et al.*, 1988), peu de recherches ont été menées dans une optique transculturelle (voir Hobart, 1984), et ce, malgré les transformations significatives de la composition de sa population (Langlais, Laplante et Lévy, 1990). Dans cette perspective, cette recherche réalisée à Montréal avait pour objectif d'étudier les variations dans les scénarios des cégépiens des deux sexes et d'origines ethnoculturelles diverses quant aux attitudes et aux comportements sexuels, la contraception et le sida. Nous présenterons ici essentiellement les résultats concernant la contraception et les pratiques préventives concernant le sida, avant de proposer quelques pistes d'intervention.

## MÉTHODOLOGIE

### Les sujets

L'échantillon stratifié comprend des étudiants et étudiantes dont l'âge se situe entre 17 et 22 ans, provenant de trois cégeps anglophones et de quatre cégeps francophones de Montréal ; 866 questionnaires ont été auto-administrés et complétés dans cette étude effectuée à la fin de 1988 et au début de 1989. Un nombre suffisamment élevé de répondants et répondantes formaient sept groupes ethnoculturels distincts, en tout 707 sujets, nombre suffisant pour pouvoir faire une analyse quantitative. Les personnes d'origines grecque (37), haïtienne (63), italienne (106) et juive (45 anglophones et 27 francophones) ont été comparées à des sujets d'origines canadienne-française (257 sujets) et canadienne-anglaise (173 sujets). L'échantillon comprenait 58 % de femmes et 42 % d'hommes. Tous les scores ont été pondérés pour simuler une proportion égale d'hommes et de femmes dans chaque

groupe. Le nombre total des sujets a été maintenu à sa taille actuelle. Le Standard socio-économique (SES) n'a pas été utilisé dans cette recherche parce qu'aucune des mesures utilisées (l'éducation, l'emploi et le revenu) ne pouvaient être comparées entre les groupes à cause des disparités entre les pays d'origine.

### **Le questionnaire**

Le questionnaire, traduit de l'anglais au français, comprenait des questions sur un ensemble de dimensions portant sur la sexualité, la contraception et les pratiques préventives face au sida (Maticka-Tyndale et Lévy, 1992). L'expérience sexuelle a été mesurée grâce à l'échelle de DeLamater et MacCorquodale (1979). Les questions sur la contraception étaient les mêmes que celles utilisées par Bicher et Maticka-Tyndale (1985, 1986) dans une étude précédente. Deux études ont fourni des lignes directrices dans cette recherche sur les aspects touchant le sida : celle de Joseph *et al.* (1987) et celle de DiClemente, Zom et Temoshok (1987). Toutes les mesures ont été testées pour connaître leur fiabilité et leur validité (Maticka-Tyndale et Lévy, 1992). La consistance interne a été mesurée par l'alpha de Cronbach et toutes les échelles ont une bonne cohérence interne. L'analyse statistique comprenait l'analyse de variance (ANOVA) avec l'utilisation du test de Duncan pour dégager les différences significatives entre les groupes, les t-test et le chi-carré selon le cas. Le coefficient de contingence a été employé comme mesure d'association des données catégoriques.

## **RÉSULTATS**

### **Activités sexuelles**

Les groupes ethniques ont un score d'activités sexuelles significativement différent, ce qui peut avoir des répercussions sur les pratiques contraceptives et les risques de contracter le sida ( $F(6,707) = 18,5, p < 0,001$ ). Le groupe grec a le score le plus bas ( $M = 3,5$  sur 9) et diffère de tous les autres groupes, tout comme le groupe canadien-français qui s'avère le plus actif sexuellement ( $M = 7,2$ ). Le groupe canadien-anglais ( $M = 6,4$ ), quant à lui, diffère significativement des ensembles italien ( $M = 5,1$ ) et juif anglophone qui ( $M = 5,4$ ) rapportent un score d'activités sexuelles plus bas. Ni le sexe ni l'âge ne sont significatifs. À part le groupe italien où il existe une différence significative selon le sexe (les hommes étant plus actifs), aucune autre différence n'apparaît intraethniquement.

