L'INTERFÉRENCE CONTRACEPTIVE DANS LES RELATIONS INTIMES DES ADULTES ÉMERGENTS

CATHERINE ROUSSEAU

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme
de doctorat en santé des populations

École interdisciplinaire des sciences de la santé
Faculté des Sciences de la santé
Université d'Ottawa

© Catherine Rousseau, Ottawa, Canada, 2025

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ..... **VII**

LISTE DES FIGURES ..... **VIII**

LISTE DES ABRÉVIATIONS ..... **IX**

RÉSUMÉ ..... **X**

AVANT-PROPOS ..... **XII**

REMERCIEMENTS ..... **XIII**

CHAPITRE 1 – INTRODUCTION **1**

1.1 Problématisation 3

1.2 Objectifs de l'étude 5

1.2 Structure de la thèse 6

CHAPITRE 2 – REVUE DE LA LITTÉRATURE **8**

2.1 Situer l'interférence contraceptive 8

2.1.1 Croisements entre la coercition reproductive et l'interférence contraceptive *8*

2.1.2 Avancement des fondements conceptuels *11*

2.1.3 Opérationnalisation par l'entremise d'échelles de mesure *12*

2.1.4 Comportements associés à l'interférence contraceptive *13*

2.2 Interférence contraceptive dans les relations intimes des jeunes 18

2.3 Liens entre l'interférence contraceptive et la violence 19

2.4 Conséquences de l'interférence contraceptive 21

CHAPITRE 3 – REPÈRES THÉORIQUES **24**

3.1 Assises ontologique et épistémologique 24

3.2 Réfléchir l'interférence contraceptive à partir de perspectives féministes 26

3.2.1 Théorie des scripts sexuels *26*

3.2.2 Rapports de pouvoir basés sur le genre *28*

3.2.3 Contrôle coercitif *30*

3.3 Équité en santé sexuelle et reproductive 31

CHAPITRE 4 – MÉTHODOLOGIE **33**

4.1 Ancrages méthodologiques 33

4.1.1 Paradigme pragmatique et multiméthodes *33*

4.1.2 Approche exploratoire et interdisciplinaire *35*

4.2 PRATIQUE RÉFLEXIVE EN CONTEXTE DE RECHERCHE SENSIBLE 36
4.2.1 Réflexivité de la personne chercheure *36*
4.2.2 Émotions en recherche dans un contexte d'exposition répétée à des contenus de violence *38*
4.2.3 Mise en place d'une pratique réflexive *40*
4.2.4 Le cœur à l'ouvrage : un groupe à soi pour l'exercice réflexif *42*
4.3 VOLET QUALITATIF 43
4.3.1 Échantillonnage *43*
4.3.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion 44
4.3.1.2 Recrutement 45
4.3.2 Collecte de données *46*
4.3.2.1 Guide d'entretien individuel semi-dirigé et questionnaire sociodémographique 47
4.3.2.2 Procédures 48
4.3.2.3 Déroulement des entretiens individuels 49
4.3.3 Analyses qualitatives *50*
4.3.3.1 Préparation des données qualitatives, codification et création de matrices 51
4.3.3.2 Analyse narrative de l'article 1 52
4.3.3.3 Analyse thématique réflexive de l'article 2 53
4.4 VOLET QUANTITATIF 53
4.4.1 Développement de l'instrument de mesure portant sur l'interférence contraceptive *53*
4.4.2 Échantillonnage *54*
4.4.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion 54
4.4.2.2 Recrutement 54
4.4.3 Collecte de données *55*
4.4.3.1 Questionnaire en ligne 55
4.4.3.2 Procédures 56
4.4.4 Analyses quantitatives de l'article 3 ..... *56*
4.4.4.1 Analyse factorielle exploratoire 56
4.4.4.2 Analyses descriptives 57
4.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES DU TRAVAIL DE RECHERCHE SUR LA VIOLENCE 57

CHAPITRE 5 – ARTICLE 1 61

5.1 INTRODUCTION 63
5.1.1 Defining Contraceptive Interference: Addressing Conceptual Ambiguities and Overlaps *63*
5.1.2 Contexts and Occurrences of Contraceptive Interference in Intimate Relationships *71*
5.1.3 Objectives *72*
5.2 METHOD 72
5.2.1 Recruitment *72*
5.2.2 Data collection *73*
5.2.3 Ethics *74*

5.2.4 Data analysis ... *75*
5.3 RESULTS ... 77
5.3.1 Metanarrative 1: Not being heard: the partner is carefree and disengaging (n = 6) ... *78*
5.3.2 Metanarrative 2: Not being considered: the partner is entitled and imposing (n = 12) ... *80*
5.3.3 Metanarrative 3. Being trapped: the partner is coercive and restraining (n = 3) ... *83*
5.4 DISCUSSION ... 87
5.4.1 Limitations ... *89*
5.4.2 Practical implications ... *91*
5.4.3 Future research ... *91*
CHAPITRE 6 – ARTICLE 2 ... 99
6.1 INTRODUCTION ... 101
6.1.1 Gender power imbalances in youth's intimate relationships ... *102*
6.1.2 Emotion work ... *102*
6.2 METHODOLOGY ... 103
6.2.1 Procedure ... *103*
6.2.2 Data generation ... *104*
6.2.3 Data analysis ... *105*
6.3 RESULTS ... 106
6.3.1 Sociodemographic and Relational Characteristics of Participants ... *106*
6.3.2 Overview of Contraceptive Interference Forms ... *107*
6.3.2.1 Condom use ... 111
6.3.2.2 Birth control pills and emergency oral contraception ... 111
6.3.2.3 Intrauterine device (IUD) ... 112
6.3.2.4 Withdrawal before ejaculation ... 112
6.3.3 The Impacts of Contraceptive Interference ... *112*
6.3.3.1 Contraceptive Choices Eroded by Partner Constraints ... 112
6.3.3.2 Restricted Contraceptive Autonomy: Impacts on Sexual and Reproductive Health ... 114
6.3.3.3 Navigating Power Imbalances and (Dis)Trust in Intimate Relationships ... 116
6.3.3.4 Reclaiming Sexuality, Intimacy and Health ... 118
6.4 DISCUSSION ... 119
6.4.1 Limitations ... *121*
6.4.2 Implications for Practice ... *123*
6.5 CONCLUSION ... 123
CHAPITRE 7 – ARTICLE 3 ... 128
7.1 INTRODUCTION ... 130
7.1.1 Existing scales on reproductive coercion ... *130*
7.1.2 Present Study ... *132*

7.2 METHOD 132
7.2.1 Development of the measurement instrument *132*
7.2.2 Data collection procedures *133*
7.2.3 Measures *134*
7.2.4 Data Analysis *134*
7.3 RESULTS 135
7.3.1 Participants *135*
7.3.2 Exploratory factor analysis *137*
7.3.3 Prevalence of contraceptive interference *140*
7.4 DISCUSSION 142
7.4.1 Limitations and future research *144*
7.5 CONCLUSION 145

CHAPITRE 8 – DISCUSSION 153

8.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS 153
8.1.1 Manifestations d'interférence contraceptive et stratégies de contrôle associées *154*
8.1.2 Conséquences multiples de l'interférence contraceptive *156*
8.1.3 Échelle de mesure sur l'interférence contraceptive et prévalence *158*
8.2 INTÉGRATION DES RÉSULTATS QUALITATIFS ET QUANTITATIFS 159
8.2.1 Entre argumentation et négligence : un contexte relationnel sans autre forme explicite de coercition, où l'autonomie contraceptive est partiellement préservée *159*
8.2.2 Entre opposition et entitlement : exigences imposées fragilisant l'autonomie contraceptive *160*
8.2.3 Entre obstruction et coercition : autonomie contraceptive en péril dans un contexte de contrôle coercitif *161*
8.3 INTERFÉRENCE CONTRACEPTIVE AU PRISME DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ SEXUELLE 162
8.4 PISTES CONCEPTUELLES À APPROFONDIR 165
8.4.1 Intention de l'auteur des comportements d'IC *166*
8.4.2 Contexte relationnel *167*
8.5 PROPOSITION D'UNE DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DE L'INTERFÉRENCE CONTRACEPTIVE ET PROPHYLACTIQUE 168
8.6 FORCES ET LIMITES 169
8.7 IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE 173
8.8 IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE 175

CHAPITRE 9 – CONCLUSION 177

RÉFÉRENCES 179

ANNEXE A - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU VOLET QUALITATIF 216
ANNEXE B - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU VOLET QUANTITATIF 220

ANNEXE C - CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA 224
ANNEXE D - CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE DU CÉGEP DE SAINT-LAURENT 226
ANNEXE E - CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE DU CÉGEP MARIE-VICTORIN 227
ANNEXE F - CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE DU CÉGEP GÉRALD-GODIN 228
ANNEXE G - CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE DU CÉGEP AHUNTSIC 229
ANNEXE H - AFFICHE DE RECRUTEMENT DU VOLET QUALITATIF 230
ANNEXE I - AFFICHE DE RECRUTEMENT DU VOLET QUANTITATIF 231
ANNEXE J - QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE DU VOLET QUALITATIF 232
ANNEXE K - GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL QUALITATIF 235
ANNEXE L - QUESTIONNAIRE QUANTITATIF EN LIGNE 239

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1.1 APERÇU DES BUTS ET OBJECTIFS POUR CHACUN DES ARTICLES 5
TABLEAU 2.1 COMPORTEMENTS ASSOCIÉS À L'INTERFÉRENCE CONTRACEPTIVE 14
TABLEAU 4.1 MÉTHODE D'ANALYSE QUALITATIVE POUR CHAQUE ARTICLE 51
TABLE 5.1 SELECTED DEFINITIONS ON CONTRACEPTIVE INTERFERENCE AND BIRTH CONTROL SABOTAGE 65
TABLE 6.1 CITATIONS ILLUSTRATING FORMS OF CI ACCORDING TO CONTRACEPTIVE METHODS 108
TABLE 7.1 PARTICIPANTS CHARACTERISTICS 136
TABLE 7.2 EXPLORATORY FACTOR ANALYSIS OF THE CONTRACEPTIVE INTERFERENCE MEASURE 139
TABLE 7.3 PREVALENCE OF CONTRACEPTIVE INTERFERENCE BY FACTORIAL SOLUTION (N = 338) 140
TABLE 7.4 SUPPLEMENTARY MATERIAL. ORIGINAL 25-ITEM SCALE ON CONTRACEPTIVE INTERFERENCE AND ITEM REDUCTION PROCESS 151

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. DEVIS DU PROJET DE RECHERCHE DOCTORAL 35

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Abréviations	Significations
CALACS	Centre d'aide et de lutte aux agressions à caractère sexuel
CR	Coercition reproductive
IC	Interférence contraceptive
ITS	Infections transmissibles sexuellement
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPI	Violence entre partenaires intimes

RÉSUMÉ

L'autonomie contraceptive, qui renvoie aux conditions nécessaires pour qu'une personne puisse déterminer ses préférences en matière de contraception et soit en mesure de mettre en œuvre ses décisions, est une composante essentielle de la santé sexuelle et reproductive. Ces conditions sont notamment influencées par les déterminants sociaux de la santé sexuelle et reproductive, ainsi que les normes sociales qui traversent les relations intimes. Dans le contexte canadien, ces normes sociales impliquent, par exemple, de faire porter la responsabilité contraceptive principalement aux femmes et aux personnes d'autres identités de genre susceptibles de devenir enceint.es, ou de prioriser le plaisir sexuel masculin au détriment d'une sexualité sécuritaire. Dans cette perspective, un champ de recherche émergent explore les situations où, bien qu'une personne souhaite exercer son autonomie contraceptive, celle-ci est freinée ou empêchée par les comportements d'un partenaire intime. Ces situations renvoient à de l'interférence contraceptive, laquelle réfère à tout comportement visant à entraver l'usage souhaité d'une méthode de contraception ou d'une méthode barrière. Ce type de comportement peut se situer au croisement d'autres formes de violence, telles que la violence sexuelle, psychologique, émotionnelle, physique, ou encore le contrôle coercitif.

Cette thèse doctorale par articles s'appuie sur une étude qualitative et une étude quantitative pour documenter les situations d'interférence contraceptive rapportées par les jeunes femmes et les personnes trans et non binaires de 16 à 25 ans. L'objectif est de mieux comprendre les formes que prend l'interférence contraceptive dans les relations intimes, ses répercussions sur la santé, le bien-être et la sexualité, ainsi que sa prévalence. En adoptant des perspectives féministes et en s'intéressant à l'équité en santé sexuelle et reproductive, cette thèse explore comment l'autonomie contraceptive est compromise dans ces contextes.

Les résultats mettent en évidence une diversité de formes d'interférence contraceptive, allant de la résistance à l'usage du condom, en passant par la manipulation et le contrôle liés à l'usage, ou non, d'une méthode contraceptive ou prophylactique, jusqu'à l'imposition de relations sexuelles non protégées. Les conséquences rapportées sont significatives et peuvent perdurer après la fin de la relation intime. Celles-ci renvoient

à la perception de soi et des autres, au rapport à l'intimité et à la sexualité, ainsi qu'au bien-être mental. La majorité des jeunes ayant participé à l'enquête quantitative rapportent avoir vécu au moins un de ces comportements en relation intime.

Ces constats appellent à une reconnaissance accrue de l'interférence contraceptive dans les pratiques de prévention, de dépistage et d'intervention en santé sexuelle et reproductive. Ils soulignent également l'importance de poursuivre son exploration conceptuelle et empirique afin de mieux comprendre cette forme de violence spécifique.

AVANT-PROPOS

We are journeying, not arriving!
- Virginia Braun et Victoria Clarke (2019, p. 592)

sur l'importance, comme chercheure, de cultiver une curiosité, une humilité et une posture réflexive.

[Connecter] la volonté de savoir à la volonté de devenir.
- bell hooks (2019, p. 23)

sur la responsabilité, comme académicienne, de l'intégrité et de la transmission.

REMERCIEMENTS

Cette thèse a pris forme grâce à l'appui, à la générosité et à l'intelligence de plusieurs personnes que j'aimerais prendre le temps de remercier. Je remercie chaleureusement mon directeur de thèse, le professeur Simon Lapierre, pour son accompagnement et sa confiance au fil des années. C'est une grande chance d'avoir pu bénéficier de tes conseils et de tes expertises qui ont nourri mon cheminement intellectuel. Je tiens aussi à remercier sincèrement ma co-directrice de thèse, la professeure Sylvie Lévesque, pour son regard attentif et précis, sa rigueur et sa disponibilité. Ton apport à ma formation comme chercheure et enseignante est inestimable. Je n'aurais pu espérer une meilleure mentore.

Je souhaite témoigner ma gratitude envers les institutions qui m'ont offert un soutien financier me permettant d'accéder à de meilleures conditions matérielles pour la réalisation de cette thèse : les Fonds de recherche Société et Culture Québec (FRQSC), l'Université d'Ottawa et l'équipe Recherches appliquées et interdisciplinaires sur les violences intimes, familiales et structurelles (RAIV) de l'Université Laval.

Merci à Carole Boulebsol, pour la complicité intellectuelle, pour penser autrement, mieux, et sortir du cadre entendu. Je te remercie pour ta générosité, ton amitié et ton soutien sans faille, de tous les instants. Amour, humour et solidarité. Merci à Camille Joanisse, pour avoir traversé les terrains vagues du doctorat ensemble. Nos conversations, nos messages vocaux et nos nombreuses tomates partagées ont toujours su limiter mes égarements et me rassurer. Merci d'avoir été une complice idéale pendant ces cinq années.

Je remercie les membres du projet Le cœur à l'ouvrage : Lydia Risi, Juliette Chevet, Océane Corbin, Pascale Matecki, Véronica Gomes, Carole Boulebsol. Je ne compte plus les fois où j'ai été complètement captivée par vos partages sensibles, votre pensée articulée et votre détermination à repenser les manières d'être chercheure et de faire science dans les murs de l'université. Merci d'avoir fait du CAO un espace qui nous appartient et qui nous permet de prendre le temps de réfléchir, de déconstruire, puis de créer avec intégrité et cohérence la recherche réalisée par la relève. Ce projet n'aurait pas pu voir le jour sans

le précieux soutien financier du Réseau québécois en études féministes (RéQEF) et je tiens à les remercier sincèrement de la confiance accordée.

Le parcours doctoral donne heureusement lieu à des rencontres parfois fortuites, parfois évidentes, mais résolument marquantes. Je souhaite remercier mes collègues et ami.es pour leur camaraderie constante. Fred Dion, pour ton amitié et ton dévouement à ma compréhension des analyses statistiques – ce n'est que grâce à toi que mes commandes MPlus ont finalement fonctionné ou qu'il a été possible d'identifier le Heywood case! Juliette Chevet, Aurélie Milord et Zélie Chancogne, nos échanges ont toujours été un baume. Arianne Jean-Thorn, merci de m'avoir accompagné dans le chemin de la validation d'échelle de mesure. Ton calme et ta rigueur auront toujours su me rassurer. Chantale Lecours, merci pour les commentaires statistiques précis m'incitant à contenir mes réflexes qualitatifs. Claudia Ethier, merci pour l'aide offerte dans la transcription des entretiens individuels. Je remercie ma mentore à l'Université d'Ottawa, Dina Idriss-Wheeler, qui m'a accompagnée dès la première session du doctorat. Quelle chance d'avoir pu bénéficier de tes conseils et de ton soutien pendant toutes ces années et d'avoir pu échanger sur nos thèses respectives. Cela a été une grande inspiration.

Je remercie également mes ami.es, mes proches et ma famille: Marily, Maude, Antoine, Caroline, Élodie, Gabriel DG, Vanessa, Kaël, Anne-Julie, Anne-Sophie, Jonathan, Francis, Myriam, Audrey, Dimitri, Michael, Annie, Michel, Marc, Camille, Alexandre, Marie-Ève, Aisha, Guylaine, Carole, Stéphane, Gabriel R. Merci pour les soirées de fêtes, les discussions et les rires. Ces moments m'ont permis de poursuivre ce doctorat avec plus de sérénité en me rappelant régulièrement la chance que j'ai d'être entourée de tant d'amour et d'affection.

Merci à Vincent d'avoir fait de notre maison un lieu de calme, de joie et de rires quotidiens et d'en avoir fait mon plus grand refuge. Merci de nourrir mon cœur et d'en prendre soin depuis toutes ces années. Merci à Dal de me permettre d'aller prendre une marche par jour pour regarder le ciel et m'éclaircir les pensées. Merci à Lou d'être douce comme un lapin, d'avoir survécu à trois déménagements et à Dal.

Je termine en remerciant les personnes qui ont partagé leur histoire dans le cadre de cette thèse. Je remercie les 492 personnes qui ont participé au volet quantitatif. Vous avez contribué à une meilleure compréhension des situations d'interférence contraceptive

pouvant survenir dans le cadre de relations intimes. Je remercie sincèrement les 17 personnes participantes ayant pris part au volet qualitatif. Je salue votre force et votre détermination à construire un monde meilleur. Vous êtes plusieurs à avoir voulu nommer ces situations pour éviter qu'elles ne soient rencontrées par d'autres. Nos échanges m'ont grandement émue et je suis reconnaissante de la confiance que vous m'avez témoignée. J'espère faire honneur à votre parole avec l'écriture de cette thèse.

CHAPITRE 1 – INTRODUCTION

La santé sexuelle et reproductive est une dimension essentielle de la santé globale de chaque individu. Elle englobe les aspects physiques, sociaux, mentaux et politiques de la sexualité et des relations intimes (Organisation mondiale de la santé, 2025). La santé sexuelle comprend non seulement la prévention et le traitement des ITS, mais aussi l'expérience du désir et du plaisir sexuel, la communication optimale avec son, sa ou ses partenaires, ainsi que la confiance de pouvoir vivre des expériences sexuelles exemptes de violence (Mitchell et al., 2021). La santé reproductive, quant à elle, renvoie aux décisions en matière de contraception et de planification des naissances, aux soins liés aux menstruations (p. ex., l'accès à des produits menstruels), ainsi qu'aux services entourant l'avortement, la grossesse, l'accouchement et la périnatalité (Fonds des Nations Unies pour la population, 2022). Tant la santé sexuelle que la santé reproductive sont protégées par des droits selon lesquels chaque individu doit pouvoir vivre et exprimer librement sa sexualité, dans le respect d'autrui, et ce sans subir de discrimination, de coercition ou de violence (Organisation mondiale de la santé, 2025). Ces droits engagent également l'accès à de l'information et à des services de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive afin de permettre une prise de décision éclairée (Chambre des communes Canada, 2023).

La santé sexuelle et reproductive est étroitement liée à l'équité en santé. En effet, l'accès à la santé est influencé par l'autonomie corporelle et reproductive dont dispose une personne, ainsi que divers déterminants sociaux de la santé qui révèlent des inégalités structurelles entre les groupes sociaux (Dehlendorf et al., 2021). À titre d'exemple, les femmes noires, autochtones et racisées ont connu des préjudices historiques liés à des pratiques médicales malveillantes dans les milieux de soins ayant pu, à juste titre, éroder leur confiance envers ces institutions (Roberts, 1998; Stern, 2005). Des pratiques irrespectueuses sont aussi rapportées par les personnes trans et non binaires, alors qu'iels subissent de la discrimination au moment d'avoir recours à des soins en santé sexuelle et reproductive (Norris & Borneskog, 2022). Ces expériences contribuent à une réticence à consulter ces milieux, limitant l'accès équitable à des soins adaptés à leurs besoins. Les situations de sexisme, de racisme ou de transphobie engendrent des injustices épistémiques

et structurelles, les éloignant davantage de la santé (Chung, 2021). Ainsi, la santé sexuelle et reproductive ne peut être comprise indépendamment des influences sociales et structurelles qui la favorisent ou la freinent.

Les normes de genre s'imbriquent dans les relations intimes et peuvent également perpétuer des inégalités sociales de santé, notamment lorsque les femmes et les personnes susceptibles de devenir enceintes voient leur autonomie décisionnelle en matière de contraception restreinte par un partenaire intime (Ouahid et al., 2025). Ces normes contribuent à maintenir des inégalités entre les genres, dans un contexte social qui valorise notamment le plaisir sexuel des hommes au détriment de celui de leur partenaire (Gesselman et al., 2024; Wetzel & Sanchez, 2022), et qui fait reposer la responsabilité contraceptive sur les femmes et les personnes susceptibles de devenir enceintes (Kimport, 2018; Lévesque, Toupin, et al., 2024). Ces normes de genre, qui normalisent une domination masculine, peuvent également mener à des situations de VPI, incluant de violence sexuelle (Edwards et al., 2024). Cela empêche l'établissement d'une confiance et d'une mutualité entre les partenaires, qui sont des composantes essentielles à la santé sexuelle et reproductive en favorisant notamment le recours à une stratégie contraceptive commune (Fortenberry, 2019; Manão et al., 2024). Dehlendorf et ses collègues (2021) proposent en ce sens de centrer la notion d'équité pour comprendre les enjeux liés à la santé sexuelle et reproductive de façon à répondre aux besoins spécifiques des populations, à reconnaitre les préjudices historiques et actuels survenant dans les milieux de santé, à se pencher sur les causes des inégalités de santé sexuelle et reproductive et à honorer l'autonomie corporelle de toustes.

Dans cette thèse, je m'intéresse spécifiquement aux contextes qui se situent au croisement de la santé sexuelle et reproductive et des violences entre partenaires intimes. Dans la perspective où chaque individu détient le droit de déterminer la stratégie contraceptive ou prophylactique la mieux adaptée pour sa réalité, je me penche sur les situations où ces décisions sont fragilisées ou freinées par un partenaire intime. Je m'intéresse spécifiquement aux expériences rapportées par les jeunes femmes et les jeunes trans et non binaires, âgé.es entre 16 et 25 ans, ayant été en relation intime avec un homme. Les comportements commis par un partenaire intime qui auraient pour objectif ou comme

conséquence de nuire à l'autonomie contraceptive des jeunes sont compris sous le terme « *interférence contraceptive* » (IC).

L'IC renvoie à tout comportement visant à empêcher l'usage optimal et souhaité d'une méthode contraceptive ou prophylactique, qu'il s'agisse de la pilule contraceptive, du stérilet, du condom, des implants contraceptifs ou de toute autre méthode permettant d'assurer un contrôle sur sa santé sexuelle et reproductive (Featherstone et al., 2024). Ce phénomène est plus fréquemment rapporté dans le cadre de relations intimes, qu'elles soient romantiques (p. ex., couple) ou non (p. ex., fréquentation, rencontres sexuelles occasionnelles) (Grace et al., 2022; Katz & LaRose, 2018; Katz & Sutherland, 2020). Ces comportements menacent le maintien d'une santé sexuelle et reproductive en augmentant les risques d'ITS, de transmission du VIH et de grossesses non planifiées et non désirées (Boadle et al., 2020; Klein, 2014; Lévesque et al., 2020). En ce sens, l'IC compromet la capacité des personnes concernées à protéger leur santé sexuelle et reproductive selon leurs propres termes, en plus de contribuer à l'accroissement de déséquilibres de pouvoir au sein des relations intimes (Katz & LaRose, 2018).

1.1 Problématisation

L'IC est un phénomène émergent dans la littérature scientifique. Ce terme a fait une première apparition dans les travaux d'Ann M. Moore, de Lori Frohwirth et d'Elizabeth Miller (2010). Depuis, plusieurs équipes de recherche tentent de clarifier ses paramètres conceptuels et opérationnels afin de mieux documenter, et ainsi mieux comprendre, ces situations qui affectent directement l'autonomie contraceptive des personnes. Il y a une forte pertinence sociale et scientifique à poursuivre les travaux sur l'IC, notamment par le biais de méthodes mixtes. Des limites peuvent actuellement être identifiées dans la littérature scientifique, à commencer par l'absence d'échelle de mesure spécifique à l'IC, limitant la capacité à identifier la diversité de ses manifestations et à les mesurer adéquatement. D'autres limites sont observées quant à l'homogénéité des échantillons. Les personnes participantes sont majoritairement des personnes adultes, universitaires, cisgenres et hétérosexuelles (Bergmann & Stockman, 2015; Boadle et al., 2020; Bonar et al., 2019; Willie et al., 2021).

Mon projet de thèse a commencé à prendre forme alors que je travaillais au *Laboratoire de recherche sur la santé reproductive et les violences*, dirigé par la professeure Sylvie Lévesque (UQAM). Dans le cadre d'un projet de recherche sur la CR, nous avons été surprises de constater que plusieurs participantes rapportaient des gestes qui ne s'inscrivaient pas entièrement dans la définition de cette forme de violence. Ces situations s'apparentaient au sabotage contraceptif[1], tel que décrit dans la littérature, sans pourtant présenter d'intention manifeste visant à orienter la trajectoire reproductive. Dans la majorité des cas, ces expériences avaient eu lieu dans des contextes de rencontres sexuelles ponctuelles (p. ex., fréquentation ou relation d'un soir). Ce constat m'a donné envie de poursuivre l'exploration de ces expériences en me concentrant sur les relations intimes romantiques vécues par les jeunes. J'ai aussi choisi d'inscrire cette thèse dans une perspective de santé des populations, car je considère que ces enjeux sont alimentés par des contextes sociaux plus larges et ne peuvent se limiter à des dynamiques individuelles ou dyadiques. L'IC ne survient pas de manière fortuite : elle s'inscrit dans des structures sociales, politiques et culturelles qui ont des répercussions concrètes sur les individus et leur accès à la santé.

Par cette thèse, je souhaite contribuer à la production de connaissances sur l'IC de sorte à mieux comprendre ce phénomène qui survient dans les relations intimes et qui déstabilise l'autonomie contraceptive des personnes qui en subissent les comportements. Je m'intéresse particulièrement aux situations vécues par les adultes émergents, alors qu'il s'agit d'une période développementale charnière au cours de laquelle se construisent les premiers repères pour naviguer une relation intime, en plus de mener à des apprentissages pouvant influencer les relations intimes futures (Simpson et al., 2018). Plusieurs vivent ainsi leurs « premières fois » (Øverlien et al., 2020), tout en identifiant progressivement leurs besoins et leurs limites. Je souhaite mieux comprendre comment les jeunes interprètent et réagissent aux situations dans lesquelles un partenaire intime limite l'exercice de leur autonomie contraceptive, de même que les impacts que cela peut entrainer. Afin de répondre à certaines limites identifiées dans la littérature, cette thèse inclut toute personne avec un utérus, indépendamment de son identité de genre et de son

[1] Le sabotage contraceptif est une forme de coercition reproductive (CR), décrite dans le chapitre 2.

orientation sexuelle, ayant déjà été en relation intime avec un homme ou une personne assignée homme à la naissance.

1.2 Objectifs de l'étude

Le but de cette thèse est de mieux comprendre les façons dont est vécue l'IC à partir du point de vue des jeunes, et ce, par l'entremise d'une exploration empirique qualitative et quantitative. Plus précisément, cette étude doctorale en santé des populations vise à répondre aux questions de recherche suivantes :

- De quelles façons se manifeste l'IC dans les relations intimes des jeunes?
- Quelles sont les répercussions de l'IC sur la sexualité, l'intimité et la santé?
- Comment s'articulent les rapports de pouvoir basés sur le genre et la VPI dans les contextes d'IC?
- Comment l'IC affecte l'exercice de l'autonomie contraceptive au prisme de l'équité en santé sexuelle?

Ma thèse par articles comprend une étude qualitative (articles 1 et 2) et une étude quantitative (article 3) (voir Tableau 1.1). L'article 1 se concentre sur l'exploration des manifestations de l'IC et des stratégies de contrôle exercées par le partenaire intime, ayant pour conséquence de réduire l'autonomie contraceptive des jeunes. L'article 2 vise à comprendre comment l'IC et les rapports de pouvoir présents dans la relation intime affectent la sexualité, l'intimité et la santé des jeunes. L'article 3 propose une analyse factorielle exploratoire d'une échelle portant spécifiquement sur l'IC, développée à partir de la littérature et des données qualitatives de cette thèse, et les taux de prévalence associés aux différents comportements d'IC étudiés.