La fréquence des relations sexuelles est aussi dépendante du groupe ethnoculturel. Elle est la plus élevée (1 à 2 fois par semaine) dans les groupes canadien-français, anglais et juif anglophone et la plus faible parmi les groupes juif francophone et haïtien. Par contre, les variations dans le nombre de partenaires ne sont pas significatives. Ces données indiquent que les scénarios sexuels obéissent pour certaines dimensions à des configurations différentes, ce que l'on retrouve aussi au plan de la contraception.

### **Pratiques contraceptives**

Deux aspects essentiels seront ici traités, soit l'efficacité et la régularité. Le niveau d'efficacité (qui va de l'absence de moyen contraceptif à l'emploi de contraceptifs oraux ou une combinaison de mousse et du diaphragme) varie selon le groupe ethnoculturel ( $F(5,401) = 6,6$ ,  $p < 0,0001$ ). Les groupes juif francophone ( $M = 3,6$  sur 4) et canadien-français ( $M = 3,5$ ) ont le score le plus élevé d'efficacité contraceptive alors que les Haïtiens ont le score le plus bas ( $M = 2,4$ ). Ils diffèrent d'ailleurs significativement des groupes canadien-français et anglais ( $M = 3,38$ ), juif anglophone ( $M = 3,17$ ) et italien ( $M = 2,91$ ). Ce dernier groupe révèle aussi une efficacité contraceptive moins grande que les Canadiens français et anglais. La régularité de l'utilisation des contraceptifs (de jamais à toujours) au cours des six derniers mois est aussi modulée selon le groupe d'appartenance ( $F(5,401) = 7,1105$ ,  $p < 0,0001$ ). L'ensemble canadien-français détient le score de régularité le plus élevé ( $M = 3,21$  sur 4), suivi du groupe juif francophone ( $M = 3,15$ ) alors que le score le plus faible – et il se distingue de tous les autres groupes – se retrouve dans le groupe haïtien ( $M = 1,97$ ). En général, la régularité de l'utilisation coïncide avec l'efficacité des méthodes utilisées. Parmi les groupes qui ont le score d'efficacité le plus haut et la plus grande proportion d'utilisateurs de contraceptifs oraux, la régularité est la plus forte. Il existe aussi une différence significative reliée au sexe en ce qui concerne l'efficacité dans le groupe canadien-anglais, et parmi le groupe canadien-français sous le rapport de la régularité. Dans les deux cas, les femmes ont des scores plus élevés que les hommes.

### **Pratiques préventives concernant le sida**

Les probabilités de diffusion du VIH parmi les adolescents nécessitent l'évaluation de leurs connaissances et de leurs pratiques préventives. Le pourcentage moyen des connaissances est élevé (83 %) et la seule différence significative apparaît entre le groupe italien qui a la moyenne la plus basse, et les autres groupes. Il n'y a pas de différences significatives entre les scores des femmes et des hommes. Cependant, ces connaissances ne se concrétisent

pas, la plupart du temps, dans des comportements préventifs. La peur et la perception de la susceptibilité face au sida ne diffèrent pas selon les groupes. Les hommes haïtiens pensent cependant courir davantage le risque d'attraper le VIH que les femmes haïtiennes (Coefficient de contingence = 0,35 ;  $p < 0,01$ ), ce qui coïncide chez les hommes à une vie coïtale plus précoce et à des relations sexuelles avec un plus grand nombre de partenaires que chez les femmes de ce groupe.

La plupart des sujets ont évalué les risques qu'ils couraient d'être contaminés comme faibles ou nuls et personne n'a choisi la valeur maximale. L'absence de différences significatives entre les sujets sexuellement actifs ou non semble démontrer que les étudiants ne pensent pas qu'ils sont à risque à cause de leurs activités sexuelles.