Tableau 1.1. Aperçu des buts et objectifs pour chacun des articles

Étude	Article	But	Objectifs
Qualitative	1	Comprendre comment l'IC se manifeste dans les relations intimes des jeunes, en s'intéressant à l'effet cumulatif, répétitif ou coercitif des comportements pouvant réduire l'autonomie contraceptive.	1) Identifier les manifestations de l'IC; 2) Explorer les stratégies de contrôle associées; 3) Documenter les effets de ces manifestations sur l'autonomie contraceptive.
Qualitative	2	Explorer comment les jeunes mobilisent le travail émotionnel pour naviguer les conséquences de l'IC dans la relation intime.	1) Documenter les impacts de l'IC sur la sexualité, l'intimité et la santé sexuelle et reproductive; 2) Examiner les rapports de pouvoir basés sur le genre et leur influence sur le travail émotionnel déployé.
Quantitative	3	Développer et évaluer une nouvelle échelle de mesure autorapportée sur l'IC, puis mesurer la prévalence des comportements d'IC auprès d'un échantillon de convenance.	1) Développer une échelle de mesure spécifique sur l'IC et explorer sa structure factorielle; 2) Mesurer la prévalence de l'IC à partir de l'échelle de mesure proposée.

1.2 Structure de la thèse

Cette thèse par articles est structurée en neuf chapitres. Ce présent chapitre vise à introduire la thèse, notamment par la démonstration de la problématique et des objectifs poursuivis. Le chapitre 2 propose une revue de la littérature sur l'IC, en explicitant les réflexions conceptuelles et opérationnelles qui accompagnent les efforts de définition du

phénomène. Les spécificités liées à la population ciblée, de même que les contextes de violence pouvant y être associés seront présentés. Le chapitre 3 présente les repères théoriques mobilisés, à savoir les assises ontologiques et épistémologiques, les perspectives féministes mobilisées et l'équité en santé sexuelle. Le chapitre 4 décrit les ancrages méthodologiques guidant les étapes de recherche associées aux volets qualitatif et quantitatif, ainsi que la réflexivité en contexte de recherche sensible. Le chapitre 5 renvoie au premier article, qui est une analyse narrative qualitative des formes d'IC vécues par les jeunes et des stratégies de contrôle associées. Le chapitre 6 présente le deuxième article, qui propose une analyse thématique réflexive des impacts de l'IC sur la sexualité, l'intimité et la santé des jeunes rencontrés. Le chapitre 7 est constitué du troisième article qui porte sur le développement d'une nouvelle échelle de mesure de l'IC et de sa structure factorielle. La prévalence de l'IC est également présentée dans cet article. Le chapitre 8 discute des résultats obtenus dans les trois articles et de leur apport dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et des violences basées sur le genre. Des pistes de recherche futures sont également proposées et les implications de ces résultats sur la pratique des intervenant.es et des clinicien.nes, des professionnel.les de la santé et des responsables des contenus d'éducation à la sexualité sont discutées. La thèse se termine avec une conclusion, constituant le chapitre 9.

CHAPITRE 2 – REVUE DE LA LITTÉRATURE

Cette section propose un tour d'horizon des connaissances actuelles sur l'interférence contraceptive (IC). Elle présentera d'abord les définitions conceptuelles et les mesures opérationnelles mobilisées afin de circonscrire ce phénomène. Les comportements d'IC seront ensuite situés dans le contexte relationnel, en tenant compte des rapports de pouvoir basés sur le genre qui les traversent et des liens avec d'autres formes de violence. Enfin, les conséquences de ces comportements seront discutées.

2.1 Situer l'interférence contraceptive

L'IC est un phénomène émergent dans la littérature scientifique. Bien que cet enjeu soit discuté depuis quelques années, sa compréhension, tant sur le plan conceptuel qu'empirique, demeure limitée. Cela s'explique en partie en raison de ses croisements avec le sabotage contraceptif, un concept apparenté renvoyant à la coercition reproductive (CR), ce qui limite l'exploration distincte de ces phénomènes. Cette sous-section aborde les croisements entre la CR et l'IC, examine les avancements conceptuels et opérationnels en cours, puis recense les comportements associés à l'IC.

2.1.1 Croisements entre la coercition reproductive et l'interférence contraceptive

La littérature scientifique documente une variété de comportements interférant avec l'usage souhaité de la contraception dans le cadre de relations intimes. Ces travaux se sont articulés autour de deux principaux axes de recherche qui se distinguent principalement selon l'intention perçue derrière les gestes subis, soit la coercition reproductive, impliquant une intention d'orienter la trajectoire reproductive de l'autre et l'interférence contraceptive, qui ne présente pas d'intention reproductive délibérée.

Le premier axe de recherche, qui est le mieux documenté dans la littérature, se concentre sur les comportements qui interfèrent avec l'usage souhaité de méthodes contraceptives avec l'intention explicite de provoquer une grossesse (Miller et al., 2010; Moulton et al., 2021). Ces comportements sont regroupés sous le concept de **coercition**

reproductive, dont trois ensembles de comportements peuvent être identifiés : 1) le sabotage contraceptif (rendre un contraceptif inefficace ou inaccessible afin de provoquer une grossesse), 2) les pressions liées à la grossesse (menaces et intimidation afin d'imposer une grossesse), et 3) le contrôle de l'issue de la grossesse (menaces et intimidation visant à imposer ou empêcher un avortement; violence physique visant à provoquer une fausse couche) (Grace & Anderson, 2018; Lévesque, Rousseau, Jean-Thorn, et al., 2023; Nikolajski et al., 2015). Dans un article paru en 2016, la professeure Sylvie Lévesque et moi avons réalisé une recension des écrits afin d'identifier les définitions et les manifestations associées à la CR, ainsi que les instruments de mesure disponibles (Lévesque & Rousseau, 2016). À notre connaissance, il s'agit du premier article francophone suggérant une proposition conceptuelle de la CR. En analysant 54 articles, nous avons proposé une typologie de la CR qui met de l'avant le caractère spécifique et délibéré de ces comportements, lesquels visent à orienter la trajectoire reproductive de la femme ou de la personne susceptible de devenir enceinte, contre son gré. Dans ces contextes, l'agentivité reproductive et les choix en matière de reproduction sont limités par autrui – le plus souvent un partenaire intime, mais parfois aussi un ou plusieurs membres de la famille, de la belle-famille, de la communauté ou de l'entourage (Boulebsol et al., Accepté; Miller et al., 2010). Les comportements de CR s'inscrivent dans des stratégies plus larges de contrôle, au sein desquelles le partenaire a recours à la menace, l'intimidation et la violence physique ou psychologique pour imposer ses exigences reproductives (Bagwell-Gray, 2019; Grace et al., 2020; Rowlands & Walker, 2019). Une étude qualitative canadienne, réalisée auprès de 16 participantes âgées de 25 à 45 ans, révèle que les femmes partagent avoir le sentiment que leur corps est instrumentalisé ou pris en otage par un partenaire intime qui impose la poursuite ou l'arrêt d'une grossesse (Boulebsol et al., 2025).

Les taux de prévalence de la CR varient entre 8 % et 30 %, selon les populations sondées et les outils de mesure mobilisés (Basile et al., 2019; Falb et al., 2014; Grace & Anderson, 2018). Dans une étude menée au Québec et en Ontario auprès de 427 participantes, 63,9 % rapportaient avoir vécu une situation de CR au cours de leur vie (Lévesque, Rousseau, Jean-Thorn, et al., 2023). Cette prévalence plus élevée peut s'expliquer par le fait que l'échelle de mesure employée ne spécifiait pas l'intention

reproductive pour les comportements de sabotage contraceptif, tel qu'illustré par ces items : « *Au cours de votre vie, est-ce qu'un partenaire intime… a retiré le condom sans vous en informer pendant que vous aviez une relation sexuelle?* ; *…vous a empêché·e d'utiliser une méthode de contraception (p. ex., le condom, la pilule contraceptive) ou vous a empêché d'aller à la clinique chercher une méthode de contraception?* ». Ces items ont le bénéfice de proposer une exploration élargie des contextes de sabotage contraceptif, mais présentent la limite de ne pas les distinguer clairement de ceux d'IC, ce qui reflète les chevauchements actuellement observés dans la littérature entre ces deux phénomènes.

Le deuxième axe de recherche met en lumière des comportements qui sont similaires à ceux observés dans les situations de sabotage contraceptif, mais qui sont posés sans l'intention délibérée d'orienter la trajectoire reproductive de l'autre (Brodsky, 2017; Davis, 2019). Dans les travaux issus de cet axe de recherche, qui renvoie à de l'**interférence contraceptive**, d'autres types d'intentions que celles visant à contrôler volontairement la sphère reproductive sont explorées, tant dans des contextes hétérosexuels qu'homosexuels (Ayoola et al., 2007; Chen, Kirwan, et al., 2024; Klein, 2014; Latimer et al., 2018; Stappenbeck et al., 2019). Ces intentions renvoient notamment à la recherche d'un plaisir sexuel accru en l'absence d'un condom ou encore à une volonté d'imposer sa domination en contrôlant les paramètres de la relation sexuelle (Brodsky, 2017; Coggins & Bullock, 2003; Grace et al., 2022; Lévesque et al., 2020). À cet égard, Silverman et collègues (2011) ont documenté la fréquence des formes coercitives menant à des risques sexuels rencontrées par les adolescentes et les jeunes adultes (n = 356; 14 à 20 ans) et ont illustré que 12 % craignaient de demander l'usage du condom, 12 % avaient subi des conséquences négatives après avoir demandé d'utiliser le condom (comme se faire accuser d'infidélité), et 19 % avaient été contraintes à une relation sexuelle sans condom. Ces comportements se rapprochent de contextes de violence sexuelle entre partenaires intimes, alors que les adolescentes et jeunes adultes ont une marge de manœuvre réduite pour établir leurs besoins et leurs limites dans le cadre de la relation sexuelle.

Ces situations ne sont pas isolées. Deux études menées auprès d'étudiantes universitaires de premier cycle aux États-Unis établissent des taux de prévalence de l'IC se situant entre 21,1 % et 25,3 % (Katz & LaRose, 2018; Katz & Sutherland, 2020). Les situations les plus fréquemment rapportées renvoient à l'imposition d'une relation sexuelle

sans condom (16,3 % et 19,2 %, respectivement) et au retrait non consensuel du condom lors de la relation sexuelle (10,2 % et 11,6 %, respectivement) (Katz & LaRose, 2018; Katz & Sutherland, 2020).

2.1.2 Avancement des fondements conceptuels

L'IC demeure difficile à documenter, car elle ne bénéficie pas de paramètres conceptuels bien définis. Katz et ses collègues (2017; 2018) ont mené des travaux indiquant que les gestes de sabotage contraceptif ne sont pas toujours motivés par une intention délibérée d'orienter la trajectoire reproductive de l'autre personne. Elles soulignent que l'intention derrière ces gestes peut être inconnue des femmes qui les subissent ou ne pas être liée à la reproduction (Katz et al., 2017). Elles donnent l'exemple d'un item proposé par Miller et ses collègues (2010) renvoyant à un partenaire intime qui dit à sa partenaire de ne pas utiliser de méthode contraceptive, sans préciser l'intention reproductive. Selon elles, diverses raisons n'étant pas liées à la reproduction peuvent amener un partenaire intime à décourager l'usage de contraceptifs, comme des préoccupations liées aux effets secondaires ou la perception d'infidélité associée à l'usage de la contraception.

Katz et ses collègues (2017; 2018) proposent donc de centrer la définition de l'IC uniquement sur les comportements, en écartant la prise en compte de l'intention perçue. Cette proposition s'appuie en partie sur la définition initialement proposée par Moore et ses collègues (2010), selon laquelle l'IC correspond aux comportements d'un partenaire intime visant à manipuler la contraception de façon à la rendre inefficace. Cela peut inclure, par exemple, le fait de cacher les contraceptifs ou de retirer le condom sans consentement pendant la relation sexuelle. Bien que cette définition permette d'élargir la compréhension de l'IC, elle demeure imprécise pour établir des balises permettant d'identifier l'ensemble de ces comportements, en plus de les distinguer de ceux relevant du sabotage contraceptif.

Pour mieux distinguer la CR de l'IC, Tarzia et Hegarty (2021) proposent une taxonomie de la CR et des violences physique et sexuelle associées (*reproductive coercion and abuse*). Elles définissent la CR de la façon suivante :

> *Reproductive coercion and abuse is defined as any deliberate attempt to dictate a woman's reproductive choices or interfere with her reproductive autonomy. It can*

> *include physical, psychological or sexual tactics and occurs in a context of fear and/or control in an interpersonal relationship.* (p. 8)

Elles précisent que ce qui est central à la CR est la présence de peur et de contrôle, tandis que dans les cas d'IC, ce qui s'avère central est le manque de respect et l'égoïsme de l'auteur des gestes. Alors que cette proposition est pertinente pour mieux délimiter la CR des autres formes de violence, telles que la VPI ou la violence sexuelle, elle demeure limitée pour comprendre l'IC et ses manifestations. Les stratégies de contrôle et de résistance du partenaire intime aux décisions contraceptives ne sont pas prises en compte, ce qui empêche l'exploration des façons dont l'IC compromet l'autonomie contraceptive et l'agentivité. De plus, elle évacue les situations où l'IC surviendrait avec d'autres formes de violence, tel que mis de l'avant par les études qui explorent ce phénomène au croisement des rapports de pouvoir basés sur le genre et de la VPI (Grace et al., 2022; Katz & Sutherland, 2020; Lévesque et al., 2020). Cette difficulté à classifier les comportements d'IC dans les définitions existantes de la CR souligne, en retour, la pertinence d'une proposition conceptuelle et empirique spécifique à ce phénomène. Il y a actuellement peu d'études qualitatives et quantitatives sur l'IC, lesquelles permettraient de mieux saisir les formes qu'elle peut prendre, ainsi que les stratégies de contrôle y étant associées.

Dans cette thèse, la définition de l'IC proposée par Featherstone et collègues (2024) est retenue, en incluant les méthodes contraceptives, de même que les méthodes prophylactiques, telles que le condom ou le retrait avant l'éjaculation, tout en ajoutant la notion de coercition :

> *Here, contraceptive interference is defined as any tampering with or coercion around pre-conception devices or medicine, including the oral contraceptive pill, intrauterine devices, contraceptive implants, condoms, or other barrier methods.* (p. 107)

2.1.3 Opérationnalisation par l'entremise d'échelles de mesure

D'un point de vue empirique, l'IC est actuellement documentée à partir d'une version modifiée de l'échelle développée par Miller et ses collègues (2010), où la spécification « *afin de provoquer une grossesse* » est retirée des items. Cette échelle autorapportée est mobilisée dans l'article de Katz et LaRose (2018) et comprend six items

illustrant une interférence directe du partenaire intime avec la contraception. Les comportements suivants sont sondés : (a) a retiré le condom sans votre consentement pendant la relation sexuelle, (b) a fait des trous dans le condom que vous alliez utiliser, (c) a brisé le condom volontairement pendant la relation sexuelle, (d) a confisqué les condoms et les autres moyens de contraception, (e) vous a empêché de consulter un médecin ou d'aller à la pharmacie pour obtenir des condoms ou un contraceptif, et (f) a forcé une relation sexuelle sans condom [traduction libre][2].

Deux enjeux principaux émergent de l'utilisation de cette mesure. D'abord, cette adaptation ne capte que partiellement les comportements pouvant être qualifiés d'IC. Les items portent majoritairement sur l'usage du condom, laissant de côté l'exploration de l'IC ciblant d'autres méthodes contraceptives ou prophylactiques. Ensuite, comme le soulignent Tarzia et Hegarty (2021), le retrait de la mention explicite de l'intention reproductive dans chacun des items complique l'interprétation des comportements rapportés. En l'absence de cette mention, il est probable que l'étude de Katz et LaRose (2018) ait mesuré simultanément des comportements d'IC, de CR, de violence sexuelle et de VPI. Ces chevauchements importants nuisent à la compréhension de l'IC, de même que des mécanismes de contrôle et des stratégies coercitives associées. Actuellement, aucune échelle de mesure ne permet de documenter de manière spécifique l'ensemble des comportements posés par un partenaire intime visant à contrôler ou entraver l'usage de la contraception ou de méthodes barrières de sa partenaire.

2.1.4 Comportements associés à l'interférence contraceptive

Malgré des travaux de conceptualisation et d'opérationnalisation en cours, plusieurs études documentent des comportements commis par un partenaire intime qui nuisent ou

[2] Les items originaux, en anglais, sont : "Partner CI was assessed with six items adapted from Miller et al. (2010) and used by Katz et al. (2017) as self-reported interactions in which a male partner (a) "took off the condom without your agreement while you were having sex"; (b) "put holes in the condom that you two were going to use"; (c) "broke condoms on purpose while you were having sex"; (d) "took condoms or other birth control away from you"; (e) "kept you from going to the doctor's office, clinic, or store to get condoms or birth control"; or (f) "made you have sex without a condom." (p. 6)

empêchent l'autonomie contraceptive. Cette sous-section propose une mise en commun des comportements recensés dans la littérature qui s'inscrivent dans ce qui est défini comme de l'IC. Le Tableau 2.1 illustre les définitions de chacun de ces comportements.

Tableau 2.1 Comportements associés à l'interférence contraceptive

Terminologie	**Définition**
Résistance à l'usage du condom, sans la présence explicite de coercition (*Condom use resistance*)	"*While engaging in noncoercive CUR may involve stating a preference for condom nonuse, there is no attempt to manipulate the agency of the other person. […] Examples of noncoercive CUR strategies, however, include reduced sensitivity (e.g., telling a woman condoms are uncomfortable) and direct request (e.g., clearly stating that one does not want to use a condom)*." (Davis et al., 2018, p. 1350)
Résistance coercitive à l'usage du condom (*Coercive condom use resistance*)	"*Coercive CUR occurs when aggressive or manipulative tactics are utilized to avoid using a condom with a partner who wants to use one. Examples of coercive CUR strategies include emotional manipulation (e.g., telling one's partner that having to use a condom would make one angry), deception (e.g., pretending not to have a STI to avoid using a condom), and threats (e.g., threatening to harm one's partner if she insists on using a condom).*" (Davis et al., 2018, p. 1350)
Relations sexuelles imposées sans usage du condom (*Coerced condomless sex*)	"*Sexual coercion refers to a broad set of behaviors in which an individual forces or manipulates their sexual partner into participating in a sexual activity to which the partner does not consent (Stappenbeck et al., 2019). Coerced condomless sex is a form of sexual coercion because the use of coercive tactics to obtain condomless sex violates the victim's sexual agency and autonomy*." (Chen, Kirwan, et al., 2024, p. 1)

Retrait non consensuel du condom (*Stealthing*)	"*We also recommend that a common operational definition of NCCR include experiences of condom removal before or during penetrative sexual intercourse without one's partner's consent regardless of sex continuing willingly or unwillingly*." (Czechowski et al., 2019, p. 18) "[…] *the nonconsensual (without knowledge or consent) removal of a condom before or during sex, or the deception of condom use, when consent has been explicitly or implicitly given only for condom-protected sex*." (Gómez-Durán & Martin-Fumadó, 2024, p. 95)
Interférence contraceptive (*Contraceptive interference*)	"*CI is very similar to, and a critical component of, BCS. Although BCS is defined as acts of direct CI perceived to be motivated by an intent to promote pregnancy (Miller et al., 2010), CI is defined solely in terms of behavior, regardless of perceived intent. Direct partner CI behaviors are those in which a partner "manipulate(s) contraception to render it ineffective" (Moore et al., 2010, p. 1738). Examples of CI behaviors include hiding a woman's birth control from her and removing a condom during sex. Regardless of whether CI behaviors are perceived as intended to promote pregnancy, a woman who experiences CI is obstructed from protecting her sexual and reproductive health."* (Katz & LaRose, 2018, p. 2)

La **résistance à l'usage du condom, sans la présence explicite[3] de coercition** comprend : 1) la minimisation du niveau de risque (p. ex., argumenter que le risque d'ITS

[3] La littérature anglophone regroupe ces stratégies sous le terme « condom use resistance », en les distinguant de celles désignées comme « coercive condom use resistance ». J'ai délibérément ajouté la précision « sans la présence explicite de coercition », car à mon sens, il ne s'agit pas de situations exemptes de coercition,

est faible), 2) la séduction (p. ex., augmenter la tension sexuelle pour que la partenaire finisse par accepter de ne pas utiliser de condom), 3) l'évocation d'une perte de désir sexuel (p. ex., affirmer qu'il perdra son érection en utilisant un condom), 4) la réduction de la sensibilité (p. ex., dire qu'il aura moins de plaisir sexuel), 5) la demande directe de ne pas utiliser de condom, 6) le refus d'avoir une relation sexuelle protégée, et 7) l'accent mis sur la relation de confiance (p. ex., affirmer que la confiance mutuelle devrait convaincre à ne pas utiliser de condom). Ces stratégies sont fréquentes. Une étude menée aux États-Unis auprès de 503 femmes âgées entre 21 et 30 ans révèle que 87 % d'entre elles rapportent avoir déjà eu un partenaire intime ayant résisté à l'usage du condom, sans la présence explicite de coercition (Davis et al., 2019).

La **résistance coercitive à l'usage du condom**, quant à elle, se manifeste par : 1) la manipulation émotionnelle (p. ex., menacer de se fâcher si la partenaire insiste pour utiliser un condom), 2) le retrait non consensuel du condom, 3) la tromperie (p. ex., affirmer faussement avoir été testé et ne pas avoir d'ITS), 4) le bris intentionnel du condom, et 5) le recours à la force pour imposer une relation sexuelle non protégée (Davis, Schraufnagel, et al., 2014). Ces stratégies façonnent un contexte où la négociation de l'usage du condom devient difficile, voire impossible (Teitelman et al., 2011). Ces tactiques coercitives se distinguent de celles qui ne présentent pas de coercition explicite, car elles impliquent la menace de violence visant à limiter les possibilités d'action de l'autre personne et sa capacité à prendre une décision éclairée, en plus d'introduire un risque criant pour la sécurité et l'intégrité physique (Chen, Hammett, et al., 2024; Davis et al., 2018). Dans la même étude menée par Davis et collègues (2019) présentée ci-haut, il s'agit de 49,8% des participantes qui rapportent avoir subi de la résistance coercitive à l'usage du condom.

Les **relations sexuelles imposées sans usage du condom** (*coerced condomless sex*) renvoient aux stratégies utilisées par des hommes hétérosexuels pour imposer des relations sexuelles non protégées. Dans une revue de la portée regroupant 21 études

---

mais plutôt de contextes où celle-ci peut se manifester de façon plus insidieuse. Les stratégies décrites dans cette catégorie renvoient à de la manipulation et du chantage émotif qui, en cohérence avec mes repères théoriques et ma lecture de la violence, relèvent de dynamiques où l'autonomie contraceptive et le consentement libre et éclairé sont restreints.

qualitatives, Chen et ses collègues (2024) ont constaté que les personnes ayant subi ces comportements les percevaient comme étant motivés soit par le désir de renforcer le contrôle dans la relation intime, soit par intérêt égoïste (Coggins & Bullock, 2003; Tarzia et al., 2020; Teitelman et al., 2011).

Le **retrait non consensuel du condom** (*nonconsensual condom removal*) consiste à retirer le condom lors d'une relation sexuelle à l'insu de la partenaire, et ce, sans son consentement. Ce comportement est parfois considéré comme une forme de résistance coercitive à l'usage du condom, comme du sabotage contraceptif si l'intention est de provoquer une grossesse, ou encore comme de la violence sexuelle (Czechowski et al., 2019; Gómez-Durán & Martin-Fumadó, 2024). Les taux de prévalence disponibles varient probablement en raison de l'absence d'une conceptualisation claire. Davis et collègues (2023) ont réalisé une revue de la portée, regroupant 27 études portant sur le retrait non consensuel du condom, et rapportent des taux de prévalence variant entre 7,9 % et 43,0 % chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Cette pratique est aussi connue sous le nom de *stealthing*, un terme initialement utilisé par des hommes actifs sur des forums en ligne, qui échangeaient leurs stratégies de retrait du condom en demeurant furtifs, et ce, en se valorisant mutuellement (Brodsky, 2017; Ebrahim, 2019). Ce comportement est mieux connu depuis qu'il fait l'objet d'un encadrement juridique au Canada. En effet, la Cour suprême du Canada a statué que le fait de ne pas mettre de condom alors qu'il avait été explicitement convenu d'en utiliser un constitue une agression sexuelle (R. v. Kirkpatrick, 2022). Ainsi, la Cour suprême reconnait que le consentement sexuel devient invalide du moment que les paramètres de la relation sexuelle changent, et qu'il doit, par conséquent, être renouvelé. Le système judiciaire a ainsi reconnu la centralité du consentement sexuel dans ces situations, permettant de qualifier ce comportement d'agression sexuelle, tel que définie par le Code criminel du Canada.

L'**interférence contraceptive** est documentée depuis les années 1990. À titre d'exemple, Heise et collègues (1995) se sont intéressés à l'intersection entre la coercition sexuelle et la santé reproductive, soulignant les risques d'une autonomie contraceptive limitée en raison du contrôle exercé par le partenaire intime. L'étude de Schuler et collègues (1994) rapporte des résultats qualitatifs démontrant que l'usage de contraception – et donc la capacité des femmes à contrôler leur fertilité – peut dépendre de leur capacité

à échapper aux tentatives de contrôle de leur partenaire. Depuis, plusieurs équipes de recherche ont tenté de délimiter ce phénomène. Moore et ses collègues (2010) ont proposé une sous-échelle s'intéressant aux comportements qui visent à empêcher l'usage de contraception avant une relation sexuelle (p. ex., jeter les pilules contraceptives, détruire la contraception orale d'urgence, refuser de contribuer aux coûts, forcer la stérilisation ou faire peur avec des effets secondaires exagérés) ou pendant celle-ci (p. ex., retirer l'anneau vaginal, refuser de se retirer avant l'éjaculation, retirer le condom sans consentement, faire semblant de le mettre, refuser de le porter ou imposer la poursuite de la relation sexuelle malgré le bris du condom). Les résultats qualitatifs de leur étude contribuent à la compréhension des multiples formes de contrôle pouvant être exercées par un partenaire intime pour limiter l'usage de la contraception ou de méthodes prophylactiques de sa partenaire. L'étude de Cook-Craig et collègues (2014), quant à elle, propose de comprendre l'IC à travers cinq items s'intéressant plus spécifiquement aux stratégies de manipulation émotionnelle (accuser d'infidélité si l'usage de la contraception est suggéré, suggérer que la venue d'un enfant témoignerait de leur amour et de leur engagement mutuel) et de coercition (refuser l'usage de contraception, forcer une relation sexuelle non protégée). Cette étude apporte une compréhension supplémentaire du phénomène, en ne se limitant pas à l'identification des comportements d'IC, mais en s'attardant également aux stratégies déployées par le partenaire intime pour les imposer, notamment à travers des formes de violence verbale, psychologique et sexuelle.

2.2 Interférence contraceptive dans les relations intimes des jeunes

La population adolescente et jeune adulte, parfois regroupée sous le terme *adultes émergents*, serait particulièrement exposée à l'IC (Bonar et al., 2019; Katz & Sutherland, 2020). Plusieurs enjeux de santé sexuelle et reproductive sont documentés au sein de cette population. D'abord, les taux de grossesses non planifiées les plus élevés sont observés chez les jeunes de 16 à 19 ans (45,2 %), puis de 20 à 25 ans (17,4 %) (Wellings et al., 2013). De façon conséquente, il s'agit du groupe d'âge (18 à 24 ans) ayant le plus recours à l'avortement (Institut canadien d'information sur la santé, 2021). Ensuite, selon un échantillon représentatif de jeunes canadien.nes de 15 à 24 ans, 15,5 % ont indiqué être sexuellement actifs et souhaiter éviter une grossesse, mais n'ont pas utilisé de méthode

contraceptive lors de leur dernière relation sexuelle (Dunn et al., 2019). Il y a lieu de se demander si l'IC ne pourrait pas expliquer en partie ces situations.

La majorité des études portant sur l'IC en contexte de relation intime s'appuie sur des échantillons composés de jeunes femmes universitaires âgées de 18 à 25 ans (Alam & Alldred, 2021; Boadle et al., 2020; Bonar et al., 2019; Czechowski et al., 2019; Davis et al., 2019; Katz & LaRose, 2018; Katz & Sutherland, 2020). Ces études se sont intéressées en particulier aux situations de retrait non consensuel du condom, dont la prévalence varie entre 10 % et 18,9 % (Boadle et al., 2020; Bonar et al., 2019; Czechowski et al., 2019), de résistance à l'usage du condom sans présence explicite de coercition, avec un taux de prévalence de situant entre 48,5 % et 87 % (Davis et al., 2019; Orchowski et al., 2020; Wegner et al., 2017) et de résistance coercitive à l'usage du condom (49 % de l'échantillon) (Davis et al., 2019).

Toutefois, peu de données sont disponibles sur les autres formes d'IC, notamment en ce qui concerne l'usage de la pilule contraceptive, du stérilet, du retrait préventif ou d'autres méthodes hormonales ou barrières. De plus, les recherches existantes se concentrent principalement sur les contextes relationnels hétérosexuels impliquant des partenaires cisgenres, ce qui limite la compréhension de l'IC telle qu'elle peut être vécue par une pluralité de jeunes aux identités de genre et aux orientations sexuelles variées. D'ailleurs, selon Statistique Canada (2021), environ un tiers des canadien.nes LGBTQ+ est âgé de moins de 25 ans. Il est donc nécessaire d'inclure l'expérience de ces jeunes dans la compréhension de l'IC. Ces situations surviennent également à un moment où les jeunes amorcent leurs premières relations intimes et disposent de peu de repères pour naviguer ces situations complexes (Øverlien et al., 2020). D'autres études empiriques sont ainsi nécessaires pour mieux saisir la manière dont ces expériences sont vécues, de même que les stratégies mises en place par les jeunes pour y faire face.

2.3 Liens entre l'interférence contraceptive et la violence

Des liens sont observés entre l'IC et la présence d'autres formes de violence dans la relation intime. Les résultats obtenus par Katz et Larose (2018), qui ont repris l'échelle de CR élaborée par Miller et ses collègues (2010) en retirant la notion d'intention reproductive des items, indiquent que les femmes ayant subi de l'IC rapportent un pouvoir

décisionnel moindre dans leur relation intime, ainsi que des expériences de violence verbale et sexuelle. Ces chercheures soutiennent que l'IC survient dans des contextes relationnels où certaines femmes voient leur autonomie contraceptive restreinte, tandis que d'autres subissent ces comportements dans un contexte plus large de VPI. Ces constats sont appuyés par une étude subséquente de Katz et Sutherland (2020) qui identifie des associations positives entre l'IC et la violence psychologique, physique et sexuelle. Des liens sont aussi établis entre l'IC et la manipulation verbale, où celle-ci vise à convaincre, à mettre de la pression, à leurrer et à menacer l'autre de sorte à arriver à ses fins (Nemeth et al., 2020).

L'exploration de l'intention perçue peut aussi être révélatrice de stratégies de contrôle mises en place par le partenaire intime. Lorsqu'elles sont questionnées sur l'intention perçue de leur partenaire, plusieurs femmes évoquent le désir de celui-ci d'augmenter son propre plaisir sexuel, au détriment de leur sécurité et de leur santé (Katz & Sutherland, 2020). Ces résultats font écho à l'étude de méthodes mixtes menée par Grace et ses collègues (2022), qui ont réalisé des entretiens individuels (n = 13) et diffusé un questionnaire en ligne (n = 482) auprès de femmes Latina aux États-Unis. Les résultats qualitatifs indiquent que les participantes attribuent plusieurs motivations aux gestes de leur partenaire intime, incluant la recherche de plaisir sexuel, la suspicion liée à une infidélité perçue ou l'usage de violence dans l'optique de resserrer le contrôle sur l'autre. Les résultats quantitatifs montrent qu'une majorité de participantes ne croient pas que les comportements étaient motivés par l'intention de les rendre enceintes. Ainsi, l'IC pourrait survenir tant dans des contextes marqués ou non par la VPI, et ce, même en l'absence d'une intention explicite d'orienter la trajectoire reproductive de l'autre personne.

Ces contextes d'IC sont traversés par des rapports de pouvoir basés sur le genre, qui sont alimentés par des normes sociales valorisant la domination masculine et la primauté du plaisir sexuel des hommes (Closson et al., 2024; Lachance-Grzela et al., 2021). La pression et la manipulation exercées par un partenaire intime peuvent limiter les possibilités perçues, pour la partenaire, de refuser la relation sexuelle (Fernet et al., 2021). Plusieurs jeunes rapportent également se sentir coupables de ne pas satisfaire les besoins sexuels de leur partenaire, ceux-ci étant perçus comme plus importants que leurs propres limites (Humphreys, 2007). Ces mêmes normes sociales liées au genre peuvent constituer

un frein à la rupture, en rendant notamment plus difficile l'identification des gestes comme étant violents (Fernet et al., 2021; Love & Richards, 2013), et en s'appuyant sur l'affection ressentie envers le partenaire ainsi que sur la volonté de prendre soin de lui (Korkmaz, 2021; Kruse et al., 2023). En ce sens, le désir de plaire au partenaire peut nuire à l'affirmation de ses limites et à l'exercice de son agentivité (Korkmaz, 2021). Ces normes produisent ainsi des inégalités de pouvoir qui percolent dans la sphère sexuelle et reproductive, compromettant le contrôle des jeunes à prendre des décisions en matière de contraception (Decker et al., 2021; Katz & Sutherland, 2020; Silverman et al., 2011; Thaller & Messing, 2015). En limitant cette autonomie contraceptive, les jeunes disposent de moins de leviers pour négocier l'usage de la contraception, puisque leur pouvoir décisionnel au sein de la relation est affaibli (Noar et al., 2002; Pulerwitz et al., 2000; Swan & O'Connell, 2012; Wingood & DiClemente, 2000). Ainsi, des liens évidents rapprochent l'IC des autres formes de violences survenant dans les relations intimes.

2.4 Conséquences de l'interférence contraceptive

Les connaissances sur les conséquences de l'IC demeurent limitées, et cette lacune s'explique en partie par la difficulté d'isoler ce phénomène d'autres formes de violence connexes, telles que le sabotage contraceptif, la VPI ou la violence sexuelle. En effet, les situations d'IC peuvent être imbriquées dans des contextes relationnels marqués par la présence simultanée de différentes formes de violence, ce qui complexifie l'identification précise des conséquences qui peuvent être spécifiquement attribuées à l'IC. La littérature actuelle se concentre principalement sur les impacts de l'IC en matière de santé sexuelle et reproductive (Kabir & Kordowicz, 2021; Orchowski et al., 2020; Paul & Mondal, 2022; Willie et al., 2021). Cependant, les travaux empiriques auxquels j'ai contribué, en collaboration avec la professeure Sylvie Lévesque, suggèrent que les effets de l'IC s'étendent au-delà du domaine de la santé : ils affectent également le bien-être psychologique, la santé mentale et l'expérience de l'intimité (Lévesque et al., 2020; Lévesque, Jean-Thorn, et al., 2024; Lévesque & Rousseau, 2019).

En ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive, l'IC est associée à une augmentation des risques de contracter une ITS, ainsi que de vivre une grossesse non planifiée et non désirée (Decker et al., 2014; Katz & Sutherland, 2020). Ces risques

entrainent des démarches supplémentaires, qui doivent être assumées en grande partie, voire exclusivement, par la personne ayant subi les gestes. Ainsi, la prise de rendez-vous pour un dépistage d'ITS, l'achat d'un test de grossesse, le recours à la contraception orale d'urgence, ainsi que la prise de rendez-vous pour un avortement exigent que les jeunes dégagent du temps, identifient les ressources de soutien pertinentes, s'y rendent et déboursent de l'argent pour obtenir les services et produits requis. Ces démarches peuvent représenter un fardeau important, particulièrement pour les personnes vivant en milieu rural ou en région éloignée, où l'accès aux services est souvent limité. L'IC engendre donc un coût socioéconomique non négligeable, et ses conséquences en matière de santé sexuelle et reproductive dépassent les seuls effets sur la santé pour inclure des implications logistiques, émotionnelles et financières (Lévesque et al., 2020).

Une récente étude qualitative menée au Québec auprès de 21 femmes de 18 à 29 ans a permis de constater les façons dont l'IC peut entrainer des répercussions sur la santé mentale, notamment en générant des sentiments de honte, d'anxiété et de frustration (Lévesque et al., 2020). En effet, les participantes évoquent se sentir coupables de ce qui s'est produit, vivre une forte anxiété en attendant les résultats d'un test de dépistage d'ITS ou l'arrivée de leurs prochaines menstruations, et ressentir de la colère envers leur partenaire intime qui n'a pas respecté leur choix contraceptif ou leur volonté d'utiliser une méthode barrière comme le condom. Des études recensent aussi des symptômes de stress post-traumatique à la suite d'une situation d'IC, ce qui peut se traduire par des cauchemars récurrents ou des pensées intrusives (Lévesque et al., 2020; McCauley et al., 2014). Des conséquences dans la sphère relationnelle sont aussi rapportées, comme l'appréhension à l'égard de futures relations intimes et sexuelles ou une méfiance accrue liée à l'intimité partagée avec des hommes cisgenres (Lévesque et al., 2020).

Alors que la littérature ne documente qu'un spectre restreint de comportements d'IC, force est de croire que d'autres conséquences peuvent être vécues par les personnes qui subissent ces comportements. Les liens entre la charge contraceptive inégalement répartie dans les couples et la survenue de l'IC sont également méconnus, de même que les effets psychologiques et financiers de celle-ci. Par ailleurs, des facteurs structurels comme l'accès limité à l'avortement, à la contraception ou aux soins de santé sexuelle et reproductive peuvent considérablement restreindre l'autonomie contraceptive dans les

situations d'IC. Ces éléments structurels peuvent non seulement favoriser la survenue de l'IC, mais aussi en complexifier les conséquences en limitant les options disponibles pour retrouver un contrôle sur sa santé sexuelle et reproductive.

CHAPITRE 3 – REPÈRES THÉORIQUES

Ce chapitre présente les principaux repères théoriques ayant guidé cette recherche. D'abord, les assises ontologiques et épistémologiques permettent de situer la posture adoptée à l'égard de la science et des données. L'IC a été comprise, analysée puis interprétée à l'aide de perspectives féministes, notamment à partir des concepts de scripts sexuels, de rapports de pouvoir basés sur le genre et de contrôle coercitif, lesquels sont également explicités. Enfin, l'autonomie contraceptive est comprise sous l'angle de l'équité en santé sexuelle, en mobilisant des clés de lecture à la fois sociale et politique.

3.1 Assises ontologique et épistémologique

Un paradigme de recherche est un ensemble de croyances, de postures et de concepts ayant une intention philosophique. Il comprend l'axiologie, l'ontologie, l'épistémologie, la méthodologie, ainsi que les méthodes employées[4]. L'axiologie renvoie aux valeurs, tant celles des personnes participantes et chercheures que celles présentes et valorisées dans la culture, le contexte social et la communauté (Mayan, 2023). Elle est traversée par des considérations éthiques, qui impliquent de réfléchir à la façon dont nous composons avec le jugement moral dans le cadre de la recherche (Haider, 2022b). L'axiologie engage ainsi une réflexion sur la portée sociale des connaissances produites. L'ontologie fait appel à la perception de la nature et de la forme de la réalité (Mayan, 2023). En d'autres mots, cela renvoie aux représentations quant à l'objectivité de la réalité, de même qu'à l'existence d'une vérité singulière pouvant être découverte. L'épistémologie, quant à elle, détermine ce qui constitue un savoir. En ce sens, des questions et repères épistémologiques amènent à définir la validité des connaissances produites (Haider, 2022b). La composition du paradigme de recherche doit viser une cohérence philosophique et méthodologique, de l'axiologie jusqu'aux méthodes choisies.

Cette thèse s'inscrit dans un paradigme à la fois pragmatique et constructiviste, compris ici comme complémentaires. Le paradigme pragmatique implique de prendre des

[4] La méthodologie et les méthodes employées sont décrites dans le chapitre 4.

décisions opérationnelles en fonction des questions de recherche (Allemang et al., 2022), tandis que le constructivisme permet de reconnaitre la pluralité des réalités construites par les individus (Fortin & Gagnon, 2022).

En s'éloignant d'une posture philosophique rigide, le paradigme pragmatique permet la combinaison de postures subjective et objective, selon les questions de recherche et le but visé par l'étude (Mayan, 2023). Tel que le relatent Kaushik et Walsh (2019), la philosophie associée au paradigme pragmatique implique de s'intéresser aux actions prises à un certain moment par l'individu, modulées par ces expériences de vie :

> *Pragmatist philosophy holds that human actions can never be separated from the past experiences and from the beliefs that have originated from those experiences. Human thoughts are thus intrinsically linked to action. People take actions based on the possible consequences of their action, and they use the results of their actions to predict the consequences of similar actions in the future. […] Pragmatists believe that reality is not static—it changes at every turn of events. Similarly, the world is also not static—it is in a constant state of becoming. The world is also changed through actions—action is the way to change existence.* (p. 3)

Dans ce paradigme, ma posture axiologique m'amène à valoriser les expériences individuelles, alors qu'elles sont capables de renseigner sur des phénomènes sociaux complexes. En intégrant les perspectives des personnes concernées, il devient possible de produire des savoirs ayant une portée de transformation sociale en misant sur l'action (Morgan, 2014).

Mon approche est aussi constructiviste, ce qui suppose qu'en ce qui concerne l'ontologie, je perçois la réalité comme étant subjective, c'est-à-dire située dans un contexte temporel et social donné (Lincoln et al., 2023). Cela rejoint l'idée du point de vue situé, notamment décrite par l'intellectuelle féministe Sandra Harding (1986), qui souligne que les connaissances sont toujours produites à partir d'un positionnement social spécifique, ce qui influence notre perception du monde. Cela inclut notamment le genre, la classe sociale et l'ethnicité produisant une expérience du monde spécifique. Cette subjectivité est importante dans un contexte de recherche scientifique, alors qu'elle informe sur l'hétérogénéité des expériences.

À l'instar d'autres pragmatistes, je reconnais qu'il pourrait exister une réalité objective, mais que chaque individu pose une interprétation unique sur celle-ci (Morgan, 2016). Ainsi, sur le plan épistémologique, cette posture suppose que les savoirs subjectifs des personnes participantes sont légitimes et valides, puisqu'ils émergent de l'expérience vécue qui est modulée par des repères culturels, sociaux et politiques.

À travers cette thèse, je souhaite contribuer à l'avancement des connaissances en inscrivant les résultats dans une conversation scientifique et sociale plus large. Je souhaite que ces résultats nous engagent collectivement dans la mise en place d'actions concrètes en faveur de l'équité en santé, notamment par le biais de stratégies de prévention et de promotion, tant dans les programmes d'éducation que dans les services de santé et les services sociaux.

3.2 Réfléchir l'interférence contraceptive à partir de perspectives féministes

Des perspectives féministes sont choisies afin de rendre visible le caractère social et politique des violences basées sur le genre, telles que l'IC. Trois concepts phares sont mobilisés : les scripts sexuels, les rapports de pouvoir basés sur le genre et le contrôle coercitif.

3.2.1 Théorie des scripts sexuels

La théorie des scripts sexuels développée par Simon et Gagnon (1986) est une proposition conceptuelle pertinente pour comprendre les comportements sociaux liés à la sexualité. Elle dénote trois niveaux, soit les scénarios culturels, les scripts interpersonnels et les scripts intrapsychiques.

Les scénarios culturels agissent comme des guides normatifs sur la façon de se comporter et de vivre en collectivité. Ils sont investis de signes et de significations qui informent sur les exigences des rôles attendus et sur la manière dont ceux-ci doivent être mis en pratique. Dans le contexte de la sexualité, cela inclut notamment la performance du genre, c'est-à-dire les attitudes et les tâches traditionnellement associées à celui-ci. En d'autres mots, il s'agit de codes sociaux qui informent sur la manière d'agir et de se comporter.

Les scripts interpersonnels positionnent l'individu en relation avec l'autre. Ainsi, en plus des rôles et des comportements associés qui sont issus des scénarios culturels, ceux-ci se modulent en contexte social. Les scripts interpersonnels demandent une plus grande adaptabilité et improvisation des individus afin de tendre vers l'acceptation sociale. Dans une relation intime, cela peut impliquer la façon de concevoir et d'envisager son rôle à travers celle-ci. Il peut aussi s'agir d'anticiper la chronologie des événements (moment « adéquat » pour avoir une première relation sexuelle) ou la séquence des gestes sexuels.

Les scripts intrapsychiques, quant à eux, renvoient à l'extensivité et à l'intensité du discours interne. Ils renvoient à l'interprétation ou à la réorganisation symbolique de la réalité. Cela peut amener l'individu à se repositionner face aux scénarios culturels et aux scripts interpersonnels, voire à les subvertir (Masters et al., 2013). À l'inverse, cela peut mener à une adhésion rigide aux normes intériorisées, amenant la personne à reconstruire la réalité pour que l'interprétation des comportements, les siens ou ceux de l'autre, correspondent à ses propres attentes. Il s'agit d'un monde interne constitué de souhaits et de désirs, toujours en relation avec la vie sociale, que toustes expérimentent. Ainsi, il ne s'agit pas seulement de désirer une autre personne, mais surtout d'imaginer ce que l'on souhaite vivre et ressentir avec cette personne, notamment dans le cadre d'une relation intime, d'une première relation sexuelle ou de la négociation de la contraception.

Ces trois niveaux produisent une socialisation genrée. En effet, le genre, défini d'un point de vue théorique et féministe, est compris en tant que construction sociale menant à un système d'organisation sociale et un marqueur socio-identitaire qui influence les rapports sociaux et les hiérarchisent (Butler, 2007; Rubin, 1975). Les rôles prescrits aux femmes se distinguent de ceux des hommes, tandis que les personnes de la diversité de genre sont marginalisées par ces normes qui sont imprégnées de cishétéronormativité (Gauvin & Pukall, 2018). Cela produit donc les scripts sexuels, où les femmes sont rarement représentées comme actrices de leur propre intérêt et plaisir sexuel. Elles sont plutôt typiquement socialisées à répondre aux demandes et exigences sexuelles des hommes.

En ce sens, la théorie des scripts sexuels s'avère une grille d'analyse pertinente pour comprendre l'organisation sociale de la sexualité, où des attentes différenciées sont attendues des femmes et des hommes. Cela est particulièrement pertinent lorsqu'elle est

appliquée au contexte développemental des adultes émergents, qui sont en train de construire les repères à partir desquels iels apprendront à envisager les relations intimes (Pearson, 2018). Alors que les scripts sexuels produisent des normes sociales genrées, ces dernières peuvent se traduire par une forme de domination masculine déséquilibrant les rapports de pouvoir au sein d'une relation intime (Cullen et al., 2023).

3.2.2 Rapports de pouvoir basés sur le genre

Les normes sociales genrées encouragent des attitudes et des comportements qui attribuent aux hommes des rôles associés au pouvoir et à l'autonomie. Dès l'enfance, les garçons sont valorisés pour leur sens de l'initiative et leur affirmation de soi, alors que les filles sont encouragées à être sages et accommodantes (Tolman, 2003). À l'âge adulte, cette socialisation s'inscrit en continuité avec les scripts sexuels, tels que décrits précédemment, selon lesquels la sexualité masculine est active et assumée, alors que la sexualité féminine est censée être plus passive et inhibée (Simon & Gagnon, 1986). Cela peut mener à l'adoption d'attitudes et de comportements où les hommes imposent leurs volontés aux personnes avec qui ils sont en relation intime. Cela consolide un rapport de pouvoir inégal, prenant souvent ancrage dans le marqueur social du genre.

Les rapports de pouvoir basés sur le genre désignent les relations inégalitaires entre les genres, où les hommes sont perçus comme dominants et les femmes comme subordonnées (Closson et al., 2024; Davies, 2023). Cette dynamique s'exprime notamment par le pouvoir relationnel exercé dans le couple. En d'autres mots, le pouvoir relationnel désigne la personne qui influence ou détermine les décisions affectant les deux partenaires (Halstead et al., 2016; Pulerwitz et al., 2000). La considération des rapports de pouvoir basés sur le genre m'a amené à examiner les façons dont la domination masculine (Closson et al., 2024; Lachance-Grzela et al., 2021) et le pouvoir relationnel (Halstead et al., 2016) se manifestent dans les relations intimes. Les comportements associés à cette domination masculine visent à assurer un contrôle sur l'autre en imposant une forme de soumission (Exner-Cortens et al., 2023). Il en découle une asymétrie dans les prises de décision, notamment sur le plan contraceptif. Ce déséquilibre peut mener à de la coercition sexuelle et au non-usage de la contraception (Decker et al., 2021).

Par conséquent, dans le contexte de la santé sexuelle et reproductive, cela peut impliquer de limiter, voire d'anéantir, la capacité de l'autre partenaire à exercer son agentivité et à maintenir un contrôle sur ses décisions contraceptives (Katz & LaRose, 2018). De fait, des rapports de pouvoir peuvent s'installer et renforcer le pouvoir relationnel du partenaire, tant sur le plan contraceptif que sexuel. Chez les adultes émergents, ce déséquilibre de pouvoir peut être accentué par une idéalisation du partenaire, contribuant à la reproduction de rôles de genre traditionnels qui positionnent la femme comme étant responsable de prendre soin de l'autre et de demeurer disponible émotionnellement et sexuellement pour répondre à ses souhaits (Davies, 2023). Les différences d'âge et d'expériences de vie peuvent accentuer cette idéalisation, menant certaines jeunes à croire que leur partenaire sait ce qui est « le mieux » pour elles, les plaçant ainsi dans une posture de passivité (Sanchez et al., 2012).

Cela soulève des enjeux en lien avec le consentement sexuel : l'idéalisation du partenaire, combinée à une agentivité limitée, peut mener à des relations sexuelles non consenties, occasionnées par la volonté de plaire ou par la peur de décevoir (Llano-Suárez et al., 2021; Sanchez et al., 2012). Or, les jeunes se trouvent dans une période développementale complexe où la construction de repères leur permettant d'identifier leurs besoins et leurs limites est en cours (Bay-Cheng et al., 2018). Ces jeunes peuvent alors éprouver de la confusion ou ne pas savoir comment réagir face à certaines situations : comment refuser une relation sexuelle si aucune contraception n'est utilisée? Est-ce légitime de demander au partenaire intime de porter un condom si, de leur côté, elles cessent l'usage de la pilule contraceptive en raison des effets secondaires ressentis? Cette ambiguïté participe à accroitre le pouvoir relationnel du partenaire intime, qui devient alors celui qui détermine du recours (ou non) à une stratégie contraceptive pour le couple.

Je me concentre dans cette thèse sur les rapports de pouvoir basés sur le genre, en centrant l'analyse sur ce marqueur social, tout en reconnaissant que d'autres rapports sociaux (tels que la classe sociale ou l'appartenance ethnoculturelle) façonnent également les relations intimes.

3.2.3 Contrôle coercitif

En plus des rapports de pouvoir basés sur le genre, la littérature démontre un lien clair entre la présence de VPI et l'usage restreint de méthodes contraceptives (Decker et al., 2021; Maxwell et al., 2015). Cela peut s'expliquer de plusieurs façons, dont par l'imposition de relations sexuelles non protégées et d'une résistance à l'usage du condom (Decker et al., 2021). Ainsi, l'IC peut survenir dans un contexte plus large de VPI, où d'autres formes de violence sont répertoriées (Katz & Sutherland, 2020). Ces violences peuvent être insidieuses et se manifester sous forme de menaces voilées, d'isolement social et de restrictions variées (Côté & Lapierre, 2021). En ce sens, le contrôle coercitif est un concept utile pour capter la stratégie globale de contrôle dans une relation intime, plutôt que de centrer l'analyse sur certains incidents.

Evan Stark (2007) définit le contrôle coercitif comme un ensemble de stratégies, parfois violentes, parfois non, qui sont mises en place au quotidien et qui ont pour but de piéger les femmes dans la relation intime. Deux mécanismes sont à l'œuvre, soit le *contrôle*, qui consiste à restreindre progressivement les droits et les ressources à la disposition des femmes par l'entremise de microrégulations de la relation, où des règles implicites ou négociées doivent être respectées, et la *coercition*, qui renvoie à l'usage de force et de menaces pour répondre dans l'immédiat aux exigences de l'agresseur. Alors que le contrôle s'installe de façon progressive et qu'il peut être difficile à identifier, la coercition est davantage manifeste en incluant notamment des voies de fait. Le contrôle coercitif permet de visibiliser l'effet cumulatif et dissimulé des stratégies mises en place par l'agresseur afin d'emprisonner sa partenaire intime dans la relation et en la maintenant sous son emprise (Côté & Lapierre, 2021; Lapierre et al., 2025). Dans le contexte de l'IC, ce concept est particulièrement éclairant, puisqu'il permet de comprendre comment l'autonomie contraceptive des jeunes peut être compromise, même en l'absence de violence explicite, par des rapports de pouvoir et du contrôle qui limitent leur capacité à détenir une agentivité sur leur santé sexuelle et reproductive.

3.3 Équité en santé sexuelle et reproductive

La santé sexuelle et reproductive est comprise selon une perspective holistique et positive, ce qui sous-tend qu'elle vise le bien-être plutôt que l'absence de maladies; elle implique le respect, la sécurité et doit pouvoir se vivre en étant exempte de discrimination et de violence (Organisation mondiale de la santé, 2025). Pour accéder à un bien-être intime et sexuel, le concept d'équité en santé sexuelle s'avère pertinent pour inscrire la compréhension de la santé selon une perspective écologique. L'équité en santé repose sur le principe selon lequel tous les individus, groupes et communautés devraient avoir une chance équitable d'atteindre leur plein potentiel en matière de santé et d'accomplissement social, sans être désavantagés par des conditions sociales, économiques ou environnementales (Gómez et al., 2021; National Collaborating Centre for Determinants of Health, 2015). Cette approche permet d'analyser les conditions qui génèrent des écarts dans les expériences et les résultats en matière de santé, afin de pouvoir agir concrètement sur ces inégalités (Cohen et al., 2014; Marmot, 2017).

En ce sens, une problématique de santé est appréhendée selon une perspective systémique (Plamondon, 2020), qui reconnait l'influence des déterminants sociaux de la santé. Par définition, les déterminants sociaux de la santé désignent l'ensemble des conditions sociales qui, par leurs interactions, influencent à la fois les risques pour la santé et le bien-être, ainsi que la vulnérabilité aux maladies et aux blessures (Centres de collaboration nationale en santé publique, 2012). Au Canada, les principaux déterminants de la santé renvoient notamment au revenu et au statut social, à l'emploi et aux conditions de travail, au genre, à la culture et à l'ethnicité (Gouvernement du Canada, 2024). Des inégalités sociales de santé sont observées lorsque les facteurs influençant la santé, comme les conditions de vie liées au revenu, à l'emploi, à la scolarité, à l'alimentation ou au logement, sont répartis de manière inéquitable au sein de la population. Ces facteurs sont eux-mêmes façonnés en amont par des éléments plus structurels, tels que le contexte politique, social et économique dans lequel s'inscrit la société, ainsi que par les systèmes mis en place par l'État (Gouvernement du Québec, 2016). Pour lutter contre les inégalités sociales de santé, les actions doivent s'arrimer à une prise en compte des déterminants sociaux de la santé, en s'attaquant aux causes structurelles plutôt qu'aux « symptômes »

des inégalités (Marmot, 2017; Plamondon et al., 2018). Les actions les plus efficaces reconnaissent les rapports de pouvoir auxquels sont confrontés les individus (Aïach, 2000).

Les déterminants sociaux de la santé sexuelle et reproductive, tels que proposés par la Chaire santé sexuelle et droits humains de l'UNESCO (2023) et l'Organisation mondiale de la santé (2025), impliquent des facteurs individuels, qui englobent les positionnements sociaux (genre, âge, orientation sexuelle), les compétences personnelles et sociales (aptitude de communication, gestion des émotions), les modes de vie et les comportements (pratiques sexuelles, hygiène) et les caractéristiques socioéconomiques (scolarité, revenu, emploi). Les facteurs interpersonnels renvoient aux communautés sociales où l'individu évolue (famille, voisinage), aux normes et aux valeurs liées à la sexualité et aux relations intimes et au contexte économique (coût de la contraception, régime public d'assurance). Les facteurs sociopolitiques incluent le contexte politique et le discours social sur les enjeux de santé sexuelle et reproductive (accès à l'avortement, reconnaissance de la pluralité de genres), l'état du système de santé (accessibilité, qualité des soins), l'état du système d'éducation (contenus d'éducation à la sexualité de qualité) et le contexte démographique (migration et mobilité).

En plus de ces facteurs, l'accès à la santé sexuelle et reproductive dépend du contrôle dont dispose un individu sur celle-ci, notamment à travers l'autonomie contraceptive. Celle-ci renvoie aux conditions qui doivent être réunies pour qu'une personne puisse, de manière autonome, déterminer ce qu'elle souhaite en matière de contraception et être en mesure de mettre en œuvre cette décision (Senderowicz, 2020). Ces conditions s'alignent aux déterminants sociaux de la santé, qui peuvent accroitre ou limiter l'accès à l'information en matière de santé sexuelle, le niveau de littératie en santé, ou l'adhésion à certaines normes sociales, notamment en lien avec la contraception. Ces normes sociales sont issues d'une socialisation genrée, qui contribue à faire porter la responsabilité contraceptive principalement aux femmes et aux personnes d'autres identités de genre susceptibles de devenir enceint.es (Kimport, 2018; Lévesque, Toupin, et al., 2024). Cela se manifeste par une charge mentale et financière accrue liée à l'usage des contraceptifs. Dans cette thèse, les situations d'IC sont analysées en tenant compte des enjeux structurels qu'elles posent pour l'équité en santé sexuelle et reproductive.

CHAPITRE 4 – MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre détaille la démarche méthodologique adoptée. Les ancrages méthodologiques qui ont accompagné la démarche de recherche sont d'abord discutés. Les principes de réflexivité, appliqués au contexte de recherche sensible, sont ensuite présentés. Les différents volets du devis de recherche en multiméthodes (qualitatif et quantitatif) sont abordés de manière consécutive, en portant une attention particulière aux procédures liées à l'échantillonnage et à la collecte des données. Les différentes analyses menées sont ensuite explicitées. Le chapitre se conclut par une présentation des considérations éthiques.

4.1 Ancrages méthodologiques

Plusieurs ancrages méthodologiques ont été mobilisés afin d'orienter et de structurer la démarche de recherche, en cohérence avec les questions de recherche et les objectifs poursuivis. Ce projet doctoral adopte un devis de recherche en multiméthodes, inscrit dans un paradigme pragmatique. Étant donné que l'IC demeure peu documentée dans la littérature scientifique, une approche exploratoire a été retenue, offrant une flexibilité conceptuelle et empirique. Cette approche exploratoire s'articule également à une perspective interdisciplinaire, alliant la santé des populations, les études féministes et la sexologie.

4.1.1 Paradigme pragmatique et multiméthodes

Le choix d'un paradigme représente l'hypothèse posée par la personne chercheure sur la manière dont les choses fonctionnent, « *how things work »* (Brown & Dueñas, 2019, p. 545). Cela renvoie à un système de croyances qui oriente les choix méthodologiques subséquents. Tel que le soulignent les chercheures Hesse-Biber et Leavy (2011), le choix d'un paradigme n'est ni bon ni mauvais. Il reflète plutôt une perspective particulière qui met l'accent sur certains aspects de la réalité, au détriment d'autres: « *one way of seeing is another way of not seeing* » (p. 38). Le choix d'un paradigme inclut l'axiologie (valeurs et

éthique), l'ontologie (perception de la nature et de la forme de la réalité), l'épistémologie (vision de ce qui constitue un savoir)[5], la méthodologie (façon dont les savoirs sont produits), puis les méthodes choisies (techniques de collecte de données) (Haider, 2022b). Ensemble, ces éléments forment un paradigme cohérent guidant l'ensemble du processus de recherche.