Plusieurs des questions ont aussi tenté de cerner les changements subjectifs dans le comportement sexuel en réaction au sida : les répondantes et les répondants ont-ils des pratiques sécuritaires ? Leurs habitudes sexuelles ont-elles changé ? L'emploi de préservatifs s'est-il généralisé ? Le pourcentage des sujets sexuellement actifs qui disent avoir des pratiques sécuritaires diffère significativement selon les groupes ( $X^2 = 35,975$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,0001$ ) : il est de 78 % parmi les répondantes et répondants juifs francophones et de 22 % parmi le groupe haïtien. Ce groupe diffère de tous les autres groupes, à l'exception des ensembles grec et canadien-français. Ces derniers, à leur tour, diffèrent des groupes juifs et canadien-anglais. Les hommes haïtiens sont plus portés à avoir des relations sexuelles sécuritaires que les femmes, et c'est la seule différence intraethnique significative.

Le pourcentage de ceux qui sont sensibilisés aux relations sexuelles sécuritaires et qui ont participé à des programmes d'éducation sur le sida ne varie pas selon le sexe ou l'expérience coïtale. Par contre, des différences significatives apparaissent entre les groupes ethnoculturels ( $X^2 = 154,503$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,0001$ ). Une plus grande proportion de sujets canadiens-français (39 %) et haïtiens (38 %) déclarent avoir entendu parler du sexe sécuritaire. Ces pourcentages sont plus élevés dans les groupes canadien-anglais (88 %), grec (87 %) juif anglophone (87 %), juif francophone (74 %) et italien (71 %). Parmi les répondants et les répondantes sexuellement actifs, les réponses à la question sur les changements dans les pratiques sexuelles peuvent être regroupées en trois catégories. Le groupe juif anglophone (parmi lequel 68 % ne rapportent pas de changements) et francophone (parmi lequel 20 % ne signalent pas de changements) forment les deux extrêmes du continuum. Les autres groupes se situent entre ces deux pôles : 47 % des Canadiens français, 44 % des Canadiens anglais, 36 % des Haïtiens et 34 % des Italiens disent ne pas avoir modifié leurs pratiques sexuelles. Les femmes rapportent significativement moins de changements que les hommes parmi les groupes juif anglophone, haïtien et italien.

Cependant, si l'on mesure le degré effectif de protection contre le sida en tenant compte de l'indice le plus sûr, soit l'emploi du préservatif lors des relations coïtales ou anales, il apparaît que les pratiques sécuritaires ne sont pas encore bien établies, même si elles varient selon les groupes ( $F(6,415) = 2,8028$ ,  $p < 0,0110$ ). Le score est le plus faible dans le groupe haïtien ( $M = 0,72$  sur 4) et il diffère de celui de tous les groupes, à l'exception de celui du groupe canadien-français ( $M = 1,30$ ). Le score le plus élevé ( $M = 2$  sur 4) se retrouve dans l'ensemble juif anglophone et il diffère de celui du groupe canadien-français et juif francophone ( $M = 1,30$ ). Cette configuration se retrouve dans le cas des répondantes et répondants italiens ( $M = 1,4$ ). Des différences reliées au sexe n'apparaissent que dans le groupe juif francophone où les femmes utilisent beaucoup moins le préservatif que les hommes.

## DISCUSSION

Ces résultats indiquent qu'il existe une variation ethnoculturelle, tant au plan de l'activité sexuelle que de la contraception et des risques de contracter le sida. Ils révèlent que la vague de libéralisation sexuelle rapportée par de nombreux observateurs de la société québécoise n'a pas été uniforme, mais qu'elle a rencontré des résistances ethnoculturelles qui ont atténué l'ampleur des activités sexuelles, en particulier dans les groupes méditerranéens.

On note aussi un modèle distinct d'utilisation des contraceptifs au point de vue de l'efficacité et de la régularité. Les groupes qui emploient les méthodes les moins efficaces sont aussi ceux qui utilisent les contraceptifs les moins régulièrement, complexifiant le problème de la prévention des grossesses. Par contre, ceux qui utilisent les méthodes les plus efficaces sont aussi protégés par une plus grande régularité d'utilisation. Ces configurations ne sont pas surprenantes, étant donné que la méthode la plus efficace et utilisée le plus communément est la contraception orale. C'est aussi l'une des méthodes les plus faciles à utiliser régulièrement, alors que celles qui sont moins efficaces exigent des manipulations lors des relations sexuelles et sont donc utilisées plus irrégulièrement.

Ces tendances influent cependant sur les risques de contracter le sida, dans la mesure où le recours à la pilule, le contraceptif le plus efficace, peut entraîner une résistance à l'emploi du préservatif comme protection contre les MTS et le sida. Malgré le taux élevé de connaissances, les pratiques sécuritaires sont loin d'être généralisées. De plus, les variations dans les taux d'activité coïtale selon les groupes ne s'accompagnent pas d'une perception des risques concomitante quant à la susceptibilité face au VIH et la peur de l'attraper. Du point de vue des modèles de croyances relatives à la santé (*Health Belief Model* de Becker, 1974), les faibles niveaux d'évaluation de la

susceptibilité et de la peur ne motivent pas à réduire les risques. La pratique du sexe sécuritaire ne semble pas toujours obéir à la distribution des activités coïtales. Finalement, et c'est peut-être le résultat le plus important, la régularité actuelle dans l'emploi du préservatif est faible. Comme l'a montré ailleurs Maticka-Tyndale pour la même population (1990, 1991), celui-ci est plus souvent codifié comme un contraceptif que comme un moyen de prévenir la transmission du VIH. Ces programmes doivent donc améliorer l'utilisation des préservatifs dans le contexte des activités de groupes d'amis, valider leur emploi dans le cadre du sexe sécuritaire et potentiellement encourager l'ajournement de l'emploi des contraceptifs oraux au profit des préservatifs et ce, tant pour la contraception que pour la prévention des MTS.

Au plan des stratégies d'intervention, cette étude met en relief l'importance du champ des pratiques sexuelles dans la mise en place de pratiques contraceptives et préventives face au sida, ainsi que les répercussions que peuvent avoir les référents ethnoculturels dans la modulation des scénarios sexuels et de la prévention parmi les jeunes adultes. Ces résultats peuvent aider les intervenants dans le domaine de la santé et de la sexologie à mieux définir les objectifs des programmes d'intervention. Il conviendrait à cet égard de développer une double action en ce qui a trait à la contraception et à la protection contre les MTS et le sida. Il serait important de favoriser l'adoption d'une contraception efficace au sein des groupes qui n'ont pas encore intégré l'usage des contraceptifs, mais surtout de hâter la généralisation de l'emploi du préservatif comme moyen de prévention face aux risques de transmission du VIH. Les profils des groupes ethnoculturels montrent clairement que la perception des risques, les risques véritablement encourus et les principes du sexe sécuritaire ne sont pas toujours congruents avec les comportements sexuels, d'où l'importance de préciser les stratégies d'intervention en fonction des groupes cibles. La plupart des intervenants auprès des communautés ethnoculturelles (Gerald, 1988 ; Castro et Manoff, 1988 ; Matiella, 1988 ; Martin et Stroud, 1988 ; Mays, 1989 ; Aoki, Ngim, Mo et Ja 1989 ; Cochran, 1989) insistent à ce sujet non seulement sur la diversité des réponses et des résistances aux modifications des comportements sexuels, mais aussi sur les variations internes sur le plan socio-économique qui influencent les comportements, tout comme les scénarios liés au sexe. Des études plus précises sur ces dimensions sont donc souhaitables.