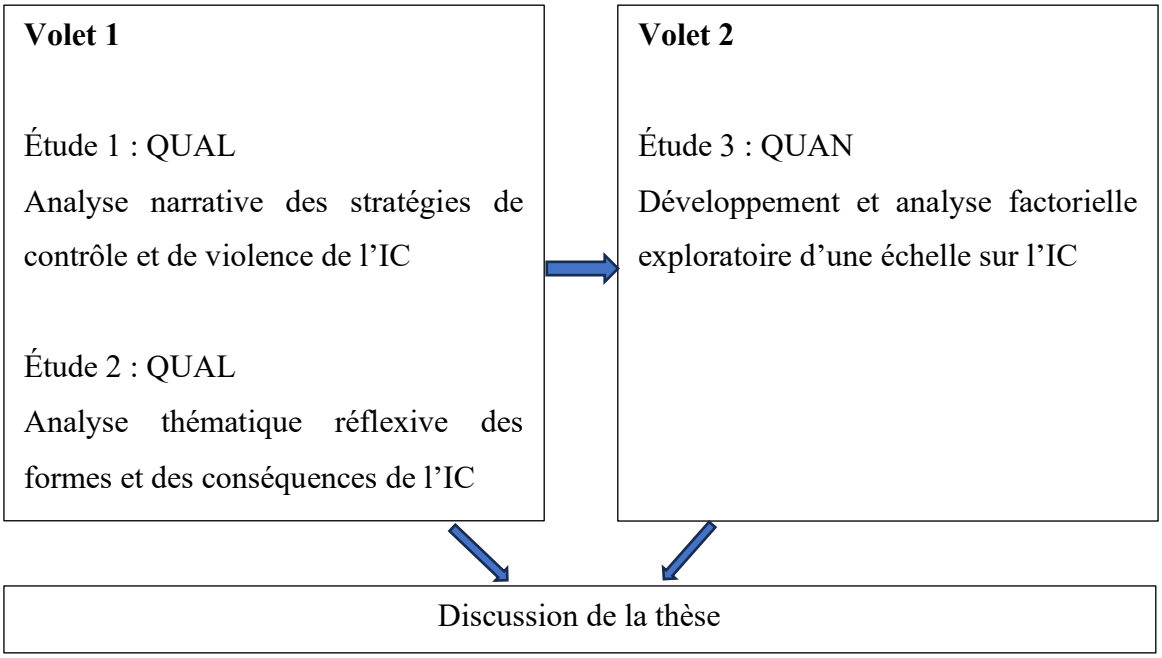
Comme abordé dans le chapitre 3, cette thèse s'inscrit dans un paradigme pragmatique, qui s'intéresse aux expériences subjectives à la fois construites – ancrées dans les traditions constructivistes empiriques – et enracinées dans la réalité du monde tel que nous le vivons et l'expérimentons (Liamputtong, 2017). Le paradigme pragmatique s'éloigne ainsi des dualités méthodologiques traditionnelles (rationalisme vs empirisme, subjectivisme vs objectivisme) en refusant de restreindre la recherche à un seul cadre d'analyse. Le pluralisme et l'éclectisme méthodologiques sont des éléments fondamentaux de ce paradigme (Haider, 2022b). Cela implique généralement le recours à un devis de recherche en méthodes mixtes ou en multiméthodes, tel que proposé dans cette thèse, où chacune répond à des questions de recherche spécifiques. Cette approche reconnait également que la dichotomie entre les méthodes qualitatives et quantitatives n'est ni rigide ni exclusive.

Les approches de méthodes mixtes engagent des données qualitatives et quantitatives afin de mieux comprendre des réalités sociales. La mobilisation de plusieurs méthodes vise ainsi à produire une compréhension à la fois approfondie et nuancée du phénomène social et de santé à l'étude (Creswell & Garrett, 2008). Dans cette thèse, un devis séquentiel exploratoire a été retenu : un premier volet qualitatif a été mené, puis ces résultats ont orienté le développement du volet quantitatif. Les données qualitatives et quantitatives ont été analysées et interprétées séparément. Plus précisément, les données qualitatives ont servi à orienter le développement de l'outil de mesure quantitatif, notamment en formulant des items reflétant les comportements rapportés dans les récits qualitatifs. Ainsi, les deux types de données sont connectés à un point d'interface – le premier volet alimente le second, sans toutefois être fusionnés ni intégrés dans une analyse

[5] L'axiologie, l'ontologie et l'épistémologie sont discutées dans le chapitre 3.

combinée. Une mise en dialogue des résultats qualitatifs et quantitatifs est toutefois proposée dans la discussion finale de la thèse[6] (voir Figure 1).

Figure 1. Devis du projet de recherche doctoral



4.1.2 Approche exploratoire et interdisciplinaire

Une posture exploratoire sous-tend cette démarche de recherche. L'approche exploratoire est généralement privilégiée lorsqu'un sujet d'étude est peu ou pas documenté dans la littérature scientifique, tout en laissant présumer l'existence d'éléments méritant d'être mieux compris (Stebbins, 2001). En cohérence avec le paradigme pragmatique, cette approche encourage une posture de recherche flexible et ouverte, capable de s'ajuster au fil des nouvelles informations recueillies.

[6] Le projet de thèse initial comprenait, en plus des volets qualitatif et quantitatif, un volet créatif. Celui-ci devait se dérouler en parallèle du volet quantitatif et consistait à recontacter les personnes participantes volontaires du premier volet afin de les inviter à des ateliers de création littéraire permettant d'aborder autrement les situations d'IC vécues. Pour des raisons de faisabilité et afin de respecter les échéanciers fixés pour la réalisation de cette thèse, ce volet a été annulé.

L'interdisciplinarité constitue une force reconnue dans les domaines des sciences sociales et de la santé, en ce qu'elle offre une diversité d'outils conceptuels et méthodologiques pour aborder des enjeux complexes, ce qui s'inscrit également en continuité avec le paradigme pragmatique. La complémentarité des disciplines permet d'adopter une perspective plus large et nuancée sur le sujet de recherche (Kumar & Remesh, 2024). Dans cette thèse, la mobilisation de l'interdisciplinarité ne prétend pas offrir une réponse exhaustive à l'enjeu étudié, mais permet plutôt de reconnaitre la coexistence de significations multiples autour d'un phénomène (Kumar & Remesh, 2024). Elle prend forme à travers l'ancrage de mes disciplines d'attache, soit la sexologie, les études féministes et la santé des populations. Dans cette perspective, la pratique réflexive devient un outil essentiel qui me permet de prendre du recul sur les choix théoriques et méthodologiques effectués, en me questionnant notamment sur les effets de mes ancrages disciplinaires (Cuevas-Garcia, 2018). Ce travail constant de négociation réflexif contribue à encourager une cohérence entre les visées interdisciplinaires du projet et les pratiques de recherche (Romm, 1998).

4.2 Pratique réflexive en contexte de recherche sensible

Cette sous-section met de l'avant les façons dont la réflexivité a été mobilisée puis intégrée dans le cadre de cette thèse. À partir des écrits scientifiques, elle débute par une description de la pratique réflexive en contexte de recherche, puis aborde les considérations actuelles entourant les émotions vécues par les personnes chercheures. La manière dont l'application concrète de cette réflexivité a été négociée sera ensuite explicitée, en terminant par l'apport du projet *Le cœur à l'ouvrage* (CAO), une initiative par et pour étudiantes, qui s'intéresse aux enjeux méthodologiques, qui a facilité cette démarche.

4.2.1 Réflexivité de la personne chercheure

La réflexivité est un processus continu qui implique une introspection sur qui nous sommes en tant que personnes chercheures, sur la manière dont nos biais et nos subjectivités influencent et informent nos démarches de recherche. Cela suppose que notre vision du monde est transformée par les recherches que nous menons, et inversement.

L'exercice de la réflexivité est constant, car il implique une reconnaissance active de notre système de valeurs avant, pendant et après la démarche de recherche (Jamieson et al., 2023). Bien que mobilisé depuis plusieurs décennies dans les contextes empiriques qualitatifs – notamment en recherche féministe (Wilkinson, 1988), et en psychologie critique et en sociologie (Holland, 1981) –, le concept de réflexivité est plus récemment intégré dans les recherches quantitatives en santé et en sciences sociales, dans une volonté de rupture avec la tradition positiviste (Ryan & Golden, 2006; Walker et al., 2013). En remettant en question l'objectivité présumée des démarches quantitatives, des chercheures soulignent les risques de décontextualisation des résultats, ce qui peut occulter des nuances sociales et culturelles importantes (Jamieson et al., 2023). Les mesures et les échelles utilisées peuvent contenir des biais ou ne pas être adaptées pour de multiples personnes, ce qui peut, à terme, perpétuer des inégalités (Ryan & Golden, 2006; Snidman et al., 2024). De plus, il existe un risque, en raison des biais de confirmation, d'accorder davantage d'importance aux résultats qui confirment l'hypothèse proposée plutôt qu'à ceux qui la remettent en question (Jamieson et al., 2023). La réflexivité est ainsi un exercice de rigueur et de transparence visant à assurer une démarche de recherche robuste. Dans cette recherche en multiméthodes, l'intégration d'une approche réflexive s'inscrit en cohérence avec la flexibilité offerte par le paradigme pragmatique (Usher, 2023).

La réflexivité permet de comprendre que notre rapport à la recherche est influencé par notre parcours de vie. Cela nous amène à percevoir le monde d'une certaine façon, à nous exprimer d'une certaine manière, à accorder une attention spécifique à des éléments plutôt qu'à d'autres. Nos sensibilités sont notamment le résultat de nos joies, de nos blessures, de notre culture et de notre socialisation. Dans cette perspective, la réflexivité implique de cultiver l'humilité et l'ouverture nécessaires pour se (ré)ajuster en cours de route (Attia & Edge, 2017). L'exercice de la réflexivité engage des questionnements à chaque étape de la démarche de recherche : pourquoi une population plutôt qu'une autre? Quelle est la pertinence sociale de cette étude et comment rendre les résultats accessibles? Pourquoi sommes-nous, ou non, bien placés pour mener cette étude? Comment interpréter les données et comment s'assurer de ne pas reproduire des inégalités? Comme d'autres chercheur.es (Allen et al., 2018; Lazard & McAvoy, 2020), je considère que la réflexivité doit être exercée en relation avec des collègues et, lorsque possible, avec des personnes

concernées par les questions de recherche. En effet, notre dialogue interne peut faire écran à l'identification de nos propres biais et peut freiner notre propension à revoir le protocole de recherche. Ainsi, la réflexivité est un processus introspectif qui mise sur la connaissance de soi et de son positionnement par rapport aux autres, mais s'inscrit aussi dans un processus intersubjectif où la démarche de recherche est négociée avec des collègues (Trainor & Bundon, 2021). Finlay (2002) ajoute la notion de réflexivité issue de la collaboration mutuelle, en encourageant la contribution des personnes participantes à la construction des connaissances.

La réflexivité peut être prospective et rétrospective (Attia & Edge, 2017). La réflexivité prospective concerne les effets de la personne chercheure sur son terrain de recherche, tandis que la réflexivité rétrospective s'intéresse aux impacts du terrain sur la personne chercheure elle-même. Cette dernière est d'autant plus pertinente à mobiliser dans le cadre de recherches portant sur des sujets sensibles, c'est-à-dire lorsque les participant.es sont invité.es à dévoiler des aspects personnels et intimes (Dickson-Swift et al., 2008; Silverio et al., 2022). Des sujets comme la violence basée sur le genre, la santé sexuelle et reproductive ou encore la sexualité sont reconnus comme étant sensibles. Cette exposition à des récits sensibles, conjuguée à un engagement réflexif, nous oblige à interroger les émotions vécues lors du terrain (McGowan, 2020).

4.2.2 Émotions en recherche dans un contexte d'exposition répétée à des contenus de violence

La réflexivité encourage les chercheur.es à identifier, nommer et analyser les émotions vécues. La considération pour les émotions a été principalement explorée dans les contextes de recherche qualitative, où elles sont considérées comme indispensables à la création de sens et à l'interprétation des données (Rivera, 2018). La rencontre avec l'autre, notamment via des entretiens individuels de recherche, et l'effort nécessaire pour comprendre une réalité selon ses perspectives, demande nécessairement une sensibilité émotionnelle capable de capter ces complexités (Åhäll, 2018). L'implication des émotions dans un contexte quantitatif est plus rarement discutée, car elle remet en question le paradigme positiviste dominant, qui considère que les émotions nuisent à l'objectivité et la neutralité de la démarche (Bonnet & Rochedy, 2020; Ross, 2017). Pourtant, plusieurs

chercheur.es – notamment des pragmatistes – plaident pour une approche réflexive intégrant les émotions, tant dans les contextes qualitatifs que quantitatifs (Haider, 2022a).

En contexte de recherche sensible, la neutralité émotionnelle n'est ni possible ni souhaitable puisqu'elle empêcherait l'établissement d'un lien empathique avec les personnes participantes (Fitzpatrick & Olson, 2015). Par exemple, dans le cadre d'un entretien individuel, des hochements de tête peuvent favoriser un sentiment de sécurité et de confiance, encourageant un partage authentique de son histoire (Copp et al., 2008). La mobilisation des émotions vécues peut ainsi participer à une plus grande clarté intellectuelle et à une compréhension approfondie du sujet d'étude et des personnes participantes (Blakely, 2007). Les émotions ont été reconnues comme des clés de compréhension et mobilisées consciemment tout au long de cette démarche de recherche.

Dans le cadre de recherches sur des sujets sensibles, une variété d'émotions peut être ressentie. Les risques associés sont multiples : physiques, psychologiques et émotionnels, sociaux, économiques et légaux (Dickson-Swift et al., 2008; Haider, 2022a). L'exposition répétée à des récits traumatiques peut entrainer des risques de trauma vicariant, de la même façon que peuvent le vivre les sexologues clinicien.nes, les psychothérapeutes et les intervenant.es (Hendrix et al., 2021; Maranzan et al., 2018; Massey et al., 2019). Le trauma vicariant fait référence aux impacts psychologiques découlant de l'exposition indirecte, mais cumulative à des événements traumatiques, générés par l'engagement empathique avec les personnes qui en témoignent (Coles et al., 2014; Smith et al., 2021). Les symptômes peuvent se manifester sous forme d'hypervigilance, d'anxiété, de culpabilité, de pensées intrusives ou de troubles du sommeil (Dickson-Swift et al., 2009).

La régulation des émotions et une prise en charge rapide des symptômes de trauma vicariant chez les personnes chercheures sont cruciales, tant pour préserver la rigueur de la démarche de recherche que pour assurer l'espace mental et émotionnel nécessaire lors de la rencontre avec les personnes participantes (Coles et al., 2014; Grundlingh et al., 2017). La reconnaissance et la normalisation de ces réactions émotionnelles sont, en ce sens, essentielles (Hubbard et al., 2001; Vince, 2020). Des stratégies sont réfléchies depuis plusieurs années, en particulier dans le contexte de recherche portant sur la violence basée sur le genre, et impliquent de 1) limiter le nombre d'entretiens par semaine, 2) les mener

en avant-midi, 3) confier la transcription des enregistrements à une autre personne, 4) limiter l'écoute des enregistrements à une heure à la fois, 5) éviter de réaliser une revue de la littérature sur la violence lors de la collecte de données, et 6) organiser des séances de rétroaction avec un.e collègue de confiance ou avec la personne chargée de la transcription (McCoster et al., 2001). Ces stratégies visent à prévenir la détresse émotionnelle que pourraient vivre les personnes chercheures. D'autres stratégies incluent le soutien offert par un.e chercheur.e sénior, combinant supervision méthodologique, encadrement éthique et soutien émotionnel (Fenge et al., 2019; Shaw et al., 2020). Le mentorat entre pairs, où des rétroactions critiques et bienveillantes sont partagées, est aussi encouragé (Silverio et al., 2022), tout comme la tenue d'un journal réflexif pour favoriser une saine gestion du stress lié au travail de terrain (Haider, 2022a; Johnson, 2009). Dans le cadre de cette thèse, plusieurs de ces stratégies ont été mises en place, en cohérence avec la posture réflexive adoptée, afin de mitiger les risques liés à l'exposition à des récits traumatiques.

4.2.3 Mise en place d'une pratique réflexive

Ma pratique réflexive s'est principalement organisée autour de deux axes, en tenant compte des dimensions prospective et rétrospective de la réflexivité, telles que définies précédemment (Attia & Edge, 2017). Premièrement, j'ai cultivé une démarche introspective qui m'a amenée à interroger mon rapport à cette recherche doctorale et qui s'est traduit par la tenue d'un journal de bord.

Les terrains qualitatif et quantitatif que j'ai menés m'ont amenée à passer par une multitude d'émotions parfois contradictoires : j'ai été émue, joyeuse, apeurée, dégoutée, en colère, triste, remplie d'espoir, abasourdie, découragée et sereine. Ces émotions, ainsi que les réflexions qu'elles ont suscitées, ont été notées dans le journal de bord et ont fait l'objet de différentes conférences (Rousseau, 2023, 2024). Le journal de bord contient des idées éparpillées et abouties, des illustrations et des schémas, de même que des éléments poétiques. Il contient aussi des notes prises lors de congrès scientifiques afin d'alimenter mes réflexions. Je l'ai utilisé tout au long de la réalisation de la thèse, de 2020 à 2025. En plus du journal de bord, j'ai complété des notes réflexives, après chaque entretien

individuel, intégrant des questionnements méthodologiques, conceptuels et éthiques, ou des pistes d'interprétation de l'IC[7].

Cette réflexivité introspective m'a aussi menée à questionner mon rapport au terrain de recherche qualitatif, dans une visée prospective. Comme d'autres chercheures (Allen et al., 2018), je constate que les personnes participantes tendaient à s'identifier ou se sous-identifier à moi en tant que membre de leur propre groupe. Dans ce terrain de recherche, le genre a souvent agi comme un marqueur permettant de présumer, à raison ou à tort, de réalités partagées. L'écart d'âge, en moyenne de 10 ans, est significatif dans le contexte développemental où les jeunes se trouvent, ce qui marquait certaines distinctions dans les repères mobilisés (p. ex., mots employés, repères culturels). Mon apparence physique, mon accent, ma couleur de peau et mon parcours professionnel ont aussi exercé une influence sur le terrain. Cela s'est notamment observé en lien avec l'identité ethnoculturelle, alors que des personnes participantes spécifiaient par exemple « *dans ma culture, …* » (P16) ou « *chez nous en [lieu géographique], …* » (P7), ce qui laisse croire qu'elles me percevaient, souvent à raison, comme externe à certains des groupes sociaux auxquels elles s'identifient ou sont affiliées. Ces différents marqueurs sociaux, qu'ils soient perçus ou avérés, influencent nécessairement la propension des participantes à partager ou non des éléments. Le fait d'être perçue comme extérieure à la communauté peut inciter un plus grand dévoilement (Dwyer & Buckle, 2022; Yip, 2024). À l'inverse, certain.es participant.es ont pu s'abstenir d'aborder certains sujets par crainte que je ne comprenne pas leur vécu et que je l'interprète mal. J'accepte ces limites inhérentes au contexte d'entretien individuel, en accordant la priorité à la sécurité et au confort des personnes participantes: je souhaite avant tout qu'elles se sentent libres de partager ce qu'elles désirent transmettre, tout comme de taire ce qu'elles préfèrent garder pour elles.

Deuxièmement, j'ai entretenu une réflexivité intersubjective en consultant, à différents moments, de proches collaboratrices et collaborateurs, en plus de bénéficier d'un mentorat entre pairs par l'entremise de l'initiative *Le cœur à l'ouvrage*. Ce groupe a été

[7] Les notes réflexives sont détaillées dans la sous-section 4.3.2.3 Déroulement des entretiens individuels, de ce présent chapitre.

d'un soutien précieux et a contribué au perfectionnement de mes compétences techniques, intellectuelles et humaines comme chercheure de la relève.

4.2.4 *Le cœur à l'ouvrage* : un groupe à soi pour l'exercice réflexif

Le cœur à l'ouvrage (CAO) est la première initiative étudiante financée par le Réseau québécois en études féministes (RéQEF). Il s'agit d'un groupe autogéré, conçu par et pour des étudiantes, qui offre un espace de réflexion et de soutien dans le contexte de projets de recherche qualitatifs portant sur des enjeux sensibles, tels que la violence basée sur le genre. Cette initiative est cofondée par Carole Boulebsol, alors doctorante en sciences humaines appliquées à l'Université de Montréal et moi-même, doctorante en santé des populations à l'Université d'Ottawa. Nous travaillions toutes deux au sein du même laboratoire de recherche, le *Laboratoire sur la santé reproductive et les violences* à l'Université du Québec à Montréal. L'idéation de cet espace émerge de discussions que nous avons eues au fil des années, renvoyant aux nœuds méthodologiques et éthiques inévitablement rencontrés lors de terrains de recherche difficiles (Boulebsol & Rousseau, 2024). Nous nous sommes particulièrement intéressées aux dimensions émotionnelles qui traversent ces situations : que faire lorsqu'un entretien nous bouleverse au point de nous faire pleurer? Comment réagir face à un récit où la violence subie est banalisée? Quelle place accorder au sentiment d'impuissance ressenti? Comment contenir les émotions et les réflexions envahissantes, afin d'en limiter les débordements dans la vie personnelle?

Nous avons souhaité réfléchir collectivement à ces enjeux, avec des pairs issus de parcours et de disciplines différentes des nôtres. Cinq autres personnes se sont jointes à nous : Juliette Chevet (UQAM), Océane Corbin (UQAM), Véronica Gomes (UQAM), Pascale Matecki (uOttawa), Lydia Risi (INRS). Ensemble, nous avons abordé les défis épistémologiques (positionnalité, philosophie de la science), les enjeux de procédures (méthodologiques et éthiques) et les impacts vécus (santé mentale, bien-être, politisation). Ces échanges ont permis de mettre en commun des savoirs et de développer des pratiques collectives pour y répondre (Le coeur à l'ouvrage, 2024, accepté). Le CAO est en connivence avec plusieurs apports philosophiques et intellectuels, dont le *groupe à soi*, inspirée de la proposition féministe de la *chambre à soi* de Virginia Wolfe (1929), selon laquelle la liberté intellectuelle des femmes ne devient possible que lorsque certaines

conditions matérielles et temporelles sont réunies. Ainsi, le CAO a opté pour des rencontres longues, ce qui nous donnait l'occasion de prendre le temps d'élaborer notre pensée, sans urgence, et de partager un repas.

Dans cet espace, nous avons assuré le transfert et le développement de nos connaissances en se soutenant mutuellement, en partageant nos outils et nos approches et en diffusant, par communication ou rédaction scientifique et grand public, les constats issus du CAO[8]. Cette implication m'a amené à renégocier à plusieurs moments mon rapport à la recherche. Je me suis questionnée sur mon rôle et mes responsabilités comme chercheure auprès de la communauté, des jeunes rencontré.es, de mes collègues et de l'institution qu'est l'université. L'expérience du CAO a nourri ma démarche, me permettant de concevoir cette thèse avec réflexivité et engagement.

4.3 Volet qualitatif

Dans ce devis séquentiel en multiméthodes, le premier volet est de nature qualitative. Cette section détaille la stratégie d'échantillonnage retenue, en précisant les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les démarches de recrutement. La collecte de données est ensuite présentée, notamment à travers les outils mobilisés, à savoir un guide d'entretien individuel semi-dirigé et un questionnaire sociodémographique. Les procédures entourant la réalisation des entretiens individuels sont décrites, suivies des analyses effectuées.

4.3.1 Échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage retenue est non probabiliste (c'est-à-dire qu'elle ne vise pas la représentativité ou la généralisation des résultats) et intentionnelle, ce qui implique que les personnes participantes devaient elles-mêmes manifester leur intérêt à prendre part à l'étude (Beaud, 2020). Il s'agit d'un échantillon de convenance, composé uniquement de personnes volontaires. Aucune personne n'a été directement sollicitée pour

[8] La liste des productions du CAO est disponible sur le site web du RéQEF : https://reqef.uqam.ca/le-coeur-a-louvrage/

la participation au projet de recherche. L'objectif de l'échantillonnage était de constituer un groupe de participant.es en mesure d'informer sur une diversité d'expériences liées à l'IC. L'échantillonnage a été réalisé conformément aux critères d'inclusion et d'exclusion établis. Le recrutement reposait sur un principe « *premier arrivé, premier servi* », bien que ce critère n'ait pas eu à être appliqué, puisque toutes les personnes intéressées et admissibles ont pu participer au projet de recherche.

4.3.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour participer au volet qualitatif, les personnes devaient : 1) être âgées de 16 et 25 ans, 2) résider au Québec, et 3) avoir vécu une situation d'IC dans le cadre d'une relation intime ayant durée trois mois ou plus. Ces critères ont été sélectionnés afin de diversifier les profils sociodémographiques et de permettre l'inclusion d'un large éventail d'expériences. Puisque le terme « *interférence contraceptive* » demeure méconnu et nécessairement peu utilisé dans le langage courant, des formulations alternatives ont été élaborées pour rejoindre les personnes concernées. La formulation suivante a été retenue pour l'affiche de recrutement : « *Avec cette personne, il est ou il était difficile d'utiliser la contraception souhaitée ou de te protéger contre une grossesse non désirée?* ». Les personnes de toutes identités de genre et orientations sexuelles étaient invitées à participer si elles avaient vécu une ou plusieurs situations d'IC dans le cadre d'une relation intime avec un homme cisgenre ou une personne d'une autre identité de genre avec un pénis.

Les critères d'exclusion renvoyaient aux situations portant sur 1) les effets secondaires ressentis à la suite de l'utilisation de contraceptifs, ayant découragé leur usage et 2) la difficulté à trouver une méthode contraceptive adaptée à sa réalité ou à sa santé. Les hommes cisgenres en relation hétérosexuelle ont aussi été exclus de l'étude afin de centrer l'analyse sur les effets des rapports de pouvoir basés sur le genre, en cohérence avec les processus distincts de socialisation genrée entre les filles et les garçons.

4.3.1.2 Recrutement

Le recrutement a débuté en janvier 2023, à la suite de l'obtention de la certification éthique du Bureau d'éthique et d'intégrité à la recherche de l'Université d'Ottawa [H-09-22-8218] (voir Annexe C), et s'est terminé en mai 2023.

La première phase du recrutement a été menée auprès de divers organismes communautaires. Un courriel expliquant le projet de recherche, accompagné de l'affiche de recrutement, a été envoyé à des organismes offrant des services spécialisés aux personnes ayant vécu une agression sexuelle ou de la violence conjugale (p. ex., CALACS et maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale). Certains de ces organismes communautaires ont partagé l'affiche de recrutement sur leurs réseaux sociaux (p. ex., page Facebook) et dans leur réseau professionnel (p. ex., liste de diffusion, infolettre).

Des organismes communautaires offrant du soutien psychosocial, de l'aide alimentaire ou des services de réinsertion professionnelle aux jeunes de 30 et moins ont aussi été sollicités. Un seul d'entre eux a répondu à l'appel, permettant l'affichage du matériel de recrutement dans ses locaux. Cet organisme offre notamment des services en santé sexuelle et reproductive, ainsi que des ateliers d'éducation à la sexualité pour les jeunes.

Des organismes offrant des services de soutien aux jeunes LGBTQ+ ont aussi été contactés, sans retour de leur part. Il en est de même pour les organismes communautaires ayant une mission d'éducation et d'autonomisation des filles et des femmes. Ce faible taux de réponse pourrait s'expliquer par la surcharge de travail à laquelle sont confrontés les organismes communautaires, en plus d'un financement précaire et insuffisant.

Des liens ont également été établis avec les responsables du projet *Parties de plaisir*, une initiative de la Direction régionale de santé publique de Montréal. Grâce à leur soutien, une rencontre a eu lieu en avril 2023 avec l'ensemble des responsables de dossiers en violence à caractère sexuel (VACS) ainsi qu'en santé mentale et physique dans les cégeps de l'Île de Montréal. Ces responsables de dossiers sont majoritairement des sexologues, infirmières, psychologues et travailleuses sociales. Cette rencontre a permis de présenter le projet de recherche et de sonder leur intérêt à soutenir la collecte de données

(qualitative ou quantitative) au sein de leur établissement. Toutefois, malgré un intérêt exprimé lors de la rencontre, aucune suite concrète n'a été donnée.

La deuxième phase du recrutement, qui a mené à la rencontre de la quasi-totalité des personnes participantes (16 personnes participantes sur 17), a été menée dans les cégeps. Au total, sept cégeps ont été contactés afin de les informer du projet et de sonder leur intérêt à soutenir le processus de recrutement. Des demandes de certification éthique ont été déposées auprès de cinq établissements situés dans la région métropolitaine de Montréal. Le Cégep de Saint-Laurent a été le premier à accorder une approbation éthique, en février 2023 [SL-2023-02] (voir Annexe D). En vertu de l'Entente de reconnaissance éthique multiétablissements de la Fédération des cégeps, le Cégep de Saint-Laurent est alors devenu le comité d'éthique à la recherche initial (CER initial) du projet.

Des demandes de certification éthique ont ensuite été soumises aux autres cégeps. Le Cégep Marie-Victorin a octroyé le certificat d'approbation éthique en avril 2023 [No. 125a] (voir Annexe E), et le Cégep Gérald-Godin en mai 2023 [No. 39] (voir Annexe F). Le Cégep Édouard-Montpetit a décliné la demande après consultation interne, évoquant des enjeux vécus par leur communauté étudiante, sans autre précision. Le Cégep André-Laurendeau, dont l'École de technologie supérieure (ÉTS) agit à titre de comité éthique, a exigé des modifications jugées incompatibles avec le respect de la confidentialité des données. Conformément aux recommandations du Bureau d'éthique et d'intégrité à la recherche de l'Université d'Ottawa, les démarches ont donc été interrompues. Les cégeps participants ont diffusé l'appel à participation (voir Annexe H) par l'entremise de leur messagerie institutionnelle.