Les contraintes ethnoculturelles déterminent aussi les stratégies d'intervention adaptées à la spécificité de chacun des groupes, spécificité qui doit se refléter dans les programmes proposés. Ceux-ci n'ont pas simplement à reproduire ou à traduire les objectifs et le contenu appliqués aux groupes dominants, mais ils doivent surtout développer des approches originales (Matiella, 1988) qui tiennent compte des processus de communication propres à chaque groupe ethnoculturel. Ainsi, une recherche sur le contenu des



échanges de groupes de discussion (*focus groups*) composés de représentants de minorités ethniques américaines a montré que

[...] les méthodes traditionnelles de communication ne sont pas efficaces et qu'une information et des stratégies culturellement spécifiques augmenteraient possiblement l'impact des messages à caractère préventif face au VIH. L'analyse des discussions a aussi révélé que les stratégies efficaces avec un groupe ne le sont pas avec d'autres (Wallace et Lasker, 1991 : 306).

Dans cette perspective, on peut supposer que l'intervention des personnes-ressources, originaires des groupes ethnoculturels ciblés, peut aider à mieux prendre en compte les différentes sensibilités. Les personnes-ressources sont les mieux placées en ce qui a trait à la compréhension des nuances langagières et des normes culturelles qui doivent être prises en considération dans la transmission de l'information nécessaire à la transformation des comportements à risque. De plus, il est essentiel d'associer les groupes cibles dans la planification, l'opérationnalisation des programmes et des messages spécifiques à transmettre. Selon Flora et Thoresen (1989), les approches d'intervention relatives à la contraception et au sida ne pourront réussir à long terme que si une approche systémique est favorisée, c'est-à-dire une approche synergique qui tient compte à la fois des niveaux individuels, des réseaux sociaux personnels (famille et groupe de pairs) et des institutions socioculturelles (école, organismes communautaires, etc.).

L'évaluation des programmes qui ont encouragé la convergence des interventions à de multiples niveaux pour favoriser une contraception efficace a montré l'intérêt d'une telle approche (Vincent, Clearie et Schlucheter, 1987). Celle-ci doit se conjuguer à l'incorporation des habiletés socio-sexuelles, liées à l'apprentissage des modes de résistance aux pressions de conformité sociale exercées par les pairs qui, nous l'avons constaté ailleurs (Maticka-Tyndale et Lévy, 1992), jouent un rôle très important dans le modelage des attitudes et des comportements sexuels. Le recours au groupe de pairs et aux leaders naturels peut aider à influencer les comportements, comme ce fut le cas, par exemple, dans les programmes de réduction de la consommation de tabac parmi les adolescents. Cependant, là encore, les facteurs ethnoculturels peuvent intervenir et moduler les effets de ces programmes. Les différences entre les groupes quant à la dynamique des interactions entre les pairs, les pratiques contraceptives et les attitudes face concernant la sexualité devront donc être prises en considération si l'on veut améliorer la santé sexuelle des jeunes adultes.

## CONCLUSION

Les résultats de cette recherche exploratoire auprès de cégépiens montréalais montrent que leurs comportements sexuels, leurs pratiques contraceptives au plan de l'efficacité et de la régularité des méthodes, tout comme leurs réactions et leurs approches préventives face au sida, semblent être modulés par des contraintes d'ordre socioculturel. Il est donc important de dépasser une approche d'intervention sociosexuelle basée essentiellement sur le transfert d'une information préventive, pour favoriser une approche plus systématique qui nécessite le développement d'équipes multidisciplinaires. Dans ce domaine, beaucoup reste à faire si l'on veut assurer une expression moins problématique et plus responsable de la sexualité des jeunes adultes.

## Bibliographie

- AOKI, B., NGIN, C.P., MO, B., et D.Y. JA (1989). « AIDS Prevention Models in Asian-American Communities », dans Mays, V., ALBEE, G.W. et S.F. SCHNEIDER, *Primary Prevention of AIDS, Psychological Approaches*, Newbury Park, Sage Publications, 290-308.
- BALDWIN, J. et J. BALDWIN (1988). « Factors Affecting AIDS-Related Sexual Risk Taking Behavior Among College Students », *Journal of Social Research*, vol. 25, 181-196.
- BECKER, M. (éd.) (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Belief*, Health Education Monographs, vol. 2.
- BICHER, M. et E. TYNDALE (1985). *Sexual Revolution : Myth or Reality ?* Montréal, Vanier College Press, 37-41.
- BICHER, M. et E. TYNDALE (1986). « Adolescent Sexuality : Revolution ? » dans DUPRAS A., LÉVY, J. et H. COHEN, *Jeunesse et Sexualité*, Montréal, Éditions Iris, 37-54.
- CASTRO, K.G. et S.B. MANOF (1988). « The Epidemiology of AIDS in Hispanic Adolescents », dans QUACKENBUSH, M., NELSON, M. et K. CLARK, *The AIDS Challenge. Prevention Education for Young People*, Santa Cruz, Network Publications, 321-333.
- COCHRAN, S.D. (1989). « Women and HIV Infection : Issues in Prevention and Behavior Change », in MAYS, V., ALBEE, G.W. et S.F. SCHNEIDER, *Primary Prevention of AIDS, Psychological Approaches*, Newbury Park, Sage Publications, 309-327.
- CORTESE, A. (1989). « Subcultural Differences in Human Sexuality : Race, Ethnicity and Social Class », dans MCKINNEY, K. et S. SPECHER, *Human Sexuality, the Societal and Interpersonal Context*, Norwood, Ablex Publishing Corporation, 63-90.
- DEANDA, D., BECERRA, R.M. et E.P. FIELDER (1988). « Sexuality, Pregnancy, and Motherhood Among Mexican-American Adolescents », *Journal of Adolescent Research*, vol. 3, 403-411.
- DELAMATER, J. et P. MACCORQUADALE (1979). *Premarital Sexuality : Attitudes, Relationships, Behavior*, Madison, Wisconsin, University of Wisconsin Press.