4.3.2 Collecte de données

Un guide d'entretien individuel semi-dirigé, combiné à un questionnaire sociodémographique, a été utilisé pour documenter les situations d'IC vécues par les personnes participantes. Cette section présente ces deux outils de collectes de données, puis détaille les étapes procédurales encadrant la réalisation des entretiens.

4.3.2.1 Guide d'entretien individuel semi-dirigé et questionnaire sociodémographique

Les données qualitatives ont été recueillies à l'aide d'un guide d'entretien individuel semi-dirigé (voir Annexe K), précédé d'un court questionnaire sociodémographique complété par les personnes participantes avant l'entretien (voir Annexe J). Ce questionnaire était disponible en ligne via la plateforme Qualtrics. Une question d'identification, demandant aux personnes participantes d'inscrire leurs initiales et leur année de naissance, permettait de lier les réponses à l'entretien. Il était ainsi possible de revenir sur certaines réponses durant l'entretien, avec leur consentement.

Le guide d'entretien (voir Annexe K) débutait par des questions brise-glace, portant sur la motivation à participer au projet de recherche et une brève description personnelle (p. ex., domaine d'études, centres d'intérêt). La section suivante explorait les perceptions et expériences en matière de contraception, incluant la stratégie contraceptive utilisée (le cas échéant) et les raisons ayant motivé l'usage ou non de la contraception (p. ex., accessibilité, coût, situation relationnelle, considérations environnementales). L'exploration du contexte relationnel visait ensuite à documenter les spécificités de la relation intime dans laquelle l'IC avait été vécue (p. ex., description du partenaire, caractéristiques et durée de la relation). Une question ouverte et non dirigée permettait ensuite d'approfondir les situations d'IC vécues dans cette relation.

Les rapports de pouvoir présents dans la relation intime étaient aussi abordés, notamment par l'entremise d'une question visant à identifier qui avait généralement le dernier mot au sujet de la contraception. Les contextes de négociation entourant l'usage de la contraception étaient également discutés. Des questions plus ciblées portant sur le contrôle coercitif dans la relation intime étaient posées, telles que : « *Qu'est-ce que tu t'empêchais de demander ou de faire avec ce partenaire, par crainte de représailles ou de conséquences ?* ». Cette question permettait de documenter les contextes de contrôle, de manipulation, et plus largement de VPI présents dans la relation intime. L'entretien individuel se penchait aussi sur les impacts de l'IC sur la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale, la perception des hommes ou des relations hétérosexuelles, ainsi que la perception identitaire. Une partie de l'entretien était consacrée à l'exploration des identités et des marqueurs sociaux, afin de mieux comprendre leur influence possible dans les situations d'IC. Une question portait sur les messages de sensibilisation ou d'éducation qui

pourraient être développés pour prévenir l'IC. L'entretien se concluait par une invitation à partager tout élément que les personnes participantes jugeaient important et qui n'aurait pas été abordé au cours de l'entretien.

4.3.2.2 Procédures

Les personnes intéressées à participer au projet de recherche étaient invitées à me contacter par courriel. Ce premier échange visait à vérifier que la personne correspondait aux critères d'inclusion. Étant donné l'intérêt important suscité par le projet (77 personnes ont manifesté leur intérêt à participer), les critères d'inclusion et d'exclusion ont dû être systématiquement validés. À cette fin, les personnes étaient invitées à répondre à la question suivante: « *Pour m'assurer que tu correspondes aux critères d'inclusion du projet, est-ce que tu pourrais me dire ton âge et quelques mots sur la situation que tu as vécue où il était difficile/impossible d'utiliser de la contraception avec un.e partenaire intime?* ». Les réponses à cette question prenaient généralement la forme de courts récits de deux à quatre phrases. Des 77 personnes ayant manifesté leur intérêt à participer, 22 n'ont pas répondu à ce courriel de validation.

Au total, 31 personnes ont été exclues, car elles ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. Les situations rapportées par ces personnes concernaient, par exemple, les effets secondaires ou les difficultés liées à l'utilisation de contraceptifs hormonaux (n = 11), ou encore aux obstacles à l'accès à la contraception, tels que la peur que les parents ne découvrent les contraceptifs, le coût trop élevé, les délais et démarches complexes pour obtenir un rendez-vous en gynécologie, ou le manque d'information sur les potentielles contre-indications liées à l'usage simultané de contraception hormonale et de testostérone) (n = 7). Quelques hommes en relation intime avec des femmes ont manifesté leur intérêt à participer à l'étude (n = 13). Le même message de validation leur a été envoyé. Ceux ayant répondu ont exprimé leur souhait de participer pour : partager leur désaccord avec l'usage de contraception par leur partenaire (n = 1), discuter du refus de leur partenaire d'utiliser la pilule contraceptive en raison d'effets secondaires (n = 1) ou parler des effets secondaires vécus par leur partenaire (n = 2), aborder des situations où leur partenaire refusait le port du condom (n = 3), ou encore partager des cas de rupture accidentelle du condom (n = 1).

La planification des entretiens individuels a été effectuée avec les personnes répondant aux critères d'inclusion (n = 24). Un courriel explicatif leur était transmis afin de présenter le déroulement de l'entretien, de souligner la confidentialité de leur participation et de préciser la durée approximative de la rencontre. Un rendez-vous était ensuite planifié, selon les disponibilités de la personne participante et la modalité choisie (Zoom ou en présence, dans un local du cégep). Lorsque l'entretien se déroulait par Zoom, il était demandé à la personne participante de s'assurer d'être dans un lieu privé et confidentiel. Il s'agit de 7 personnes qui n'ont pas participé à l'entretien, soit parce qu'elles n'ont pas confirmé le rendez-vous, soit parce qu'elles ne s'y sont pas présentées. Au total, 17 personnes ont été rencontrées dans le cadre d'un entretien individuel.

4.3.2.3 Déroulement des entretiens individuels

La rencontre débutait par une présentation du projet de recherche, suivie d'une explication détaillée du formulaire d'information et de consentement (Annexe A). Le temps nécessaire était consacré à répondre aux questions des personnes participantes. Celles-ci devaient signer le formulaire de consentement avant le début de l'entretien. L'ensemble des personnes participantes étaient informées qu'elles pouvaient prendre des pauses au besoin pendant l'entretien, qu'elles n'étaient pas tenues de répondre aux questions pouvant les indisposer, et qu'elles avaient le droit de mettre fin à leur participation en tout temps, sans justification nécessaire. Avec leur accord, les entretiens étaient enregistrés. Tous les entretiens ont été enregistrés sur bande audionumérique.

La durée des entretiens variait de 35 à 82 minutes (moyenne : 53 minutes). Les entretiens ont été réalisés entre février et mai 2023. La majorité d'entre eux ont eu lieu sur la plateforme Zoom (n = 13), tandis que quatre ont été menés en présentiel, dans un local réservé au sein du cégep fréquenté par les personnes participantes.

À la fin de chaque entretien, je demandais aux personnes participantes comment elles se sentaient et comment elles avaient vécu le dévoilement de ces situations (R. Campbell et al., 2009, 2010). Cette question visait à cerner les besoins de soutien psychosocial pouvant être présents chez les personnes participantes. Une liste de ressources de soutien leur était systématiquement remise, accompagnée d'une explication détaillée des services offerts. Lorsque des besoins spécifiques étaient exprimés (p. ex. soutien en

lien avec un trouble alimentaire ou à la suite d'une agression sexuelle) ou que des préférences géographiques étaient mentionnées (p. ex., ressources situées à proximité du domicile ou offrant des services en ligne), des ressources complémentaires leur étaient transmises par courriel après l'entretien. Un courriel était envoyé à chacune des personnes participantes, après l'entretien, pour les remercier de leur participation, leur repartager le formulaire de consentement signé et la liste de ressources de soutien, ainsi que leur transmettre le mot de passe requis pour accepter le virement Interac de 30$ offert à titre de compensation financière.

Une fois l'entretien terminé et la personne participante déconnectée ou partie, je prenais un moment pour consigner mes notes réflexives, selon un format structuré. La première section résumait brièvement le contenu de l'entretien. La deuxième portait sur le déroulement de l'entretien en spécifiant la modalité de rencontre (en ligne ou en présence), la fluidité de l'échange (interruptions, pauses), et les moments de discussion avant et après l'entretien avec la personne participante. La troisième section était réservée à la critique du guide d'entretien, en notant les questions à ajuster, retirer ou ajouter pour les prochains entretiens. La quatrième section était dédiée aux effets de l'entretien sur la personne participante, recueillis dans les échanges de fin d'entretien. La dernière section rassemblait mes réflexions conceptuelles liées à l'IC, mes questionnements sur mes techniques d'entretien, ainsi que les effets émotionnels que l'entretien avait pu susciter chez moi. Cela s'inscrit dans l'approche réflexive adoptée dans le cadre de cette recherche, qui accorde une attention particulière aux effets de l'exposition à des récits traumatiques, de même qu'aux émotions ressenties par les personnes chercheures.

4.3.3 Analyses qualitatives

Alors que des étapes communes ont été réalisées en vue de la rédaction des deux articles qualitatifs, des méthodes d'analyse distinctes ont été choisies selon les objectifs propres à chacun (voir Tableau 4.1).

Tableau 4.1 Méthode d'analyse qualitative pour chaque article

Article	Objectifs de l'étude	Méthode d'analyse des données	Format des résultats
1	1) Identifier les stratégies de contrôle mises en place par les auteurs d'IC; 2) Documenter les effets de l'IC et d'autres formes de violence présentes dans la relation sur l'autonomie contraceptive.	Analyse narrative	Trois métarécits narratifs
2	1) Décrire les formes rapportées d'IC; 2) Documenter les impacts de l'IC; 3) Explorer comment le travail émotionnel est activé dans les contextes d'IC.	Analyse thématique réflexive	Catégories conceptuelles

4.3.3.1 Préparation des données qualitatives, codification et création de matrices

La première étape a consisté à transcrire intégralement les enregistrements audio des entretiens individuels, en format verbatim. Cette transcription a été effectuée par une collègue-étudiante du *Laboratoire de recherche sur la santé reproductive et les violences*, Claudia Ethier, ainsi que par moi-même. Les transcriptions ont été anonymisées par le retrait de toute donnée nominale ou de tout élément de contexte susceptible de révéler l'identité des personnes participantes. Les verbatims tiennent compte des silences, des pauses, de certains gestes physiques (p. ex., mimer des guillemets, laisser tomber les bras en signe de découragement), de l'expression d'émotions (p. ex., pleurs, rires) et du ton (p. ex., surprise, consternation). En parallèle à la transcription, des résumés approfondis de chaque entretien ont été produits. Toutes les transcriptions ont été téléversées dans le logiciel d'analyse NVivo 14 (QSR International pty.).

Une première codification déductive, basée sur les grandes thématiques du guide d'entretien, a permis de classer les données. Cette codification a ensuite été affinée en

fonction des objectifs poursuivis par chacun des deux articles mobilisant les données qualitatives.

Cette codification initiale a mené à la création de matrices verticales et horizontales. L'analyse verticale consistait à examiner chaque transcription individuellement (Gaudet & Robert, 2018b). Cette matrice verticale faisait ressortir, pour chacune des personnes participantes, les éléments clés liés à l'IC, à la VPI et au contexte relationnel dans lequel ces situations se sont produites. Cette mise à plat des données a facilité la visualisation des trajectoires individuelles. L'analyse horizontale, quant à elle, portait sur les données de l'ensemble des entretiens afin de produire une compréhension sémantique transversale du corpus (Gaudet & Robert, 2018a). Une matrice croisée regroupant les formes d'IC et de VPI rapportées a été réalisée. Cette matrice a été particulièrement mobilisée dans l'article 1, afin de mieux comprendre l'interaction entre l'IC et un contexte élargi de VPI.

4.3.3.2 Analyse narrative de l'article 1

Pour l'article 1, une analyse narrative a été réalisée. Cette approche a permis de construire trois métarécits suivant une structure narrative classique : situation initiale, événement perturbateur, effet sur le déroulement, dénouement et situation finale. L'analyse narrative porte une attention particulière à la séquence chronologique avec laquelle les personnes participantes racontent leur récit et la façon dont elles y attribuent du sens (Andrews et al., 2017; Nasheeda et al., 2019). Les métarécits, en reprenant cette séquence chronologique, représentent une forme de récit composite, créés à partir d'expériences individuelles partagées qui traversent les différents entretiens. Ils mettent en lumière l'imbrication des violences et leurs dimensions cumulatives, tout en exposant les émotions, l'agentivité et la subjectivité présentent dans ces situations (Andrews et al., 2017). Cette approche a permis de construire trois métarécits reflétant les expériences des personnes participantes, en suivant l'histoire de trois protagonistes étant dans une relation intime marquée par l'IC. Ces trois histoires se distinguent sur la base des formes d'IC et de VPI subis, de même que de l'attitude du partenaire intime.

4.3.3.3 Analyse thématique réflexive de l'article 2

Pour l'article 2, une analyse thématique réflexive a été menée, selon l'approche de Braun et Clarke (2006, 2012, 2019). Cette approche s'intéresse aux significations partagées qui traversent les données, en les concevant comme étant toujours "*context-bound, positioned and situated*" (Braun & Clarke, 2019, p. 591). L'analyse thématique réflexive invite la personne chercheure à s'imprégner des données, puis à les interpréter en reconstituant une histoire analytique. Cette approche reconnait aussi le caractère réflexif du processus, en valorisant l'engagement actif de la personne chercheure dans l'interprétation du matériel empirique (Braun & Clarke, 2019). La personne chercheure joue ainsi un rôle agentif dans la production de connaissances et de savoirs, lesquelles s'ancrent dans ses propres référents, expériences et positionnalités (Trainor & Bundon, 2021). Cette approche a permis de faire émerger quatre catégories conceptuelles, illustrant la diversité des impacts de l'IC à court et à long terme sur la santé, la sexualité et l'intimité des jeunes.

4.4 Volet quantitatif

Le volet quantitatif constitue le deuxième volet du devis séquentiel exploratoire en multiméthodes. Cette section présente les différentes étapes du développement de l'échelle portant sur l'IC, élaborée à partir des données qualitatives issues du premier volet. La stratégie d'échantillonnage, incluant les critères d'inclusion et d'exclusion, de même que les démarches de recrutement, y est ensuite détaillée. En ce qui concerne la collecte de données, le questionnaire en ligne est présenté, de même que les procédures liées à sa complétion. Enfin, les analyses descriptives et l'analyse factorielle exploratoire sont brièvement décrites.

4.4.1 Développement de l'instrument de mesure portant sur l'interférence contraceptive

Le développement de l'échelle s'est appuyé sur les étapes proposées par DeVellis (2017), soit : 1) Définir ce qui doit être mesuré; 2) Générer plusieurs items; 3) Déterminer le format de réponses de l'échelle, 4) Réviser les items avec des personnes expertes; 5)

Envisager l'inclusion d'items de validation, 6) Réviser les items avec la population ciblée; 7) Évaluer les items et 8) Optimiser la longueur de l'échelle. Parallèlement, une recension des instruments existants comportant au moins un item lié à l'IC a été réalisée. Ces items ont été compilés, puis enrichis par d'autres items inspirés des comportements documentés dans les données qualitatives du premier volet. Une échelle composée de 25 items a été intégrée au questionnaire en ligne.

4.4.2 Échantillonnage

Pour ce volet, un échantillon de convenance a été constitué. Ainsi, seules les personnes intéressées à participer et répondant aux critères d'inclusion étaient invités à remplir le questionnaire. Cet échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble de la population et les résultats ne sont pas généralisables.

4.4.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion pour participer à ce volet étaient les suivants : 1) Être âgé.e de 16 à 23 ans, 2) Résider au Québec, 3) Avoir un utérus (inclusif des personnes de toutes identités de genre), et 4) Avoir déjà été en relation intime avec une personne avec un pénis pendant trois mois ou plus (inclusif des personnes de toutes orientations sexuelles). Aucun critère d'exclusion n'était appliqué pour ce volet.

4.4.2.2 Recrutement

La collecte de données s'est déroulée de novembre 2023 à mai 2024. Les personnes participantes ont été recrutées dans quatre cégeps de Montréal. Une certification éthique a été obtenue pour chacune de ces institutions postsecondaires : Cégep de Saint-Laurent (voir Annexe D), Cégep Marie-Victorin (voir Annexe E), Cégep Gérald-Godin (voir Annexe F) et Cégep Ahuntsic (voir Annexe G). L'affiche d'appel à participation a été diffusée via la messagerie institutionnelle utilisée par les personnes étudiantes (Annexe I). Des affiches imprimées ont aussi été posées sur les murs des cégeps. Les personnes qui remplissaient le questionnaire couraient la chance de gagner un montant de 50$. Le montant a été remis à une personne participante à la suite d'un tirage au sort.

4.4.3 Collecte de données

La présente section décrit les différentes composantes du questionnaire en ligne, ainsi que les procédures suivies dans le cadre de sa diffusion.

4.4.3.1 Questionnaire en ligne

Les personnes devaient lire et signer électroniquement le formulaire d'information et de consentement (voir Annexe B) avant de pouvoir entamer la complétion du questionnaire. L'introduction au questionnaire les invitait à répondre aux questions en se basant sur leur dernière relation intime d'une durée de 3 mois ou plus, ou sur leur relation intime actuelle avec une personne avec un pénis.

Le questionnaire comprenait huit sections (voir Annexe L). La première se penchait sur la ou les méthodes de contraception utilisées par la personne participante au moment de la relation intime. La deuxième section présentait l'échelle développée de 25 items mesurant les comportements d'IC. La troisième section portait sur la distinction entre les comportements d'IC et ceux de CR, en demandant aux personnes participantes si elles pensaient que les gestes d'IC posés par leur partenaire visaient à provoquer une grossesse. Si la personne cochait « *non* », elle était invitée à répondre à la question ouverte suivante : « *Dans quel(s) but(s) crois-tu que ton/ta partenaire intime a posé ce(s) geste(s)?* ». La quatrième section documentait les impacts sur la santé mentale, la santé sexuelle et reproductive et l'intimité des comportements d'IC. La cinquième section explorait les rapports de pouvoir présents dans la relation intime, en mobilisant la *Sexual Relationship Power Scale* (Pulerwitz et al., 2000), composée de 15 items. La sixième section documentait les contextes de VPI à l'aide de l'échelle *The Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory, short form (CADRI-S)* (Fernández-González et al., 2012). Cette échelle couvrait la violence physique, les comportements menaçants, la violence sexuelle, la manipulation de l'entourage (p. ex., répandre des rumeurs) et la violence verbale. La septième section présentait une question ouverte invitant les personnes participantes à partager d'autres formes d'IC vécues, non documentées dans l'échelle. Enfin, la dernière section comprenait des questions sur les caractéristiques sociodémographiques des personnes participantes.

4.4.3.2 Procédures

Les personnes intéressées étaient invitées à cliquer sur un lien ou à scanner un code QR menant directement à la plateforme du questionnaire, hébergée sur le serveur sécurisé *Qualtrics*. Le questionnaire était disponible en français et en anglais.

Au total, 492 personnes ont entamé la complétion du questionnaire en ligne. Parmi elles, 122 réponses ont été jugées inéligibles, car les participant.es ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. Les réponses incomplètes, soit les personnes ayant uniquement répondu aux questions validant les critères d'inclusion ou ayant amorcé la complétion de l'échelle sur l'IC sans la terminer, ont aussi été retirées (n = 30). L'échantillon final, utilisé pour l'analyse factorielle exploratoire, comprend 338 personnes participantes.

4.4.4 Analyses quantitatives de l'article 3

Les données quantitatives ont été soumises à une analyse factorielle exploratoire (AFE), suivie d'analyses descriptives. Ces deux types d'analyses sont présentés dans les sous-sections suivantes.

4.4.4.1 Analyse factorielle exploratoire

L'AFE est une méthode statistique utilisée pour identifier la structure sous-jacente d'un ensemble de variables. Elle vise la réduction de données sur des items afin de déterminer les relations entre les variables et les réponses des personnes participantes (Boateng et al., 2018). Cette analyse regroupe les items qui mesurent des dimensions similaires et en extrait des facteurs représentatifs des construits sous-jacents. Elle est généralement utilisée après l'élaboration d'un instrument de mesure, dans le but d'évaluer la validité de construit (Raykov & Marcoulides, 2011). En d'autres mots, l'AFE vise à rassembler les items auxquels les participant.es répondent de façon similaire, en supposant que ces items mesurent un même concept sous-jacent dû aux patrons de réponses semblables, ce qui renverrait à un facteur latent n'étant pas mesuré directement.

Dans le cas de l'AFE, la structure factorielle est à déterminer, à la différence d'une analyse factorielle confirmatoire (AFC) qui validerait la structure factorielle proposée. Cette méthode est particulièrement pertinente pour l'étude de phénomènes émergents, dont les dimensions conceptuelles ne sont pas encore clairement établies. L'AFE poursuit deux

objectifs principaux : 1) Déterminer le nombre optimal de facteurs, c'est-à-dire de construits sous-jacents permettant de rassembler des dimensions conceptuelles du phénomène à l'étude, et 2) Évaluer la force des relations entre les items et les facteurs identifiés. Trois conditions doivent être satisfaites pour mener une analyse factorielle. La première condition demande un nombre de personnes participantes suffisamment élevé. Bien qu'il n'existe pas de lignes directrices claires sur le nombre optimal, Tabachnick et Fidell (2013) recommandent un ratio de 10 personnes participantes par item. Étant donné que l'échelle d'IC initialement développée comptait 25 items, un minimum de 250 personnes participantes était visé. La deuxième condition renvoie à la corrélation entre les items. Ces derniers doivent corréler les uns avec les autres, et plusieurs de ces corrélations doivent avoir un coefficient supérieur à 0,30 (Tabachnick & Fidell, 2013). Deux autres indices permettent de confirmer cette condition : le Kaiser-Moyer-Olkin (KMO), qui évalue la précision de l'échantillonnage et le test de sphéricité de Bartlett, qui permet de vérifier si les corrélations observées diffèrent significativement de zéro. La troisième condition stipule que les liens entre les items doivent être linéaires. Toutes ces conditions ont été satisfaites, ce qui a permis la réalisation de l'AFE (Tabachnick & Fidell, 2013).

4.4.4.2 Analyses descriptives

Les analyses descriptives visent à décrire et à résumer les caractéristiques de l'échantillon et des variables étudiées (Blaikie, 2003). Dans cette étude, elles ont permis d'évaluer la prévalence de l'IC au sein de l'échantillon. De fait, la prévalence de chaque item de l'échelle a été calculée, ainsi que celle de chacun des facteurs issus de l'AFE. Ces analyses permettent d'estimer la proportion de personnes participantes ayant vécu des situations l'IC dans le cadre d'une relation intime.

4.5 Considérations éthiques du travail de recherche sur la violence

Des considérations éthiques ont accompagné la réalisation de cette thèse. Cette section présente d'abord les caractéristiques propres à un terrain de recherche portant sur un sujet sensible ou difficile, comme l'IC et la VPI, puis propose un bref survol des postures de recherche face aux « *populations vulnérables* » et les implications éthiques associées,

lesquelles appellent à l'adoption d'une approche sensible au trauma à chacune des étapes du processus de recherche.

Les sujets sensibles en recherche sont généralement définis comme ceux qui touchent aux expériences personnelles des personnes participantes. Aborder ces sujets peut susciter une charge émotive, augmentant le risque de provoquer de la détresse psychologique (Dickson-Swift et al., 2008; Fenge et al., 2019; Silverio et al., 2022). Les sujets de recherche difficiles, quant à eux, peuvent affecter la personne chercheure au point de compromettre la poursuite des activités de recherche, en raison de la détresse qu'ils peuvent entrainer (Silverio et al., 2022). Un terrain de recherche sensible ou difficile a donc le potentiel d'affecter toutes les personnes impliquées : les personnes participantes, les communautés dans lesquelles elles s'inscrivent, les personnes chercheures, ainsi que les équipes de recherche (Dickson-Swift et al., 2009; Haider, 2022a) . Ces types de recherche soulèvent des enjeux éthiques spécifiques, qui sont discutés dans la littérature scientifique depuis plusieurs décennies.

Dans les années 1980, des universitaires féministes ont remis en question l'application de l'approche positiviste aux recherches portant sur la victimisation des femmes. D'un côté, les femmes ayant subi de la violence sont identifiées comme « *population vulnérable* », ce qui a mené certains comités d'éthique à décourager leur participation à des projets de recherche, notamment en raison du risque de revictimisation (Burgess-Proctor, 2015; Campbell et al., 2010; Shorey et al., 2011). D'un autre côté, certaines personnes chercheures ont adopté des mesures de protection excessives à l'égard des personnes participantes, en encadrant étroitement leur participation, ce qui a accentué les déséquilibres de pouvoir. Ces deux postures protectionnistes (et parfois paternalistes) reposent sur l'idée que d'autres – ici, les personnes chercheures et les comités d'éthique – sont mieux placés pour décider de ce qui est le mieux pour les personnes participantes. Cela est fortement critiqué par les chercheures féministes, qui développent plutôt des projets visant non seulement à protéger les participantes, mais aussi à créer des opportunités d'autonomisation (*empowerment*) dans lesquelles les personnes participantes peuvent partager leur histoire à leur rythme et selon leurs propres termes (R. Campbell et al., 2010; Shorey et al., 2011). Cette approche contribue à la reconstruction du récit

personnel, à la reprise de pouvoir sur l'expérience, et à la production de savoirs scientifiques ancrées dans les expériences des principales concernées.

Des approches ont ainsi été développées pour mieux actualiser ces principes. C'est le cas de l'approche sensible au trauma (*trauma-informed approach*), qui propose des pratiques éthiques favorisant la réflexivité de la personne chercheure, tout en créant des conditions propices à la sécurité et au bien-être des personnes participantes (R. Campbell et al., 2010, 2019). Les pratiques sensibles au trauma encouragent la reconnaissance des impacts, des signes et des symptômes du trauma dans la vie des personnes, en plus d'intégrer des perspectives de rétablissement et de réduire les risques de retraumatisation (SAMHSA, 2014, 2023).

La chercheure Campbell et ses collègues (2019) ont proposé dix principes guidant l'approche sensible au trauma dans un contexte de recherche. Ces principes s'appliquent particulièrement aux étapes du recrutement, de la collecte de données et de la diffusion des résultats. Lors du recrutement, il s'agit de fournir une information claire et transparente afin que les personnes puissent décider si elles souhaitent ou non participer à l'étude. Il est nécessaire de rappeler leur droit de mettre fin à leur participation en tout temps, sans justification nécessaire. Il convient également de connaitre les effets des traumas et de reconnaitre comment ceux-ci peuvent influencer le vécu et les façons de réagir.

Lors de la collecte de données, une préparation rigoureuse en amont est nécessaire afin de bien comprendre les diverses formes que peuvent prendre la violence et les impacts qu'elle peut générer. L'environnement choisi pour l'entretien doit être sécurisant. Lors de l'entretien, des techniques d'écoute active fondées sur l'empathie et la validation sont à privilégier. Cette étape comprend aussi un temps de retour (*debriefing*), à la fin de l'entretien, afin de partager des ressources de soutien psychosocial.

En ce qui concerne la diffusion des résultats, il est recommandé de proposer aux personnes participantes différentes options quant à la manière dont leur témoignage sera présenté et la façon dont leur anonymat sera préservé. Elles doivent aussi pouvoir recontacter les chercheur.es responsables si elles souhaitent revoir leur consentement concernant des aspects du protocole.

Je m'inscris en cohérence avec ces travaux féministes et critiques (Burgess-Proctor, 2015; Haider, 2022a), en reconnaissant les contextes de vulnérabilités que peuvent

traverser les personnes à certains moments de leur vie, tout en considérant qu'elles sont les mieux placées pour prendre des décisions les concernant, à condition de disposer de toute l'information nécessaire pour une prise de décision éclairée. Cette approche a guidé plusieurs choix éthiques, en particulier dans le cadre du volet qualitatif. Les questions du guide d'entretien ont été formulées de manière à inviter le dévoilement, sans pression et avec ouverture. Les techniques d'entrevue privilégiaient une écoute empathique et de validation, spécifiquement lors du partage de situations d'IC, de violence sexuelle et de VPI, ont systématiquement été adoptées. Avant chaque entretien, j'expliquais concrètement les mesures d'anonymisation, ce qui a rassuré plusieurs personnes participantes. Je précisais que j'étais la seule à avoir accès à leurs informations personnelles (prénom, nom, courriel), lesquelles étaient protégées par mot de passe. Je présentais également les modalités de diffusion des résultats, en insistant sur le fait qu'il s'agirait d'analyses de tendances (convergences et divergences), illustrées par des extraits anonymisés, dans le cadre de publications ou communications scientifiques. Ces éléments figuraient aussi dans le formulaire d'information et de consentement et étaient discutés de vive voix. Après chaque entretien, je soulignais les forces et le courage des personnes rencontrées. Plusieurs ont reconnu que le fait de parler des situations d'IC vécues faisait remonter certaines émotions plus difficiles à vivre, mais elles ont tout de même exprimé leur satisfaction d'avoir pu partager leur expérience.

Comme le souligne Haider (2022a), travailler sur des sujets sensibles nous engage nécessairement, comme personne chercheure, à dépasser la volonté de comprendre un phénomène, en souhaitant également contribuer à l'amélioration des politiques publiques et à la transformation des pratiques de soins et de soutien psychosocial, afin d'améliorer le bien-être de la population. C'est donc avec cette volonté de changement social que j'ai mené ce terrain de recherche afin que ces données puissent être mobilisées lors du développement de stratégies de prévention et d'intervention, de même que dans le cadre de contenus d'éducation à la sexualité.

CHAPITRE 5 – ARTICLE 1

Contraceptive Interference in Young People's Intimate Relationships: An Exploratory Narrative Analysis

Catherine Rousseau[a], Sylvie Lévesque[b], Simon Lapierre[c]

[a] PhD candidate, Interdisciplinary School of Health Sciences, University of Ottawa, Canada.

[b] Full professor, Sexology Department, Université du Québec à Montréal, Canada.

[c] Full professor, School of Social Work, University of Ottawa, Canada.

Publié dans la revue *The Canadian Journal of Human Sexuality*.

Référence complète : Rousseau, C., Lévesque, S. et Lapierre, S. (2025). Contraceptive Interference in Young People's Intimate Relationships: An Exploratory Narrative Analysis. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 34*(2). https://doi.org/10.3138/cjhs-2024-0067

Funding information : The first author has a doctoral grant from Fonds de Recherche du Québec - Société et Culture (FRQSC), and from Recherches Appliquées et Interdisciplinaires sur les Violences intimes, familiales et structurelles (RAIV).

Acknowledgments: The authors would like to thank all the participants who took part in this study and generously shared their stories.

Abstract

Contraceptive interference is enacted by an intimate partner and aims to prevent the effective use of contraception or barrier methods, in opposition to the other partner's choices. Contraceptive interference poses increased risks to the sexual and reproductive health of individuals who experience it. However, little is known about contraceptive interference experienced by young people in Canada. The objectives of this article are to explore the various forms of contraceptive interference, identify the perpetrators' control strategies, and document the effects of these behaviours on the contraceptive autonomy among young people. Through individual interviews, sixteen individuals, aged 17 to 23, shared instances of contraceptive interference experienced within their intimate relationships. Exploratory narrative analysis reveals three metanarratives where participants 1) feel unheard in their contraceptive choices due to their partner's negligence and disengagement; 2) feel unconsidered as their partner exhibits entitlement and imposes their preferences, and 3) feel trapped by their partner's coercive behaviours and restrictions. The results underscore the need to continue the conceptual and empirical exploration of contraceptive interference. A better understanding of contraceptive interference by health professionals would help provide appropriate support to young people. Sex education should also address this issue to encourage respect for others' preferences regarding safe sex.

Keywords: contraceptive autonomy, youth intimate partner violence, sexual health, qualitative research

5.1 INTRODUCTION

Contraceptive interference (CI) is defined as any behaviour committed by an intimate partner that prevents the effective use of a contraceptive method, in opposition to the other partner's preferences and choices (Katz & LaRose, 2018; Katz & Sutherland, 2020). Although prevalences specific to CI are lacking, the literature does reveal the increased risks of sexually transmitted infections (STIs) or unplanned pregnancies posed by behaviours of a partner that interfere with the other partner's intended use of contraception (Boadle et al., 2020; Davis et al., 2019). CI may involve limiting or preventing the use of condoms, birth control pills, intrauterine devices (IUDs), contraceptive implants, or any other method of contraception (Featherstone et al., 2024). In their quantitative research conducted with 213 undergraduate women, Katz and LaRose (2018) demonstrate that the most reported forms of CI are the imposition of unprotected sex and the failure to withdraw before ejaculation, despite the initial agreement. The definition of CI is still emerging and focuses mainly on condom-related behaviours or imposition of unprotected sex. There remains a lack of information on CI targeting hormonal methods (pill, vaginal ring, Depo-Provera injections, patch, subcutaneous implant, etc.), other barrier methods (cervical cap, etc.), the copper IUD, and non-barrier or non-hormonal methods (pull-out, monitoring of the fertile period, etc.).

5.1.1 Defining Contraceptive Interference: Addressing Conceptual Ambiguities and Overlaps

CI is still under-documented in the literature, particularly due to its overlap with another phenomenon – birth control sabotage – which is one of the manifestations of reproductive coercion (RC). RC refers to behaviours that intentionally interfere with birth planning through acts of birth control sabotage, pregnancy coercion or abortion coercion (Grace & Anderson, 2018; Miller & Silverman, 2010; Moulton et al., 2021). Some authors suggest that intent is the central element distinguishing RC from CI behaviours (Katz et al., 2017; Katz & Sutherland, 2020). Specifically, when behaviours are enacted to influence the reproductive trajectory of the other person (with the intention of inducing pregnancy),

it constitutes RC. When reproductive intent is not clear, it would instead be CI. However, the conceptualization of CI remains incomplete, and this results in conceptual confusion, where the same behaviour may be interpreted as birth control sabotage by some authors or as CI by others (see Table 5.1). The perception of the partner's intent is also a challenging element to capture in the context of intimate partner violence. Some studies have examined the perceived motivations behind actions such as imposed barriers to condom use (resistance, refusal, non-consensual removal, deliberate breakage). These motivations may relate, for example, to maximizing one's own sexual pleasure or exercising a form of domination over the other person (Gómez-Durán & Martin-Fumadó, 2024; Katz & LaRose, 2018).

Table 5.1. Selected definitions on contraceptive interference and birth control sabotage

Authors	Definition	Behaviours
Contraceptive interference		
Katz et al., 2017	"To assess behaviorally specific acts of direct contraceptive interference, unlike Miller et al. (2010), the phrase "in order to promote pregnancy" was not included for Items 6 to 11 in the present study. Recommended RC assessments do not uniformly specify partner intent (e.g., "Has your partner ever messed with your birth control or tried to get you pregnant when you didn't want to be?" "Does your partner refuse to use condoms when you ask?"; Chamberlain & Levenson, 2012, p. 19). Regardless of why partners may remove or refuse to use condoms or other birth control methods, such behaviors function to increase a woman's risk for negative sexual health outcomes, including pregnancy. Items used to assess direct contraceptive interference match a description of RC as including acts of both contraceptive manipulation and sabotage (Moore et al., 2010)." (page 3306)	10 items on CI. Participants were asked if their partner ever: • "Took off the condom while you were having sex; • Made you have sex without a condom; • Told you not to use any birth control (such as the pill, shot, ring, etc.); • Tried to force or pressure you to become pregnant; • You hid birth control because you were afraid they would get upset with you for using it; • Broke condoms on purpose while you were having sex; • Told you they would have a baby with someone else if you did not get pregnant; • Said they would leave you if you did not get pregnant; • Kept you from going to the doctor's office or clinic to get birth control; • Took your birth control away from you." (page 3309)

Katz et LaRose, 2018	"CI is very similar to, and a critical component of, BCS. Although BCS is defined as acts of direct CI perceived to be motivated by an intent to promote pregnancy (Miller et al., 2010), CI is defined solely in terms of behavior, regardless of perceived intent. Direct partner CI behaviors are those in which a partner "manipulate(s) contraception to render it ineffective" (Moore et al., 2010, p. 1738). Examples of CI behaviors include hiding a woman's birth control from her and removing a condom during sex. Regardless of whether CI behaviors are perceived as intended to promote pregnancy, a woman who experiences CI is obstructed from protecting her sexual and reproductive health." (page 2)	"Partner CI was assessed with six items adapted from Miller et al. (2010) and used by Katz et al. (2017) as self-reported interactions in which a male partner (a) "took off the condom without your agreement while you were having sex"; (b) "put holes in the condom that you two were going to use"; (c) "broke condoms on purpose while you were having sex"; (d) "took condoms or other birth control away from you"; (e) "kept you from going to the doctor's office, clinic, or store to get condoms or birth control"; or (f) "made you have sex without a condom." (page 6)
Katz et Sutherland, 2020	"More specifically, partner CI refers to behaviors in which a partner "manipulate(s) contraception to render it ineffective" (A. M. Moore et al., 2010, p. 1738). Examples of CI include taking condoms or other birth control away, removing a condom during sex, breaking a condom on purpose, or forced sex without a condom. CI is very similar to, and a critical component of, birth	"Partner CI was assessed with six items adapted from Miller et al. (2010) and used by Katz et al. (2017) as self-reported interactions in which a male partner (a) "took off the condom without your agreement while you were having sex"; (b) "put holes in the condom that you two were going to use"; (c) "broke condoms on purpose while you were having sex"; (d) "took condoms or other birth control away

	control sabotage. Unlike birth control sabotage, however, CI is defined solely in terms of behavior, regardless of the perceived intent. That is, a woman who experiences CI may not necessarily perceive her partner's CI behaviors were motivated by an intent to promote pregnancy. Restricting conceptual and operational definitions of RC, and specifically, birth control sabotage, to acts perceived as intended to promote or control pregnancy may underestimate how many women are constrained in protecting their reproductive and sexual health." (page 4352)	from you"; (e) "kept you from going to the doctor's office, clinic, or store to get condoms or birth control"; or (f) "made you have sex without a condom."" (page 4356)
Featherstone et al., 2024	"[…] contraceptive interference is defined as any tampering with or coercion around pre-conception devices or medicine, including the oral contraceptive pill, intrauterine devices, contraceptive implants, condoms, or other barrier methods." (page 107)	n/a

Birth control sabotage		
Miller et al., 2010	"One specific element of abusive men's control that may, in part, explain the association of partner violence with unintended pregnancy is overt pregnancy coercion and direct interference with contraception. Some males use verbal demands, threats, and physical violence to pressure their female partners to become pregnant [12,23,24]. Reproductive control may also take the form of direct acts that ensure a woman cannot use contraception -- birth control sabotage – including flushing birth control pills down the toilet, intentional breaking of condoms, and removing contraceptive rings or patches [23,24]." (page 2)	*Birth control sabotage* was assessed via five items specific to acts of contraception interference developed by the investigators based on prior qualitative work. Participants were asked: "Has someone you were dating or going out with ever:" 1) taken off the condom while you were having sex so that you would get pregnant?; 2) put holes in the condom so you would get pregnant?; 3) broken a condom on purpose while you were having sex so you would get pregnant?; 4) taken your birth control (like pills) away from you or kept you from going to the clinic to get birth control so that you would get pregnant?; 5) made you have sex without a condom so you would get pregnant? Birth control sabotage was defined as a positive answer to any of these items." (page 3)
McCauley et al., 2017	"[…] condom manipulation involves partners actively destroying condoms or interrupting condom use during sex to promote a pregnancy." (page 296)	Participants were asked: *"*In the past 3 months, has someone you were dating or going out with:

		Condom manipulation: • Taken off the condom while you were having sex, so you would get pregnant • Put holes in the condom or broken the condom on purpose so you would get pregnant" (page 295)
Grace et Anderson, 2018	"Reproductive coercion is defined as behavior that interferes with the autonomous decision-making of a woman, with regard to reproductive health (Miller, Decker, et al., 2010; Miller, Jordan, Levenson, & Silverman, 2010; Moore, Frohwirth, & Miller, 2010). Specifically, this may take the form of birth control sabotage (such as removing a condom, damaging a condom, removing a contraceptive patch, or throwing away oral contraceptives), coercion or pressure to get pregnant, or controlling the outcome of a pregnancy (such as pressure to continue a pregnancy or pressure to terminate a pregnancy)." (page 371)	Figure 2 on page 374. Birth control sabotage: interference with a partner's use of birth control. Examples: refusing to wear or removing a condom during sex, breaking/poking holes in condoms, throwing away birth control pills, interfering with partner's access to healthcare for contraceptive use.

Tarzia et Hegarty, 2021	"Reproductive coercion and abuse is defined as any deliberate attempt to dictate a woman's reproductive choices or interfere with her reproductive autonomy. It can include physical, psychological or sexual tactics and occurs in a context of fear and/or control in an interpersonal relationship." (page 8)	n/a

In this study, we focus on actions taken by an intimate partner that interfere with the participant's contraceptive choice, ultimately reducing their contraceptive autonomy (Featherstone et al., 2024; Katz & LaRose, 2018; Katz & Sutherland, 2020). In alignment with the exploratory nature of this study and the feminist approach, we chose not to focus on perceived intention, as doing so shifts attention away from victims' experiences and may allow perpetrators' intentions to be used to excuse or justify the violence (Stark, 2007). Moreover, regardless of intent, these behaviours are harmful and can result in pregnancy, even though the behaviours were not intended to influence the other person's reproductive trajectory.

5.1.2 Contexts and Occurrences of Contraceptive Interference in Intimate Relationships

CI may be associated with broader contexts of intimate partner violence (IPV). CI perpetrators would be more likely to engage in psychological, sexual, and physical abuse (Katz & LaRose, 2018; Katz & Sutherland, 2020). While these studies focus on adult population in the United States, little data is available on CI occurring in young people's intimate relationships in Canada. Yet the literature shows that youth intimate partner violence (YIPV) is specific, as young people are experiencing their first intimate relationships and have few references or resources for navigating these complex situations (Øverlien et al., 2020). Canadian population data show that 29% of young women aged 15 to 24 years old reported having experienced IPV (Cotter, 2021), and were more likely than the adult population to report physical or sexual assault in the twelve months preceding the survey (Cotter & Savage, 2019). Lesbian, gay and bisexual Canadians are also more exposed to violent victimization than their heterosexual counterparts (Cotter & Savage, 2019). Gendered power dynamics permeate these situations of YIPV, as they are fueled by gender norms and socialization that reinforce the idea of male dominance (Closson et al., 2024; Lachance-Grzela et al., 2021). Patriarchal structures reinforce these norms, which can lead to controlling behaviours in young people's intimate relationships (Llano-Suárez et al., 2021). This creates an imbalance of power between genders that can result in the use of violence and abuse to maintain or increase dominance over the other (Davies, 2023). In the context of CI, these imbalances of power can involve restricting access to safe sex or

limiting contraceptive autonomy. Senderowicz (2020) defines contraceptive autonomy as the "*factors that need to be in place in order for a person to decide for themselves what they want in regards to contraceptive use, and then to realize that decision"* (p. 165). Gendered power imbalances, particularly accentuated by age disparities between partners and the presence of IPV, undermine the individual's control over their contraceptive decisions and those related to sexuality in general (Decker et al., 2021). In this study, this population was targeted because of its increased risk of IPV and physical and sexual assaults compared with the adult population (Cotter, 2021; Cotter & Savage, 2019), which can coincide with situations of CI (Katz & LaRose, 2018; Katz & Sutherland, 2020).

5.1.3 Objectives

This article is informed by a feminist lens which recognizes the gender-based power inequalities present in intimate relationships. These inequalities can generate contexts of violence where men assert power and control over women, non-binary and trans people. These imbalances of power are also sustained by different systems of oppression, such as patriarchy, racism, classism, homophobia, or transphobia, for example (Gavey, 2019; Romito, 2006).

An exploratory qualitative study was conducted involving individual interviews to highlight the experiences of young people. The overall aim of this study is to understand how CI manifests in the intimate relationships of 16- to 25-year-olds, focusing on its cumulative, repetitive and coercive effects leading to the restriction of contraceptive autonomy. More specifically, the objectives are 1) to document the forms that CI takes according to the contraceptive methods targeted, 2) to identify the different control strategies and forms of violence used by the intimate partner to perpetrate CI, and 3) to document the effects of CI on young people's exercise of contraceptive autonomy.

5.2 METHOD

5.2.1 Recruitment

To participate, individuals had to: 1) be between the ages of 16 and 25, 2) reside in Quebec or Ontario (Canada), and 3) have experienced CI in an intimate relationship lasting

three months or more. Since the term "contraceptive interference" is still little-known and little-used in everyday language, an alternative formulation has been chosen to increase the opportunities of reaching people concerned by CI: "*With this person, is it/was difficult to use desired contraception methods or to protect yourself from an unwanted pregnancy*?" People of all gender identities and sexual orientations were invited to participate if they had experienced a CI situation (or situations) in the context of an intimate relationship with a cis man or a person of another gender identity with a penis. This inclusion criterion was chosen to document male dominance, related to gendered power dynamics in intimate relationships. In the sample, only one participant reported a CI situation perpetrated by a non-binary person. All other participants report having experienced CI from cis men. These inclusion criteria were presented on a call-for-participation poster shared via social networks, sexual and domestic violence support organizations, sexual and reproductive health organizations, and post-secondary educational institutions. A total of 77 people expressed an interest in participating. Of these, 46 met the inclusion criteria, but several dropped out along the way (n = 29). A total of seventeen participants were interviewed. While the exact reasons for dropout remain unknown, factors such as loss of interest, embarrassment about the topic (sexuality, violence), and unfamiliarity with the research process may contribute.

5.2.2 Data collection

Participants were interviewed individually between February and May 2023. Participants were invited to complete a short sociodemographic questionnaire, available online, prior to the individual interview. After ice-breaker questions (e.g., motivation to participate and self-description), the semi-structured interview guide began with an unstructured open-ended question, allowing the participant to narrate freely and spontaneously the CI situations: *"You mentioned having experienced difficulties regarding contraception with an intimate partner. Can you tell me more about what happened?"* Other themes covered included choices of contraception ("*What led you to choose this contraception?*"), situations of intimate partner violence ("*What did you hold yourself back from asking or doing out of fear of consequences?*"), and the impacts of CI ("*What impacts did you experience because of this situation? For example, on your sexual and*

reproductive health, but also on your mental health, sexuality, or perception of intimate relationships.").

Sixteen participants were recruited via post-secondary institutions (i.e. cégeps in Quebec, Canada) and one via a sexual and reproductive health organization. One participant was removed from this present sample because her experience did not take place in the context of a committed intimate relationship, but of a hookup (i.e., occasional uncommitted sex). The final sample consist of sixteen participants. Most interviews were conducted online via Zoom, while four interviews took place in person at the participant's post-secondary institution. Interviews were audio-recorded with the consent of the participants. Each participant received a financial compensation of CAD$30. Interviews lasted between 35 and 82 minutes (average: 54 minutes). All individual interviews were transcribed verbatim. Interviews were conducted and coded in French. The citations presented in this article have been translated from French into English by a professional translator, then double-checked by the authors to ensure accuracy. For each citation, the alphanumeric identifier of the participant is specified (e.g. P1), and the relationship involved, as some participants share a few intimate relationships where CI had occurred. For example, participant P13 reports two intimate relationships involving CI. The number of the intimate relationship, identified in chronological order, is specified after the identifier (e.g. P13-1 for the first intimate relationship, P13-2 for the second). Three participants reported more than one intimate relationship (P8, P10 and P13). These intimate relationships were analyzed independently. Consequently, the reported *n* refers to the number of intimate relationships integrated into the metanarrative. All names are pseudonyms, and specific contexts have been removed to ensure confidentiality.

5.2.3 Ethics

The project has received ethical approval from the first author's university [University of Ottawa, Office of Research Ethics and Integrity; H-09-22-8218]. A trauma-informed approach was adopted (Campbell et al., 2019). This involved ensuring a space that was respectful of the participants' needs (i.e., place and time of interview chosen by participants, whether to open their camera on Zoom) and focusing on each participant's

strengths and resilience after the interview. The risks of retraumatization were minimized by not asking intrusive questions, and by reiterating the possibility of taking a break when emotions ran high.

Before starting the interview, the consent form was presented in full. It was also an opportunity to answer participants' questions, emphasizing the need for informed consent. Participants were informed that they could end their participation at any time, or not answer certain questions, without having to justify it. During the interview, active listening was adopted, and validation phrases were often used. The interviewer (CR) repeated the same terms used by the participants, particularly when describing YIPV and CI situations (e.g., not using the word “violence” if the participant had not used it). After the interview, the interviewer asked the participant how they felt and how they found the research experience. As all participants disclosed situations of violence, contact details for specific psychosocial resources were systematically shared (i.e., organizations specializing in sexual or domestic violence, sexual and reproductive health, or mental health).

5.2.4 Data analysis

First, the interview transcripts were read several times to become familiar with them. All interview transcripts were then uploaded to NVivo 14 (QSR International pty.) and coded to optimize data organization and processing. Initially, broad codes were created, following a deductive approach, based on the major themes addressed in individual interviews. Secondly, inductive coding was conducted to accurately reflect the content shared (Braun & Clarke, 2012). All codes and subcodes were thought out and reworked by all the authors. A narrative analysis was then carried out. This choice was made during analysis when a chronological approach showed promise in understanding the occurrence of CI in intimate relationships and their shared repetitive patterns. The chronological approach allows for presenting each metanarrative following a classic narrative structure: initial situation, disruptive event, effect on unfolding, denouement, and final situation. Following this narrative structure, each metanarratives introduce the encounter with the intimate partner, the initial manifestations of CI and IPV, the participant’s reactions to these situations, the questioning of the relationship leading to the breakup, and finally, retrospective reflections on the relationship. Each metanarrative offers a composite story

that represents a distinct pattern of experiences shared across multiple individuals' accounts. Each metanarrative presents a distinct story that highlights the key elements of the participants' testimonies. The creation of metanarratives allows to better illustrate the interweaving and cumulative nature of the violence, therefore humanizing the stories. The metanarratives were first written by the first author, then revised by the other two co-authors to ensure that the various nuances and key elements were accurately incorporated into the metanarratives.

Narrative analysis reveals the ways in which CI arises and then takes root in young people's intimate relationships, situating these events in their sociocultural and political contexts (Riessman, 2008). As with other studies on intimate partner violence (Boonzaier & van Schalkwyk, 2011; Øverlien et al., 2020), this approach was chosen to preserve the essence of what young people had to say, by focusing on their experience and how they constructed it. Particular attention was paid to the emotions, identity, agentivity, and subjectivity that accompany these experiences, notably through how these experiences are storied, their chronological sequence and the associated production of meaning (Andrews et al., 2017; Nasheeda et al., 2019; Riessman, 2008). The construction of the narrative also implies taking an interest in the understanding of the narrative of violence, i.e. the ways in which participants mobilize different individual, collective, and social reference points to understand these situations (Frances, 2023; Rousseau et al., 2020; Tarzia, 2021).

While there is no single procedure for narrative analysis (Nasheeda et al., 2019), the construction of the metanarratives followed five steps: 1) Creation of a matrix cross-referencing the chronological sequence (Ollerenshaw & Creswell, 2002; Riessman, 2008) and the themes of interest (i.e., CI and YIPV situations); 2) Addition of themes, based on coding data, to the matrix; 3) Addition of citations illustrating these themes; 4) Narrative drafting of the metanarrative bringing together the themes; 5) Revision of the metanarratives by all the authors to ensure their rigor and credibility. These metanarratives encompass the entirety of the collected data relevant to the research question of this article. They are intended to evoke the individual experiences reported, while offering a collective, shared understanding of the CI situations experienced.

5.3 RESULTS

The sixteen participants are aged between 17 and 23. Most of the sample are cis women (*n* = 14), while one person is non-binary, and one is a trans man. A diversity of sexual orientations was observed, with most of the sample identified as bisexual (*n* = 4), pansexual (*n* = 4), or questioning (*n* = 2). The majority of participants were born in Canada (*n* = 10), while two were born in Western Europe, two in Central Africa, one in North America (excluding Canada), and one in South America. Many speak French at home (*n* = 10), and six speak another language (e.g. English or Spanish). Most of the sample were living in the family home, while six were renting an apartment. Five participants considered their income insufficient to meet their basic needs. Most participants were not religious (*n* = 12), while one person was Muslim, one Catholic, one Orthodox and one practiced Satanism.

The CI behaviours reported target four contraceptive methods: condom, contraceptive pill, IUD (copper or hormonal), and withdrawal before ejaculation. All participants experienced at least one situation where their intimate partner resisted or refused to use condoms (*n* = 16). Three participants report that their intimate partner pressured them to stop using hormonal contraceptives by stipulating that the pill made them gain weight, generated unwanted mood changes, or was bad for their health. Two participants share that their intimate partner encouraged or discouraged them to get an IUD, regardless of what they wanted. Finally, one participant reveals that her intimate partner did not withdraw before ejaculating, despite what had been agreed upon. Except for one participant, all were no longer in an intimate relationship with the CI perpetrator at the time of the individual interview. Most participants (*n* = 12) report other acts of control and violence in the intimate relationship. Verbal, psychological, sexual, and physical violence, as well as control have all been reported. Three metanarratives are presented to illustrate the continuum of CI experiences reported. To illustrate the gender diversity of the sample, the second metanarrative features a non-binary person in a relationship with a cis man, while the first and third metanarratives feature a cis woman in a relationship with a cis man.

5.3.1 Metanarrative 1: Not being heard: the partner is carefree and disengaging (*n* = 6)

Sam's story recounts her partner Tristan's various strategies for resisting condom use. This resistance is part of a minimization of the risks of pregnancy and STIs, and a lack of concern for Sam's well-being and sense of security. The partner's arguments relate to sexuality (i.e., loss of spontaneity in sexual relations, reduced physical sensations, and sexual satisfaction) and financial cost. Tristan's attitude is neglectful and careless.

Sam uses the contraceptive pill to avoid an unplanned and unwanted pregnancy. She also wants to protect herself against STIs and therefore also wants to use condoms with her partner, Tristan. Before they have sex for the first time, Sam shares her intention to use double protection, i.e. to use condoms in addition to taking her contraceptive pill. She reports that her partner does not perceive the risk of contracting an STI: "*The person thought it was okay with just the pill [...] that's why he thought it was, like, pretty useless the... the use of [condom], even if it's like... better*" (P2).

Sam recalls that to refuse condom use, Tristan would say that using a condom breaks the spontaneity of sex, reduces physical sensations and is expensive.

> […] he says... it's always the same thing. It's either that it turns him off or it takes too long, or he'd be more excited if he didn't have to stop to put it on or you know stuff like that (P9).

When Sam and Tristan had only been dating a few weeks, Sam remembers wanting to empathize with him. She loves him and thinks it is important for him to be sexually satisfied. Despite her sensitivity to his discomfort, Sam still asks Tristan to use a condom. Sam reminds him that it is not just about her, but rather about their shared protection. She notices that Tristan does not object, but never takes the initiative to put it on. It is still up to Sam to think about condom use, to make sure one is available, to ask for one, and to convince Tristan to use one.

> […] For example, I'd say, "Are you going to wear a condom?" and he'd stay there and wouldn't move. Or you know, let's say he says "ok" and he stays there. Doing nothing, not moving. But now you're in bed and you're like "ok cool but...?". You know, it's like, "Are you gonna…?" and then you have to ask again. It's tough! (P13-2).

Sam considers that Tristan remains passive and inactive about condom use, waiting for her to insist on using one. Sam feels guilty, but annoyed, about constantly asking to use a condom, and feels that she is a "*burden*" (P13-1) during sex. This feeling is accentuated by Tristan's accusatory attitude: "*It made me feel bad and... it's like... his frustration was kind of like aimed at me right now, you know...*" (P3). She feels responsible for interfering with any sexual pleasure they might have and sometimes hesitates to ask for a condom because she wants to please him: "*But it was like... I couldn't say 'ok I want to wear a condom [...]' Because I didn't want to lose him"* (P7).

Sam and Tristan have been dating for a few months now. When they talk about using condoms, Tristan continually reiterates that they are unnecessary. The perception of Tristan's rigid attitude leads Sam to decide to continue using the pill, despite the side effects, to prevent an unwanted pregnancy:

> So, you know, I'd often start a discussion. I was like, you know, I'd like to… like stop it [the pill] or you know just have like… less stress like forgetting your pill or like remembering three days later that you have a bunch of pills and it's been like three days since you took it you know. […] It always came back to the discussion of "*yeah, but you know, me, it turns me off*" or "*I have a harder time getting in the mood*" (P9).

Sometimes, even though Sam said she wants to use a condom, Tristan decides to penetrate her without one and without asking her first. Sam is led to reiterate her limit by explicitly reiterating her non-consent: "*And you know, sometimes he'd just get inside me without saying anything, and then I'd have to stop him after thirty seconds and tell him,* 'Wait a minute, you didn't wear a condom,' *you know?"* (P13-2). In these moments, when she realizes that Tristan has not complied with her request, she abruptly stops the intercourse. Once again, she has to insist on condom use. And once again, Tristan tries to convince her that he can withdraw before ejaculating: "*[...] he also told me that* 'I'm able to withdraw, I'm able to do this.' *And I told him that I don't like it when we do that, it puts pressure on me"* (P13-2).

After a while, Sam is exasperated. She tells herself "*Oh it's going to be like that, and I just have to accept it*" (P2). She no longer has the energy to persist, to resist, to "*push back*" (P2). She finds herself caught between the desire to preserve an intimate relationship

and the desire to protect herself against pregnancy or STIs: "*[...] I know that I should normally say* 'ok let's protect ourselves' *if we don't want a child, not necessarily expected at this time because it's not the right time*" (P7).

The anxiety she feels interferes with her sexual desire and pleasure and reduces her trust in Tristan. She takes her contraceptive pill hyper vigilantly to compensate for the irregular condom use imposed by her partner: "*[...] I'm so afraid of getting pregnant. I'm really, really, really afraid of that"* (P3). This constant fear leads her to buy and take several pregnancy tests, as well as to go for STIs screening.

> I, I, I don't know how many times I've done that, but I think... once or twice, I've taken pregnancy tests, just to be sure. [...] So I did the tests just to be sure, then, um... for STIs, I also got tested while I was with him, not just afterwards, to make sure that like... I didn't have anything (P2).

After about a year, Sam ends the relationship. The reason for the breakup is not directly related to the CI.

This metanarrative illustrates the partner's resistance to condom use as a form of CI. Resistance to condom use initially makes the participant feel guilty due to the partner's manipulation, but this feeling soon shifts to annoyance and disappointment. She feels neither heard nor recognized by her partner.

5.3.2 Metanarrative 2: Not being considered: the partner is entitled and imposing (*n* = 12)

Ellis' story highlights Will's intimidating strategies, driven by a sense of entitlement that disregards the other partner's safety and integrity. Will uses authority based on his age and sexual experience, invalidates Ellis' non-binary identity, and appeals to norms by claiming "everyone does it." All these strategies are designed to limit, if not stop, Ellis's ability to exercise their contraceptive autonomy. Psychological violence, control, and physical threats are also present, creating a climate of fear. Will's attitude is selfish and contemptuous.

Ellis meets Will, who is two years older. Ellis feels they have to listen to him because "he knows better" due to his age and greater sexual experience. As soon as they

start having sex, Ellis asks him to use a condom, pointing out that they do not use hormonal contraception. The only way they can protect themselves against unwanted pregnancy and STIs is by using condoms. Will shows resistance to condom use. He ends up using it, but immediately blames Ellis for limiting his sexual pleasure: *"I'd be like 'I want you to use a condom' and he'd be like 'well, it's not as much fun as when we do it raw' and uh... it was often, like, grumbling and then he'd complain*" (P11).