- DICLEMENTE, R., ZORN, J. et L. TEMOSHOK (1987). « Adolescents and Aids : Survey of Knowledge, Attitudes and Beliefs About AIDS in San Francisco », *American Journal of Public Health*, vol. 76, 1443-1445.
- DUPRAS, A., LÉVY, J. et H. COHEN (1986). *Jeunesse et sexualité*, Montréal, Éditions Iris.
- FLORA, J.A. et C. E. THORESEN (1989). « Components of a Comprehensive Strategy for Reducing the Risk of AIDS in Adolescents », dans MAYS, V., ALBEE, G.W. et S.F. SCHNEIDER, *Primary Prevention of AIDS, Psychological Approaches*, Newbury Park, Sage Publications, 374-389.
- HOBART, C.W. (1984). « Changing Profession and Practice of Sexual Standards : A Study of Young Anglophone and Francophone Canadians », *Journal of Comparative Family Studies*, vol. 15, 231-255.
- JOSEPH, J. et al. (1987). « Perceived Risk of Aids : Assessing the Behavioral and Psychosocial Consequences in a Cohort of Gay Men », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 17, 231-250.
- KING, A.J.C., BEAZLEY, R.P., ARREN, W.K., HANKINS, C.A., ROBERTSON, A.S. et J.L. RADFORD (1988). *Canada Youth and AIDS Study*, Kingston, Queen's University.
- LANGLAIS, J., LAPLANTE, P. et J. LÉVY (1990). *Le Québec de demain et les communautés culturelles*, Montréal, Éditions du Méridien.
- MARTIN, R.M. et F. STROUD (1988). « Delivering Difficult Messages : AIDS Prevention and Black Youth », dans QUACKENBUSH, M., NELSON, M. et K. CLARK, *The AIDS Challenge. Prevention Education for Young People*, Santa Cruz, Network Publications, 345-360.
- MATICKA-TYNDALE, E. (1990). « I'm OK : Constructing Safe Sex Scripts », *SIECCAN Journal*, vol. 5, 12-25.
- MATICKA-TYNDALE, E. et J. LÉVY (1992). *Comportements sexuels, contraception et sida chez les jeunes adultes : variations ethnoculturelles*, Montréal, Éditions du Méridien.
- MATICKA-TYNDALE, E. (1991). « Sexual Scripts and AIDS Prevention : Variations in Adherence to Safer Sex Guidelines by Heterosexual Adolescents », *Journal of Sex Research*, vol. 25, 45-66.
- MATELLA, A.C. (1988). « Developing Innovative AIDS Prevention Programs for Latino Youth », dans QUACKENBUSH, M., NELSON, M. et K. CLARK, *The AIDS Challenge. Prevention Education for Young People*, Santa Cruz, Network Publications, 333-345.
- MAYS, V.M. (1989). « AIDS Prevention in Black Populations : Methods of a Safer Kind », dans MAYS, V., ALBEE, G.W. et S.F. SCHNEIDER, *Primary Prevention of AIDS, Psychological Approaches*, Newbury Park, Sage Publications, 264-279.
- MOORE, D.S. et P.I. ERIKSON (1985). « Age, Gender, and Ethnic Differences in Sexual and Contraceptive Knowledge, Attitudes and Behaviors », *Family and Community Health*, vol. 8, 38-51.
- PADILLA, E.R. et K.E. O'GRADY (1987). « Sexuality Among Mexican American : A Case of Sexual Stereotyping », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 52, 5-10.
- REIS, J. (1988). « Contraceptive Orientation in Young Inner-City Adolescents : A Discriminant Analysis », *Journal of Early Adolescence*, vol. 8, 157-168.

- REIS, J. et E. HERZ (1989). « An Examination of Young Adolescents' Knowledge and Attitude Toward Sexuality According to Perceived Contraception Responsibility », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 19, 231-250.
- REIS, I. (1967). *The Social Context of Premarital Sexual Permissiveness*, New York, Holt, Rinehart and Winston.
- SHAFFER, M.A. (1988a). « High Risk Behavior During Adolescence », dans SCHINAZI, R. et A.J. NAHMIAS, *AIDS in Children, Adolescents and Heterosexual Adults : An Interdisciplinary Approach to Prevention*, New York, Elsevier, 325-328.
- SHAFFER, M.A. (1988b). « The Problem of Sexually Transmitted Disease Education of Adolescents- A Current Review » dans SCHINAZI, R. et A.J. NAHMIAS, *AIDS in Children, Adolescents and Heterosexual Adults : An Interdisciplinary Approach to Prevention*, New York, Elsevier, 362-364.
- SMITH, P.B., MCGILL, L. et R.B. WAIT (1987). « Hispanic Adolescent Conception and Contraception : Profiles : A Comparison », *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 8, 352-355.
- WALLACE, B.M. et J.S. LASKER (1991). *AIDS Summary. A Practical Synopsis of the VIH International Conference*, San Francisco, Philadelphia Science Group.
- WEINBERG, M.S. et C.J. WILLIAMS (1988). « Black Sexuality : A Test of Two Theories », *Journal of Sex Research*, vol. 25, 197-218.
- ZELNIK, M. et J. KANTNER (1980). « Sexual Activity, Contraceptive Use, and Pregnancy Among Metropolitan Area Teenagers : 1971-1979 », *Family Planning Perspectives*, vol. 12, 230-237.
- ZELNIK, M., KANTNER, J. et K. FORD (1982). *Adolescent Pathways to Pregnancy*, Beverly Hills, Sage Publications.