Within the first few weeks of their relationship, Will starts pressuring Ellis not to use condoms. Ellis recalls the various arguments put forward by their partner: *"Well, he says he has less sensation, even though they're designed to not get in the way of pleasure. I think that, it's been around long enough... but I don't know if it was an excuse or... he said it bothered him, that he had less sensation, that he didn't like it"* (P15); *"And it [circumcision] ... it caused him discomfort to put on a condom"* (P17). Ellis senses from Will's attitude and reactions that he blames them: "*And it was always the* 'but it's not the same without! I won't feel as much if I wear one. […]*' Always something to make me feel guilty or responsible*" (P10-2). Sometimes, Ellis does not know how to counter-argue and wants to avoid conflict: *"And I couldn't... I couldn't find any arguments against it. I wasn't going to pull out scientific proof, because I didn't want us to fight"* (P6).

At times, Will removes the condom during intercourse without Ellis's consent: "*He's already done that while we're having sex, we take a break, and he'd decide to take off the condom"* (P11). This creates hypervigilance during intercourse, especially when their partner moves his hands or changes positions. They must then make sure the condom is still there. The lack of listening and the entitlement make Ellis feel unappreciated: *"It was stressful and I felt a bit... like I wasn't worth much I guess. It made me feel unvalued"* (P10-2).

After their first unprotected sexual encounter, Ellis finds it impossible to reintroduce condom use: *"And since we'd done it one or two times [without a condom], we could now do it [without a condom]. And so it became a habit, creating a cycle... a vicious circle"* (P10-2). Since Ellis is experiencing sex for the first times, they trust their partner implicitly and adapts to what he says. "*It was also my first long relationship with a guy, so I was like,* "Okay, no big deal.' *And it went on like that [unprotected sex] for several months*" (P6). At other times, Will does not withdraw before ejaculating, breaking their

agreement. Ellis feels anxious about potential pregnancy. When Ellis expresses this fear, Will dismisses it, suggesting they use emergency contraception or consider abortion, downplaying the consequences.

> [...] he would often tell me that I shouldn't worry, that the chances were so slim, that anyway he was going to ejaculate next to me and that there was no chance I'd get pregnant, and that anyway, if I did, we'd just have an abortion. Like, as if it's not a big thing [outraged tone]! (P6).

Their partner repeatedly makes Ellis feel guilty for asking to use a condom, so much so that, as they report: "*Just about every time he would put a condom on, he would complain or something. [...] he complained every time and I felt bad*" (P17).

Sometimes he decides to penetrate Ellis without a condom, without warning or validating how they feel about unprotected penetrative sex.

> He had started pushing boundaries about condom use. At some point, we didn't use one and then, like... he said '*just for a bit*.' Then he says, '*ah sorry I got carried away*' (P11).

These sexual pressures lead Ellis to yield without consenting, because they feel bad about not meeting his sexual demands: "*I'd say*, 'I'm not comfortable having sex,' *and he'd be like*, 'Ah, I'm gonna have blue balls.' *So, like, I forced myself to have sex with him*" (P11). These unprotected sexual relations force Ellis to use emergency oral contraception a few times, causing cramps, stomach aches, and nausea, in addition to anxiety and fear of pregnancy.

Will insists that Ellis get an IUD for his convenience, showing disregard for their well-being and preferences, which is further expressed through contempt and occasional insults: *"[...] He insulted me. He called me a bitch, a cunt, a manipulator, a... all those things"* (P1). Will also does not respect Ellis' chosen pronouns, in addition to imposing a way of dressing and presenting themself.

> *He controlled the way I dressed. He didn't want me to show certain body parts. Umm… he controlled what I did with my hair. He didn't want to be with someone with short hair* (P11).

Will is jealous and harasses Ellis when they go out with friends: "*For him, it was like* 'you're mine and nobody else's'" (P8-2). When Ellis still chooses to see their friends, they

face consequences like the silent treatment: "*He stopped responding to my messages for the rest of the day [...] and he did that every time I went out, he would complain and then stop replying.*" (P8-2). He also controlled when they saw each other: "*He used to say*, 'I'm coming at such and such a time to pick you up.' *He controlled everything"* (P15). When they try to address certain issues, even the most trivial ones, they may be subjected to the silent treatment as punishment, making discussion impossible.

> And he also didn't really like to talk about more serious things. Because every time we talked about something serious, we ended up arguing. […] he would just start ignoring me. And later, when I tried to talk to him, he would be like, really cold (P16).

Throughout the relationship, Ellis feels compelled to avoid discussions about condom use with Will, fearing his violent reactions, which they interpret as a sign of his dominance and disrespect: "*[...] he wanted to assert his dominance by respecting me less and as such, not wearing a condom. I could feel it in his tone of voice and his attitude, so to speak.*" (P10-1)

After about nine months, Ellis breaks up with Will. Ellis doesn't attribute the breakup solely to Will's behaviour but to a difference in values that led to exhaustion. After the breakup, Will harasses Ellis into trying to get back together.

Unlike the first metanarrative, this one extends CI beyond condom resistance by targeting other contraceptive methods, such as ignoring withdrawal agreements and pressuring the participant to get an IUD. This leaves the participant feeling not respected, with a partner who prioritize his own pleasure over their safety and well-being, causing them hypervigilance, and exhaustion. This metanarrative highlights broader consequences, such as increased use of emergency contraception, invalidation based on gender identity, and a constant fear of provoking violent reactions from one's partner.

5.3.3 Metanarrative 3. Being trapped: the partner is coercive and restraining (*n* = 3)

Charlie's story reveals her partner Patrick's categorical opposition to the use of any form of contraception, in addition to controlling her intimate and social life. He uses his age and life experiences to undermine Charlie's values and needs, while employing

psychological, physical, and sexual violence to instill fear and obstruct her contraceptive autonomy. His behaviour reflects a desire to dominate and control.

Charlie has not settled on a contraceptive method yet, as she seeks one that suits her needs without side effects. In her relationship with Patrick, who is seven years older and whom she admires, she explores methods that might work for her. She considers condoms the simplest and side-effect-free option. However, during their first sexual encounter, Charlie remembers Patrick's immediate refusal to use a condom, even before trying it.

> [...] I'd ask him to put one on, and he'd tell me that all his friends had told him it wasn't fun, that it... it spoiled the fun, that kind of thing. That it costs money, excuses like that. But most of all, it wasn't fun for him (P4).

Charlie considers that Patrick had already decided never to use condoms: "*And now, about condoms, he says,* 'they can break, that's no good.' *Basically, he was set on not using them*" (P14). Because Patrick also had erectile difficulties with condom use, Charlie was forced to have sex without a condom: "[...] *he was like* 'No you know, I can't get it up, this isn't working, I really don't like condoms, we're going to do it without condoms'*"* (P5). Negotiating condom use was hardly possible, as Patrick refuses to discuss it again: "*He was… he was not very open. He just refused categorically*" (P14); "*He told me we'd already been through it, and that we didn't need to talk about it again because we'd already talked about it before"* (P4).

Charlie decides to start taking the pill since Patrick refuses to use condoms. When she mentions this, Patrick, leveraging his status as a healthcare professional, becomes angry and dissuades her, claiming the pill is harmful to her health. Charlie, influenced by his authority, is inclined to trust his opinion.

> He would get angry. Saying that well, if I take hormonal birth control, there are side effects. You see, well, he says '*maybe right now you won't see them, but later*'. He was a [healthcare professional] even […] he said he had his reasons (P14).

Nevertheless, she chose to start taking contraceptive pills. Patrick soon tells her that it accentuates her mood swings and that she should stop taking it to improve her mood.

> [...] he thought that sometimes I was too contrary to him, so he'd tell me, "*It's because of your pill. You're like this because of your birth control. It influences your hormones, and you get angry more easily"* (P4).

He discredits Charlie's frustrations and dissatisfactions by attributing them to the effects of contraceptive pills. He also tells her that the pill makes her put on weight: "*And because I was small, he said that if I took birth control, I'd gain weight*" (P14). For Charlie, this remark is intended to hurt her and make her feel insecure about her body image.

> He was like, *"You've changed. You've really changed. Can't you see how it's affected your hormones and how you've changed physically too? It makes you put on weight, nope, I don't like that."* He was getting in my head (P5).

Charlie recalls Patrick telling her she didn't need the pill because they would be together for life: "*He'd say to me* 'but you're my wife, you're my wife, we're going to get married […]'" (P5). Charlie is in love with Patrick and tells herself: "*I listened to him, because I was like '*okay no, he's my boyfriend, he knows... he knows what's best'" (P5).

A few months into the relationship, Charlie becomes increasingly fearful of Patrick's violent reactions. She's afraid that *"it'll get out of hand, and then you don't know what to expect*" (P14). Charlie complies with Patrick's demands to avoid an escalation of violence.

> There was room for negotiation, but honestly, like, I was always the one who gave in because I didn't want him to explode even more or I didn't want him to feel bad. So, there I was like ok, alright, fine. I always put myself second. To avoid problems (P5).

After Charlie's attempts to use condoms and contraceptive pills were rejected by Patrick, she considers getting an IUD. However, Patrick objects, claiming it could injure his penis or damage her uterus, despite Charlie's attempts to correct his misinformation.

> Well, he said that the IUD wasn't going to work, that it was going to block him, and then, even if I explained how it worked, even if I explained where it was located, he said he'd heard stories that the IUD had migrated down, and that it had hurt, that it had torn the uterus, or all kinds of things. There were lots of stories he'd tell me to convince me it was a bad idea, but I never really understood why he didn't want me to have one (P4).

Charlie decides to not get an IUD. The back-and-forth related to contraception regularly exposes her to pregnancy risks. This leads her to purchase emergency oral contraception multiple times in a short period of time: "*I also remember there was like one, two months that I was taking Plan B, like... every... every two weeks."* (P5). Patrick becomes angry when he learns that Charlie has used emergency oral contraception. He tells her she should have consulted him beforehand to get his approval.

> He said he wasn't angry because I'd used it, but because I hadn't asked for his consent. Besides, even if I had asked, I know he would have refused. So, yeah, he says I went against his will... something like that (P14).

At this point in the relationship, which has now lasted over a year, Patrick also controls Charlie's outings and prevents her from seeing her friends through various strategies.

> Well, with my friends, he was very, very controlling. He tried to prevent me from seeing friends, and he had his ways and his techniques. Let's say he'd leave some stuff at my place, and say, "*Well no, you can't go out, I'm going to come pick up my things. But I don't know what time I'm coming to get them, so you gotta stay there all evening to be sure"* (P4).

Patrick controls her movements and dictates her actions, claiming he knows best what she needs.

> That's another reason, he was like "*but well, I'm the one who picks you up, I'm the one who drops you off at school, I'm the one who does this, I'm the one who does that, like I'm the one who helps you, you don't listen to me but I know what's good for you*" (P5).

Charlie's desire to have sex is considerably reduced as sexual relations remain unprotected due to Patrick's active resistance to contraception methods. For these reasons, Charlie tries to refuse sex. But Patrick insists and becomes aggressive.

> He'd get angry, and we'd always end up canceling the plans because I didn't want to give in. I didn't want to get into it. And he was pissed off, he flipped out, and we were always canceling plans because of that (P5).

In addition to sexual violence, there was physical violence, including breaking objects, hitting, slapping, tearing her clothes, and pulling her hair, which he later denies: "*And then*

tells me ‘Oh no no, but I didn’t touch you, but I didn’t hit you, but I never hit you’” (P5). He also engages in dangerous driving that puts them both in danger.

Charlie breaks up with Patrick after about two and a half years. After Charlie ends the relationship, Patrick harasses her for months to reconcile. This relationship, marked by intimate partner violence and control over all of Charlie’s contraceptive options, has long-lasting effects on her psychological and sexual well-being.

Unlike previous metanarratives, this one highlights the extreme restriction of participant's contraceptive options and overall life choices. CI is characterized here by the perpetrator rejecting all proposed methods, mocking her use of contraceptive pills, and objecting to her taking emergency contraception or getting an IUD. These restrictions force the participant into silence to avoid further violence, leaving her in a constant state of fear and stress.

5.4 DISCUSSION

This article aims to understand how contraceptive interference (CI) varies with different contraceptive methods and how it impedes contraceptive autonomy through tactics used by perpetrators. It also aims to document and define key aspects of CI using qualitative empirical data. This is, to our knowledge, the first qualitative study to focus on CI in young people's relationships.

In this study, CI targets various contraceptives, including condom use, pills, IUDs, and withdrawal before ejaculation. Consistent with existing literature (Davis et al., 2023b; Katz & LaRose, 2018; Kirwan et al., 2022), CI perpetrators use control and manipulation strategies, including blaming participants, for reduced sexual desire or pleasure, and discrediting or invalidating their contraceptive choices. These strategies reflect a gendered power dynamic where the partner's controlling, negligent, and restrictive behaviours undermine and often eliminate the participant’s contraceptive autonomy. This highlights how gendered power imbalances shape and perpetuate control in intimate relationships characterized by CI.

The metanarratives reveal three distinct CI trajectories, which share similarities and are not mutually exclusive. They differ in how violence manifests and evolves in youth intimate relationships, showing varying degrees of intensity, diversity, and frequency of

partner violence. As with other studies (Drouin et al., 2024; Katz & Sutherland, 2020), the results demonstrate that condom-related CI behaviours can be linked to youth intimate partner violence (YIPV). Our findings reveal that some CI behaviours occur in intimate relationships not marked by YIPV (metanarrative 1), while others are part of a broader pattern of control and manipulation (metanarratives 2 and 3).

Metanarrative 1 shows how contraceptive neglect by the intimate partner creates a contraceptive burden on the participant. This burden, which involves planning and ensuring compliance to contraceptive use, is sustained by gendered power dynamics that lead to the partner's disengagement from sexual and reproductive health (Lévesque et al., 2024). It also highlights the partner's poor listening, despite participants expressing their choices and limits. In metanarrative 2, the partner induces guilt in the participant regarding their contraceptive choices for safe sex. This feeling of entitlement to sex is also documented in Kruse and colleagues (2023), where the partner creates an environment where the participant's preferences are disregarded, in addition to violent remarks related to transphobia and heterosexism. Metanarrative 3 illustrates how increased control pervades all aspects of the participant's life, invalidating her agency, including her ability to make contraceptive choices or consent to sexual intercourse without fear of reprisal. This fear of violence exacerbates the unequal balance of power in the relationship, potentially discouraging contraceptive use (Bergmann & Stockman, 2015; Katz & Sutherland, 2020). The age difference between the participant and the perpetrator can further reinforce this gendered power dynamic, especially during this formative period when young people encounter many "firsts" and may have limited reference points to identify violence and control (Øverlien et al., 2020). This metanarrative also highlights the intensification of violence, both in frequency and severity, in correlation with the duration of the relationship, as illustrated in another study (Sutton & Dawson, 2018). These relationships lasted more than two years and exhibit deeply embedded patterns of control and violence within the intimate relationship.

The results reveal an important and complex connection between sexual and psychological violence and CI behaviours, as noted by Tarzia and Hegarty (2023). This connection is reflected in the impossibility to refuse a sexual intercourse without facing consequences such as accusations, reproaches, frustration, or imposed silence. It also

involves exposure to control and manipulation tactics aimed at asserting authority, undermining self-worth, and inducing self-doubt. These gendered power dynamics illustrate how sexual and psychological violence intersect, creating a context that can fosters CI. The resulting climate of control, manipulation, and emotional deprivation compels participants to yield to unprotected sex to maintain the relationship.

This study addresses empirical gaps in the literature by emphasizing the need to consider various forms of contraception targeted by CI (Katz & Sutherland, 2020), diverse relational contexts (Chen et al., 2024; Davies, 2023), CI experiences among people of sexual and gender diversity (Chen et al., 2024; Katz & LaRose, 2018), and the conceptual distinctions between CI and related constructs (Katz & LaRose, 2018; Tarzia et al., 2020). On this last point, the results of this study do not make it possible to clearly distinguish IC behaviour from birth control sabotage. Thus, CI may be understood as a subset of reproductive coercion (RC) and birth control sabotage, not aimed at inducing pregnancy, but rather at restricting contraceptive use to assert control over a partner while prioritizing one's own sexual pleasure over the other person's sexual safety. The findings of this study suggest that CI behaviours are not primarily driven by reproductive intent. However, CI behaviours closely resemble those of birth control sabotage, as illustrated in Table 1. Key questions remain regarding the conceptualization and operationalization of CI: What would clearly distinguish CI from birth control sabotage? Should the perpetrator's intent be the primary factor in making this distinction? The results of this exploratory study contribute to the ongoing reflection on the conceptualization of CI. However, further research is needed to better operationalize this concept and to determine whether intent to cause pregnancy is central to understanding this phenomenon.

5.4.1 Limitations

Some limitations must be considered in this study. First, although empirical saturation was achieved in relation to condom-related CI, the exploratory nature of the research allowed for the identification of other contraceptive methods targeted by CI for which empirical saturation was only partially achieved. The reported situations of withdrawal failure before ejaculation were perceived by the participants as being intentionally enacted without their consent. However, not all cases of withdrawal failure before ejaculation should be

considered as CI, as some result from accidents, whereas men, and particularly young men, are not always able to control the timing of ejaculation or withdraw at the right moment (Whittaker et al., 2010). This study highlights the importance of examining these situations within broader patterns of violence to understand them as CI. Nevertheless, the data highlight potential future research directions that could explore a variety of contraceptive or barrier methods.

Second, the sample is relatively homogeneous, consisting predominantly of cisgender non-heterosexual women. This exploratory study provides a better understanding of certain aspects of CI, but it should be examined among different population groups to identify possible variations in its manifestations or specific patterns of violence. In addition to this limitation regarding the composition of the sample, there was a question on racialization in the sociodemographic questionnaire that was probably poorly formulated, as most participants misunderstood it. The question was: "*In Canada, are you perceived as a member of an ethnocultural minority (or as a racialized, ethnicized person) due to cultural or physical characteristics?*" Proposing a sociodemographic question based on self-identification to an ethnocultural group (e.g., South Asian, Chinese, Black, Arab, Latin American, etc.) might have been better understood by participants. In this study, race was more thoroughly addressed during individual interviews. However, reported experiences of racism were unrelated to CI. Some tensions or conflicts based on the participant's culture and that of his partner seem to be part of a larger set of YIPV behaviours. Future studies should further explore the dynamics of racism and other oppressive systems such as classism or ableism in CI contexts.

Third, the dropout rate among individuals who initially expressed interest but did not follow through with participation is relatively high. Other studies have also documented challenges in retaining young people in qualitative research. Proposed explanations include personal issues, work or academic obligations, and logistical barriers such as conflicting schedules, lack of time, and transportation or technological difficulties (Bonisteel et al., 2021; Khatamian Far, 2018).

Fourth, the narrative analysis and the construction of metanarratives highlighted distinct trajectories related to experiences of CI. Some trajectories unfold within a broader context of IPV, while others do so to a lesser extent. Overlaps exist between the

metanarratives, as they are not mutually exclusive. This exploratory study represents an initial attempt to classify these behaviours through metanarratives. Further research is needed to better understand the patterns of CI behaviours and the relational contexts in which they occur.

5.4.2 Practical implications

Sexual violence and YIPV prevention efforts must include CI and should seek to deconstruct gender roles associated with contraceptive responsibility, and work to dismantle men's resistance to condom use in particular (Davis et al., 2014; Wegner et al., 2017). We should instead urge young people to respect their partner's choice to have safe sex (VanderDrift et al., 2013). CI also needs to be better known by healthcare professionals, so that they can support young people who, for example, make frequent use of emergency oral contraception. These professionals could then offer a short intervention that does not make the person responsible for repeated use of emergency oral contraception but rather directs them to psychosocial support resources.

5.4.3 Future research

Further qualitative studies are needed to better understand the specific behaviours categorized as CI. Additionally, it is essential to gain deeper insight into how the context of YIPV emerges and develops in the context of CI. The results indicate that some CI behaviours are part of a broader set of control and manipulation strategies that extend beyond sexual and reproductive health. In contrast, other relationships involve CI without exhibiting additional YIPV behaviours outside this context. It remains unclear whether CI serves as a precursor to YIPV or if certain CI behaviours stem from a disregard for the other person's choices without necessarily occurring within a broader context of violence. Further studies are needed to understand whether and how CI and YIPV influence each other.

A better qualitative understanding could support the development of a validated, CI-specific measurement tool that targets a variety of contraceptive methods, not limited to issues with condom use. The results also illustrate that CI occurs in various relational

contexts, not restricted to cisheterosexual relationships. We need to continue studying CI, taking into account sexual and gender diversity as well as different relationship configurations (e.g., couples, dating partners, polyamorous relationships) among young people.

REFERENCES

Andrews, M., Squire, C., & Tamboukou, M. (2017). *Doing narrative research*. SAGE Publications, Ltd. https://doi.org/10.4135/9781526402271

Bergmann, J. N., & Stockman, J. K. (2015). How does intimate partner violence affect condom and oral contraceptive use in the United States?: A systematic review of the literature. *Contraception, 91*(6), 438-455. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.02.009

Boadle, A., Gierer, C., & Buzwell, S. (2020). Young women subjected to nonconsensual condom removal: Prevalence, risk factors, and sexual self-perceptions *Violence Against Women*, *27*(10), 1696-1715. https://doi.org/10.1177/1077801220947165

Bonisteel, I., Shulman, R., Newhook, L. A., Guttmann, A., Smith, S., & Chafe, R. (2021). Reconceptualizing recruitment in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods, 20*. https://doi.org/10.1177/16094069211042493

Boonzaier, F. A., & van Schalkwyk, S. (2011). Narrative possibilities: poor women of color and the complexities of intimate partner violence. *Violence Against Women, 17*(2), 267-286. https://doi.org/10.1177/1077801210397796

Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic Analysis In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. American Psychological Association.

Campbell, R., Goodman-Williams, R., & Javorka, M. (2019). A trauma-informed approach to sexual violence research ethics and open science. *Journal of Interpersonal Violence, 34*(23-24), 4765-4793. https://doi.org/10.1177/0886260519871530

Chen, W., Hammett, J. F., Kirwan, M., & Davis, K. C. (2024). Receipt of coercive condom use resistance: A scoping review. *The Journal of Sex Research, 61*(3), 399-413. https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2204297

Closson, K., Zharima, C., Kuchena, M., Dietrich, J., Gadermann, A., Zulu, B., Ogilvie, G., Beksinska, M., & Kaida, A. (2024). "It's a 50/50 thing you know": Exploring the multileveled intersections of gender and power within the relationships of young

south African men and women. *The Journal of Sex Research, 61*(1), 144-159. https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2129561

Cotter, A. (2021). *Intimate partner violence in Canada, 2019* (Catalogue No. 85-002-X). https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2021001/article/00003-fra.pdf?st=QcTyAxVq

Cotter, A., & Savage, L. (2019). *Gender-based violence and inappropriate sexual behaviour in Canada, 2018: Initial findings from the Survey of Safety in Public and Private Spaces* (Catalogue no. 85-002-X). https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2019001/article/00017-eng.pdf?st=Kv8udvYd

Davies, C. T. (2023). Gender norms and young intimate relationship roles. In *Understanding abuse in young people's intimate relationships: Female perspectives on power, control and gendered social norms*. Bristol University Press. https://doi.org/10.1332/policypress/9781447362661.003.0004

Davis, K. C., Schraufnagel, T. J., Kajumulo, K. F., Gilmore, A. K., Norris, J., & George, W. H. (2014). A qualitative examination of men's condom use attitudes and resistance: ''It's just part of the game''. *Archives of Sexual Behavior, 43*, 631-643. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0150-9

Davis, K. C., Stappenbeck, C. A., Masters, N. T., & George, W. H. (2019). Young women's experiences with coercive and noncoercive condom use resistance: Examination of an understudied sexual risk behavior. *Women's Health Issues, 29*(3), 231-237. https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.01.005

Davis, K. C., Stewart, R., Kirwan, M., Chen, M., & Hammett, J. F. (2023b). Coercive condom use resistance: A scoping review. *Psychology of Violence, 13*(5), 361-373. https://doi.org/10.1037/vio0000481

Decker, M. R., Wood, S. M., Byrne, M. E., Yao-N'dry, N., Thiongo, M., Gichangi, P., OlaOlorun, F. M., Koffi, A. K., Radloff, C., Ahmed, S., & Tsui, A. O. (2021). Gendered power dynamics and threats to sexual and reproductive autonomy among adolescent girls and young adult women: A cross-sectional survey in three urban settings. *PLOS ONE, 16*(11). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257009

Drouin, M., Ross, J. M., DiClementi, J. D., Palhoni de Lima, I., & Atkins, A. (2024). Stealthing: Nonconsensual condom removal in same-sex and opposite-sex intimate relationships *Psychology of Violence, 14*(2), 117-126. https://doi.org/10.1037/vio0000505

Featherstone, L., Byrnes, C., Maturi, J., Minto, K., Mickelburgh, R., & Donaghy, P. (2024). Consent and reproductive coercion. In L. Featherstone, C. Byrnes, J. Maturi, K. Minto, R. Mickelburgh, & P. Donaghy (Eds.), *The Limits of Consent. Sexual Assault and Affirmative Consent*. Palgrave Macmillan.

Frances, T. (2023). "It's just kind of this thing that I need to navigate": Young women's stories of recoveries after domestic abuse in childhood. *Violence Against Women, 29*(11), 2127-2146. https://doi.org/10.1177/10778012221125498

Gavey, N. (2019). The gender of rape. Revisiting the cultural scaffolding of rape. In N. Gavey (Ed.), *Just sex? The cultural scaffolding of rape. Second edition*. Routledge.

Gómez-Durán, E. L., & Martin-Fumadó, C. (2024). Nonconsensual condom-use deception: An empirically based conceptualization of stealthing. *Trauma, Violence, & Abuse, 25*(1), 87-101. https://doi.org/10.1177/15248380221141731

Grace, K. T., & Anderson, J. C. (2018). Reproductive Coercion: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, *19*(4), 371-390. https://doi.org/10.1177/1524838016663935

Katz, J., & LaRose, J. (2018). Male partner contraceptive interference: Associations with destructive conflict and women's relational power. *Violence Against Women*, *25*(10), 1262-1278. https://doi.org/10.1177/1077801218818372

Katz, J., Poleshuck, E. L., Beach, B., & Olin, R. (2017). Reproductive coercion by male sexual partners: Associations with partner violence and college women's sexual health. *Journal of Interpersonal Violence, 32*(21), 3301-3320. https://doi.org/10.1177/0886260515597441

Katz, J., & Sutherland, M. A. (2020). College women's experiences of male partner contraceptive interference: Associations with intimate partner violence and contraceptive outcomes. *Journal of Interpersonal Violence, 35*(21-22), 4350-4374. https://doi.org/10.1177/0886260517715600

Khatamian Far, P. (2018). Challenges of recruitment and retention of university students as research participants: Lessons learned from a pilot study. *Journal of the Australian Library and Information Association, 67*(3), 278-292. https://doi.org/10.1080/24750158.2018.1500436

Kirwan, M., Davis, K. C., Stappenbeck, C. A., & George, W. H. (2022). The roles of emotion regulation, alcohol consumption, and women's condom request style in men's coercive condom use resistance intentions *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 31*(9), 1187-1205. https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2089862

Kruse, A. E., Helseth, H., & Korkmaz, S. (2023). Callous lovers and frightening victims: How emotional contradictions affect young people's navigation of sexually abusive relationships *Nordic Journal of Criminology, 24*, 1-20. https://doi.org/10.18261/njc.24.1.6

Lachance-Grzela, M., Liu, B., Charbonneau, A., & Bouchard, G. (2021). Ambivalent sexism and relationship adjustment among young adult couples: An actor-partner interdependence model. *Journal of Social and Personal Relationships, 38*(7), 2121-2140. https://doi.org/10.1177/02654075211005549

Lévesque, S., Toupin, A., & Pugliese, M. (2024). Contraception: A gendered burden? A mixed methods exploration of experiences around contraception responsibility. *Canadian Journal of Human Sexuality, 33*(2), 236-248. https://doi.org/10.3138/cjhs-2024-0006

Llano-Suárez, A., Lana, A., Gasch-Gallén, Á., & Fernández-Feito, A. (2021). Gender roles and intimate partner violence among female university students in Spain: A cross-sectional study. *PLOS ONE, 16*(11). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259839

Miller, E., & Silverman, J. G. (2010). Reproductive coercion and partner violence: implications for clinical assessment of unintended pregnancy. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology, 5*(5), 511-515. https://doi.org/10.1586/eog.10.44

Moulton, J. E., Vazquez Corona, M. I., Vaughan, C., & Bohren, M. A. (2021). Women's perceptions and experiences of reproductive coercion and abuse: a qualitative evidence synthesis. *PLOS ONE, 16*(12). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261551

Nasheeda, A., Abdullah, H. B., Krauss, S. E., & Ahmed, N. B. (2019). Transforming transcripts into stories: A multimethod approach to narrative analysis. *International Journal of Qualitative Methods, 18*, 1-9. https://doi.org/10.1177/1609406919856797

Ollerenshaw, J. A., & Creswell, J. W. (2002). Narrative research: A comparison of two restorying data analysis approaches. *Qualitative Inquiry, 8*, 329-347. https://doi.org/10.1177/10778004008003008

Øverlien, C., Hellevik, P. M., & Korkmaz, S. (2020). Young women's experiences of intimate partner violence—Narratives of control, terror, and resistance. *Journal of Family Violence, 35*(8), 803-814. https://doi.org/10.1007/s10896-019-00120-9

Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage Publications, Inc.

Romito, P. (2006). *Un silence de mortes : la violence masculine occultée*. Éditions Syllepse.

Rousseau, C., Bergeron, M., & Ricci, S. (2020). A metasynthesis of qualitative studies on girls' and women's labeling of sexual violence. *Aggression and Violent Behavior, 52*. https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101395

Senderowicz, L., & Higgins, J. (2020). Reproductive autonomy is nonnegociable, even in the time of COVID-19. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 46*, 147-151. https://doi.org/10.1363/intsexrephea.46.2020.0147

Stark, E. (2007). *Coercive control: How men entrap women in personal life*. Oxford University Press

Sutton, D., & Dawson, M. (2018). Differentiating characteristics of intimate partner violence: Do relationship status, state, and duration matter? *Journal of Interpersonal Violence, 36*(9-10). https://doi.org/10.1177/0886260518795501

Tarzia, L. (2021). Women's emotion work in the context of intimate partner sexual violence. *Journal of Family Violence, 36*, 493-501. https://doi.org/10.1007/s10896-020-00204-x

Tarzia, L., & Hegarty, K. (2023). "He'd tell me I was frigid and ugly and force me to have sex with him anyway": Women's experiences of cooccurring sexual violence and psychological abuse in heterosexual relationships. *Journal of Interpersonal Violence, 38*(1-2), 1299-1319. https://doi.org/10.1177/08862605221090563

Tarzia, L., Srinivasan, S., Marino, J., & Hegarty, K. (2020). Exploring the gray areas between "stealthing" and reproductive coercion and abuse. *Women & Health, 60*(10), 1174-1184. https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1804517

VanderDrift, L. E., Agnew, C. R., Harvey, S. M., & Warren, J. T. (2013). Whose intentions predict? Power over condom use within heterosexual dyads. *Health Psychology, 32*(10), 1038-1046. https://doi.org/10.1037/a0030021

Wegner, R., Davis, K. C., Stappenbeck, C. A., Kajumulo, K. F., Norris, J., & George, W. H. (2017). The effects of men's hostility toward women, acute alcohol intoxication, and women's condom request style on men's condom use resistance tactics. *Psychology of Violence, 7*(4), 593-601. https://doi.org/10.1037/vio0000069

Whittaker, P. G., Merkh, R. D., Henry-Moss, D., & Hock-Long, L. (2010). Withdrawal attitudes and experiences: A qualitative perspective among young urban adults. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 42*(2), 102-109. https://doi.org/10.1363/4210210

CHAPITRE 6 – ARTICLE 2

"As if it were a punishment for him, rather than protection for both of us": Impacts of Contraceptive Interference on Young People Sexuality, Intimacy and Health

Catherine Rousseau[a], Simon Lapierre[b], Sylvie Lévesque[c]

[a] PhD candidate, Interdisciplinary School of Health Sciences, University of Ottawa, Canada.

[b] Full professor, School of Social Work, University of Ottawa, Canada.

[c] Full professor, Sexology Department, Université du Québec à Montréal, Canada.

Accepté avec révisions dans la revue *Violence Against Women* (octobre 2025).

Funding information : The first author has a doctoral grant from Fonds de Recherche du Québec - Société et Culture (FRQSC), and from Recherches Appliquées et Interdisciplinaires sur les Violences intimes, familiales et structurelles (RAIV).

Acknowledgments: The authors would like to thank all the participants who took part in this study and generously shared their stories.

Abstract

Contraceptive interference alters or prevents contraceptive use, impacting not only sexual and reproductive health but also intimacy and well-being, particularly for young people. Using a feminist and emotion work approach, this study analyzes semi-structured interviews with 17 individuals (ages 17-23). It identifies four targeted contraceptive methods and highlights how partner-imposed constraints led to unprotected sex, fear of pregnancy/STIs, and diminished contraceptive autonomy. While some participants developed mistrust toward cis men, others reclaimed agency post-relationship. The study underscores the need for greater attention to contraceptive interference in sex education and healthcare to address its broader relational and emotional consequences.

Keywords: Youth intimate partner violence, sexual violence, contraceptive interference, reflexive thematic analysis, Canada

6.1 INTRODUCTION

Contraceptive interference, which involves disregarding a partner's contraceptive choices, remains an underexplored phenomenon in the literature. However, in a sample of 213 college women, 21.1% reported experiencing at least one instance of contraceptive interference perpetrated by a male partner (Katz et LaRose, 2018). By definition, contraceptive interference encompasses any behavior that alters or prevents the proper and desired use of contraceptive methods, such as birth control pills, intrauterine devices (IUDs), condoms, contraceptive implants, or any other methods intended to provide control over one's sexual and reproductive health (Featherstone et al., 2024). The forms of contraceptive interference are still poorly defined, but studies have documented behaviors interfering with condom use, such as non-consensual condom removal (Boadle et al., 2020; Bonar et al., 2019; Davis et al., 2023a) and condom use resistance (Chen, Hammett, et al., 2024; Davis et al., 2023b; Wegner et al., 2017).

Negative impacts on sexual and reproductive health have been identified, including the risks of unintended pregnancies and contracting sexually transmitted infections (STIs) (Katz et LaRose, 2018; Lévesque et al., 2020). Emotional and psychological impacts, such as stress, anxiety, shame, and a sense of loss of control, have also been reported among adult populations, along with apprehension about engaging with future intimate partners (Lévesque et al., 2020). Contraceptive interference can also be linked to instances of sexual violence, particularly in cases of non-consensual condom removal (Bonar et al., 2019). Research on sexual violence perpetrated by intimate partners highlights various consequences for mental health (e.g., post-traumatic stress, depression), relational health (e.g., attachment difficulties, reduced relationship satisfaction), and sexual health (e.g., sexual dysfunction, decreased sexual satisfaction) (Bagwell-Gray, 2019; Hellemans et al., 2015; Karakurt et al., 2024). However, limited data exist regarding the impacts of contraceptive interference within intimate relationships among young people.

Based on a qualitative study with young people who experienced contraceptive interference, this article seeks to better understand its impacts in the context of intimate relationships and contribute to the production of knowledge on this subject. This study is guided by a feminist lens that recognize the power imbalances in intimate relationships, alongside the concept of emotion work, which sheds light on the emotional management

strategies used by young people in these contexts. Specifically, this article aims to 1) describe the reported forms of contraceptive interference, 2) document the impacts of contraceptive interference, both during and after the intimate relationship, regarding sexuality, intimacy, and health and 3) explore how young people engage in emotion work in contraceptive interference contexts characterized by gendered power inequities.

6.1.1 Gender power imbalances in youth's intimate relationships

Using a feminist perspective, gendered power dynamics reflect norms that reinforce the idea of male superiority over other genders to exert control within an intimate relationship (Exner-Cortens et al., 2023). This dynamic diminishes, and in some cases eliminates, the other person's sexual agency and power in the relationship, particularly regarding contraceptive decisions (Katz et LaRose, 2018). Contraceptive interference is also associated with intimate partner violence (IPV), with established links to physical, psychological, and sexual violence (Katz et Sutherland, 2020). Some studies indicate an association between IPV and reduced contraceptive use resulting from barriers imposed by intimate partners (Decker et al., 2021; Maxwell et al., 2015). In a study conducted by Katz and Sutherland (2020) involving 146 women aged 18 to 22, participants who reported experiencing contraceptive interference also reported having been subjected to sexual violence by the same intimate partner. It is therefore relevant to pay specific attention to other forms of violence (psychological, sexual, physical, etc.) that may be present, as well as to explore power imbalances in intimate relationships marked by contraceptive interference. Scientific literature suggests that one indicator of power inequality lies in relationship management, particularly through emotion work (Fahs et Swank, 2016; Kruse et al., 2023).

6.1.2 Emotion work

The concept of emotion work, as developed by Hochschild (2003), is applied to better understand the relational context in which contraceptive interference experienced by young people occurs, as well as what constitutes or sustains it, is mobilized. This emotional management operates in both public and private spheres. In the private sphere, emotion

work involves maintaining or preserving meaningful relationships and ensuring the well-being of others. Emotion work is cognitive when it pertains to thoughts, bodily when it involves physical engagement (e.g., breathing), and expressive when emotions are outwardly displayed (e.g., crying, laughing). It becomes active when individuals strive to regulate their emotions, either by forcing themselves to feel other emotions (evocation), suppressing emotions (e.g., "I tried to..." or "I forced myself to..."), or fully experiencing them (e.g., "I eventually cried") (Hochschild, 2003).

This concept has been applied in other studies on gender-based violence (Fahs et Swank, 2016; Kruse et al., 2023), as emotional regulation and adjustment are particularly significant in these contexts (Tarzia, 2021). Using the concept of emotion work in this study offers insights into how young people navigate and engage in this process in the context of contraceptive interference within intimate relationships.

6.2 METHODOLOGY

6.2.1 Procedure

The project received ethical approval from the first author's university [University of Ottawa, Office of Research Ethics and Integrity; H-09-22-8218]. As this study is part of the first author's doctoral thesis, data generation and analysis were conducted by the first author. The co-authors, who are the thesis supervisors, provided theoretical and empirical guidance throughout these stages.

Participants were recruited through social media, community organizations providing specialized support services for domestic or sexual violence, and post-secondary educational institutions. The call for participation was shared via a poster outlining the following inclusion criteria: 1) being between 16 and 25 years old, 2) being or having been in an intimate relationship (e.g., couple, dating, friends with benefits, etc.) with the same person for three months or more, and 3) having experienced difficulties related to contraception use with that person.

During the recruitment period, 77 individuals expressed interest in participating in the study. A pre-interview was conducted to validate the inclusion criteria: 31 individuals did not meet the criteria (e.g., situations related to side effects caused by contraception,

difficulties accessing contraception, or referring to someone else's experience rather than their own). Among those who met the inclusion criteria, several did not respond to follow-up emails, even after reminders (n = 24). Five individuals completed the sociodemographic questionnaire prior to the individual interview but did not follow through with the interview itself. In total, 17 individuals participated in individual interviews. Almost all participants (16 out of 17) were recruited through post-secondary institutions in Montreal (Canada). Participants were interviewed between February and May 2023.

6.2.2 Data generation

To generate rich data on participants' contraceptive interference experiences, we chose to conduct individual interviews using a semi-structured interview guide. A short sociodemographic questionnaire was shared and completed online prior to the individual interview. The information and consent form was reviewed in full with participants before the interview and was required to be signed before beginning the individual interview.

To minimize the potential effects of hierarchical dynamics between the researcher conducting the individual interviews [CR] and the participants, continuous reflexivity was maintained throughout the study. This reflexivity involved taking notes on specific reflections and discussing them with the study's co-authors. For example, one reflection concerned self-presentation during interviews with young participants. Introducing myself as a doctoral researcher and a sexologist during the initial interviews quickly revealed an asymmetry in positions. Many asked questions about my professional background and on the university program in sexology (contingency, student acceptance rate, etc.). I considered whether simplifying my introduction by stating only that I was conducting a study, without mentioning my professional titles (which were already listed in the consent form), might reduce this effect. I tested this approach in subsequent interviews and observed that participants were more inclined to direct their questions toward the study rather than the university program. I maintained this approach for the remaining interviews. Throughout all interviews, I specified to the participants that there was no "right way" to speak during the interviews and that they could communicate in whatever way felt most comfortable to them. I also adopted a non-judgmental and supportive attitude, and I paid

particular attention to my communication style (e.g., avoiding technical terms related to the research process or the study's subject matter).

The interview guide began with an icebreaker question about the participant's motivation to participate in the project and a brief self-introduction. Following this, contraceptive interference situations were explored using an open-ended, non-directive question (e.g., "*You mentioned an experience with an intimate partner via email. Could you tell me more about this situation?*"). Questions about the impacts of contraceptive interference across different areas of life were then asked (e.g., "*What impacts did you experience following this situation?*"). Follow-up questions were included to delve into issues related to sexual and reproductive health that participants might have faced (e.g., contracting or testing for STIs, unplanned pregnancy, use of emergency oral contraception). Additional questions explored the impacts on mental health, intimate relationships, or sexuality (e.g., "*In what way has this situation influenced your perception of intimate relationships?*"). At the end of the interview, participants were systematically provided with a list of support resources, along with an explanation of the services offered. Additional resources could be shared depending on the participant's specific needs.

The location of the interview was chosen by the participant: 13 participants opted to participate online via Zoom, while 4 chose to participate in person at their post-secondary educational institution. All interviews were audio-recorded with the participants' consent. Each participant received financial compensation of CAD$30. The average duration of the interviews was 53 minutes. All interviews were transcribed verbatim. After each interview, the interviewer wrote reflexive notes reflecting on the interview's content, its flow (e.g., noting interruptions, pacing, and overall impression of the interview's fluidity), the interview guide (e.g., clarity or lack thereof in the questions and necessary adjustments), the impact of the interview on the participant (e.g., using an open-ended question after the interview to gauge how the participant felt after sharing their story), and conceptual or empirical reflections related to the study's subject.

6.2.3 Data analysis

The verbatim transcripts were imported into the qualitative analysis software NVivo 14 (QSR International Pty Ltd.). To document the forms of contraceptive

interference, a qualitative descriptive analysis was conducted. The forms of contraceptive interference were categorized based on the contraceptive methods targeted. Given the limited literature on contraceptive interference, it was deemed important, as a first step, to report its forms enacted by intimate partners in descriptive categories (Ayton, 2024).

For the analysis of the impacts of contraceptive interference and to ensure methodological coherence, the recent *Reflexive Thematic Analysis Reporting Guidelines* (RTARG) developed by Braun and Clarke (2024) were followed as closely as possible. After multiple readings of the transcripts to fully understand the participants' individual experiences, initial inductive codes were created using the participants' own words. Themes were then developed to organize the content and identify patterns of shared meaning in a structured and meaningful way. The themes were designed to be coherent with one another and mutually exclusive. This step was also supported by reflexive notes taken after each interview, which guided the analytical approach adopted in this article. Based on the themes, conceptual categories were created, informed by the theoretical frameworks and the reflexive notes. Citations were selected for each of the proposed conceptual categories. The reflexive exercise allowed the authors to renegotiate the proposed conceptual categories to ensure they captured the essence of the participants' experiences. The chosen theoretical frameworks, specifically emotion work and gender-based power dynamics, provided an interpretative lens that highlighted the complexities of the reported situations within their relational, social, and political contexts.

6.3 RESULTS

6.3.1 Sociodemographic and Relational Characteristics of Participants

The participants (n = 17) were aged between 17 and 23 at the time of the individual interview. The sample consisted of fifteen cis women, one non-binary person, and one trans man. The majority of the sample (n = 11) identified as bisexual, pansexual, or questioning. Eleven participants were born in Canada, while six were born in Western Europe, Central Africa, North America (excluding Canada), or South America. Slightly more than half of the sample (n = 11) lived in their parental home. Six participants reported experiencing poverty or having insufficient income to meet their basic needs. Two participants identified

as religious and practicing, while three described having a spiritual practice or religious affiliation without being practicing.

A total of 21 intimate relationships marked by contraceptive interference were reported by the 17 participants. Three participants reported experiencing contraceptive interference in more than one intimate relationship. Each intimate relationship is distinguished in the identifier (e.g., the first relationship is identified as "R1" in the participant's identifier, such as P8-R1). Since our focus is on experiences of intimate relationships involving contraceptive interference, each of these relationships is treated as a separate unit in the sample. Consequently, the reported *n* refers to the number of intimate relationships.

Regarding relational characteristics, all perpetrators of contraceptive interference were cisgender men, except for one relationship in which the perpetrator was a non-binary person. At the time of the individual interview, only one participant was still in a relationship with the perpetrator of contraceptive interference. Ten participants had a new partner and were not experiencing contraceptive interference in this new intimate relationship.

6.3.2 Overview of Contraceptive Interference Forms

This section provides a descriptive analysis of the forms of contraceptive interference based on the different contraceptive methods targeted. Table 6.1 outlines the documented manifestations of contraceptive interference, supported by citations. Contraceptive interference impacted the use of four contraceptive methods: 1) condoms, 2) birth control pills or emergency oral contraception, 3) intrauterine devices (IUDs), and 4) withdrawal before ejaculation.

Table 6.1. Citations illustrating forms of CI according to contraceptive methods

Forms of CI	Selected citations
Condom use (*n* = 21)	
Condom use disengagement (*n* = 3)	"[…] he would never force me to, like... have sex without a condom. […] But he would always end up saying that we would have more sex if I were on the pill. We would... you know, there would be more [sexual] interest if we were on the pill, and you know, that kind of thing." (P9)
Condom use resistance (*n* = 11)	"And the thing is... like, they had difficulty keeping an erection with a condom. And I... I didn't want to go back to the contraception [birth control pill]... So it was really always, always pressure to like... even though we never did it without a condom, I still felt that, uh... disappointment from their side." (P3)
Condom use refusal (*n* = 6)	"Like, the first time we had sex, he never wanted to use one. I had already asked, and he said it wasn't fun." (P6) "He would tell me that we had already been through this [discussion about using a condom], and that we didn't need to talk about it again because we had already talked about it before." (P4)
Non-consensual condom removal (*n* = 3)	"And we started having sex... and it began with, during the intercourse, he would take off the condom. I realized it... well, the first time, I noticed at the end." (P8-R1)
Coerced condomless sex (*n* = 1)	"And you know, sometimes he would just enter me without saying anything, and then I had to stop him after 30 seconds and say, 'Wait a minute, you didn't put on a condom,' you know." (P13-R2)

Birth control pills or emergency oral contraception (*n* = 3)	
Pressure to stop taking the pill (*n* = 3)	"You know, he was like, 'I'm really against it [the pill]'... He was like, 'You've changed, you've really changed, can't you see that it's affecting your hormones, and like, you've changed physically too, it makes you gain weight, blah blah blah, I don't like it.'... I think he played a lot on my insecurities." (P5)
Resistance to the pill or emergency oral pill (*n* = 1)	"He would get angry [when they discussed the possibility of her starting the pill]. He said that if I took contraceptives, there would be side effects. You see, he'd say, maybe I won't notice them now, but later. He was a [health professional] and he said he had his reasons, and by doing that, he didn't want me to take it." (P14)
Intrauterine device (IUD) (*n* = 2)	
Resistance to IUD (*n* = 1)	"[...] I really wanted to try the IUD, and I don't know why, but he was against it. He said it wouldn't work, all that, and he really didn't want it. [...] Well, he said the IUD wouldn't work, that it would block him, and even though I explained how it worked, even though I explained where it was placed, he said he had heard stories about the IUD dropping down, that it had caused injuries, that it tore the uterus, or things like that. So he would bring up all these stories to convince me that it was a bad idea, but I never really understood why he didn't want it." (P4)
Pressures for IUD (*n* = 1)	"Um... it was my ex who wanted me to get it. And, uh... there was kind of pressure on me to get it. It wasn't like forced pressure, but it was more like, 'Oh, I can't wait, blah blah blah,' and I was just like, 'Okay...'. It was my first relationship with someone, like, as an adult, my first serious relationship. I didn't know how to navigate that without, like, um... ruining the relationship

	because, like, it was really important to me. Uh... it was just something that... I should have prioritized myself." (P17)
Withdrawal before ejaculation (*n* = 3)	
Pressures to use withdrawal before ejaculation	"He said [...] that anyway he would, like, ejaculate outside of me and all, so I was like... it was also my first long relationship with a guy, so I was like 'okay, it's fine.' And it went on like that for several months." (P6) "I remember him telling me that he found it less comfortable and liked it less with a condom. He much preferred no condom, and he often... I think he also told me that 'I can pull out, I can do that.' And I expressed to him that I don't like it when we do that, it puts pressure on me." (P13-R2)

6.3.2.1 Condom use

All participants experienced at least one instance of contraceptive interference related to condom use across all reported intimate relationships (n = 21). Five manifestations were documented. First, disengagement regarding condom use (n = 3) refers to a partner's lack of initiative in using a condom, despite a prior agreement to have protected sex. In these scenarios, the partner eventually uses a condom when requested by their partner. The second manifestation involves resistance to condom use (n = 11). In these situations, the partner explicitly resists using a condom and attempts to persuade the other not to use one. This resistance may be accompanied by reproach or behavior aimed at inducing guilt in the other person. In these cases, the sexual encounters remained protected by a condom despite the resistance. The third manifestation refers to the outright refusal to wear a condom and refusal to discuss it (n = 6). In these cases, sexual encounters were not protected by a condom. The fourth manifestation is the non-consensual removal of the condom (n = 3), where the partner removes the condom during sexual activity without the other partner's knowledge. Finally, non-consensual penetration without a condom (n = 1) refers to situations where sex with a condom was agreed upon, but the partner engaged in penetration without using a condom and without obtaining prior consent for unprotected sex. In this case, the participant had clearly expressed a desire to use a condom for protection, and one had been used in previous sexual encounters.

6.3.2.2 Birth control pills and emergency oral contraception

Contraceptive interference can also target the use of birth control pills or emergency oral contraception. Two participants reported experiencing pressure from their intimate partners to stop using birth control pills. This pressure took the form of insults targeting their body image (e.g., comments about weight gain) and mental health (e.g., remarks about mood swings). Another participant shared that her partner prevented her from accessing birth control pills or emergency oral contraception, claiming that these methods were harmful to her health.

6.3.2.3 Intrauterine device (IUD)

Two participants reported instances of contraceptive interference related to the use of an IUD. In the first scenario, the partner actively resisted the insertion of an IUD, claiming—despite the participant's clarifications—that it could cause injuries (n = 1). In the second scenario, verbal pressure was exerted on the participant to get an IUD so that the partner could stop using condoms, even though the participant did not wish to use this contraceptive method (n = 1).

6.3.2.4 Withdrawal before ejaculation

The final manifestation of contraceptive interference involves pressure to use withdrawal before ejaculation (n = 3) as a contraceptive strategy. These pressures were persistent, and participants ultimately yielded to this practice without giving consent.

6.3.3 The Impacts of Contraceptive Interference

Four conceptual categories illustrate the participants' experiences in the context of contraceptive interference, both during their intimate relationship with the perpetrator and after the relationship ended. The first conceptual category highlights how contraceptive interference behaviors by the intimate partner directly limited the contraceptive options available to the participants. The second category explores the impacts of restricted contraceptive autonomy on maintaining their sexual and reproductive health. The third category addresses the relational impacts, including the feeling of constantly needing to adapt to the partner and the apprehension about future intimate relationships due to the risk of experiencing contraceptive interference again. The final category focuses on the participants' behaviors aimed at reclaiming power over their health, intimacy, and sexuality after ending the relationship marked by contraceptive interference.

6.3.3.1 Contraceptive Choices Eroded by Partner Constraints

Contraceptive interference behaviors contribute to progressively reducing the contraceptive options available to the participants. All participants reported that their partner opposed the use of condoms in one way or another. This opposition occurred

repeatedly, with varying intensity across different intimate relationships. Some participants eventually felt exhausted from repeatedly requesting condom use, as their efforts often had limited or no success: “Yeah, I asked again several times. Then, at some point, I stopped asking because I knew… In the end, I didn’t ask much anymore, and when I realized… I stepped aside.” (P15). In addition to this exhaustion, some participants experienced guilt, as their request to use a condom contradicted the image they wanted to project as a sexual partner.

> "It's like... you don't dare tell them anymore because you feel like if you say you want to use a condom, you're ending the sexual encounter. You feel like... not that you're ending it, but that you're taking away the pleasure, taking away the excitement." (P13-R2)

In response to these contraceptive interference behaviors targeting condom use, participants attempt to mitigate the risks of unprotected sexual encounters by turning to other contraceptive methods. These alternatives are not their first choice. For instance, some start taking birth control pills, which cause them to experience side effects.

> "I went to see my doctor because I wanted to start taking the pill to address the discomfort this person—this guy—was experiencing. […] I actually dealt with a lot of side effects. And… like many women, I think." (P13-R1)

As illustrated in this citation, participants suppress their own subjectivity in an attempt to meet their partner’s expectations, often struggling to recognize their needs and boundaries as legitimate. In doing so, they engage in emotion work by assuming responsibility for the well-being of the relationship and their partner, to their own detriment (Kruse et al., 2023). In fact, this participant develops a negative perception of birth control pills, associating their use with submitting to the demands of others, rather than taking them for her own needs.

Another participant shared that her partner purchased condoms that were too large, further diminishing their effectiveness, while also resisting their use. To prevent an unintended pregnancy and gain better reproductive control, she decided to start using birth control pills: "*And I just wanted to take the pills because I couldn't risk having unprotected sex again and then... getting pregnant*." (P16).

However, the daily adherence required for birth control pills created a mental burden for the participants, leading to its eventual discontinuation.

> "And I think after... two years of using the pill, I still couldn't manage it properly. Because the schedule... well, I'm really bad with things that are very... I had to take it at the same time every day. And I just couldn't be that consistent […] I was putting myself through the side effects for nothing and stressing myself out for nothing." (P10-R2)

Contraceptive interference behaviors can also manifest as explicit strategies of violence, accompanied by manipulation and control. For instance, one participant shared that her partner exploited an acute episode of anorexia to pressure her into stopping her contraceptive pill, exacerbating her psychological distress.

> "[...] When my periods stopped, I got worried. So, I talked about it, I mentioned it to him, and as soon as he heard that, he jumped on the idea that I didn't need contraception anymore because, anyway, I wasn't getting my periods, so it wouldn't make any difference, it wouldn't change anything. And that really discouraged me. It made me even less inclined to eat, so that... that was a really bad time. Instead of being there for me, he mostly just talked about that." (P4)

This citation illustrates the partner's use of an additional means of control during a moment of vulnerability for the participant. Her concerns and needs are completely disregarded.

Contraceptive interference diminishes participants' ability to exercise their contraceptive autonomy. This is reflected in being forced to use a contraceptive method other than their preferred choice, managing the mental load associated with alternative contraception, and experiencing stress, guilt, and exhaustion when requesting the use of their preferred contraceptive method.

6.3.3.2 Restricted Contraceptive Autonomy: Impacts on Sexual and Reproductive Health

Contraceptive interference, by restricting contraceptive autonomy, poses a direct threat to sexual and reproductive health. All participants reported impacts related to the fear of pregnancy, which sometimes led to the use of emergency oral contraception, and the fear of contracting an STI, which occasionally resulted in testing and medical treatment.

All participants experienced fear of pregnancy at some point in their intimate relationships: *"I'm the kind of person… like… I'm so terrified of getting pregnant. I'm really, really, really scared of that."* (P3); *"I don't know how many times I did this, but I think, once or twice, I took a pregnancy test, just to be sure."* (P2). One participant recalled the anxiety of waiting for her period and the guilt she felt, believing she hadn't been assertive enough in demanding condom use. Despite her repeated requests for protected sex, her requests were never acknowledged by her partner, who systematically refused to use a condom. This emotional labor, in which she tried to meet the other person's demands by tolerating discomfort (Fahs et Swank, 2016), is also accompanied, afterward, by a negative self-perception as she puts the blame on herself.

> "Well, it was really stressful, waiting each month for my period to come. It really stressed me out. And also, afterward, I remember, I would often go to the bathroom to cry because I felt really stupid for having let it happen." (P6).

Seven participants used emergency oral contraception during their intimate relationships. Some recalled using it frequently because their partner prevented them from adequately protecting themselves: "*I ended up buying Plan B quite often. [...] For the 5–6 months we were seeing each other, I took the pill [emergency contraception pill] at least three times*." (P8-R2); "*And I also remember there was a two-month period when I was taking Plan B, like, every two weeks.*" (P5). One participant reported that her partner became angry when he found out she had used it secretly, as he had previously forbidden its use, claiming it was harmful to her health: "*I took it once, just once, but it really bothered me. And he found out because I was upset, and he got angry. He was furious, and we didn't speak for two weeks. He wanted nothing to do with me*." (P14). One participant became pregnant, leading to an appointment for an abortion, but a miscarriage occurred before the procedure.

Eight participants reported fearing they had contracted an STI. Three participants underwent testing due to concerns about potential infection: "*I went to get tested really often [...] I thought it was STIs*." (P1). One participant received a positive STI diagnosis following testing.

The various obstacles imposed by intimate partners regarding contraceptive use exposed participants to risks of unintended pregnancies and STIs. Participants resorted to

emergency oral contraception or STI testing in an effort to maintain control over their sexual and reproductive health.

6.3.3.3 Navigating Power Imbalances and (Dis)Trust in Intimate Relationships

The restriction of contraceptive autonomy by intimate partners, leading to an increased risk of STIs and unintended pregnancies, left participants feeling powerless in their intimate relationships. They felt that their needs were disregarded and, as a result, that they were not valued by their partner.

> "Well, I felt really alone and unheard, but mostly like I wasn't important. Like there were so many other things that mattered way more than me. I really felt like I was his lowest priority. I was still a priority, but really low on the scale, so to speak." (P4)

Similarly, another participant shared feeling objectified and disrespected during sexual encounters, as her sense of comfort, safety, and pleasure was completely disregarded by her intimate partners.

> "I think I felt less respected. Every time, it made me... I felt disappointed, actually, to be seen like that—more as a sexual object than someone with whom the person wanted a good, healthy, and attentive relationship. It was really more... I felt dirty. Like I was just there to physically please them. It seemed like the sexual encounter mattered more than our relationship." (P10-R1-R2-R3)

Many participants felt they should have insisted more on their partners respecting their boundaries. They expressed prioritizing pleasing their partner over their own needs by putting themselves second: *"It's always been a problem because sometimes... out of a desire to please, I forget what I need... or I don't know what I need, or I don't know what's acceptable to assert or not, you know."* (P13-R2). However, this desire to assert themselves more often clashes with doubts about the legitimacy of their requests and whether their intimate partner would accept them. This power imbalance becomes apparent when contrasted with the controlling behaviors imposed by their partners, which undermine the participants' contraceptive autonomy.

Others mentioned that it was their first significant intimate relationship, and as such, their insecurity was also driven by the fear of causing conflict or even a breakup.

> "Well, I think that since I felt a bit intimidated and it was my first experiences, there was some stress for me. I really didn't want to get into an argument. I really wanted to avoid conflict or anything like that because, on top of it, I didn't know anything. So I was really relying on what he said." (P10-R2)

They are experiencing their first romantic relationships and are uncertain about what boundaries they can establish, particularly within the context of gendered social expectations that suggest they should prioritize the other person's needs (Fernet et al., 2019). One participant mentioned in this regard that she relied entirely on her partner: "*I was naive, and I just waited for approval for everything*." (P14).

Some participants also shared the fear they felt in response to their intimate partner's aggression and described trying to behave in ways that would avoid triggering this anger: "*It didn't really affect me to give in [to unprotected sex]. It was more about him and his reactions that affected me. And that's why I sacrificed everything because I was like, 'I don't want him to get mad.'*" (P5). This participant weighed the implications of giving in to a sexual encounter, considering it less harmful than the risk of enduring her partner's violent reactions. This cost-benefit calculation led her to sacrifice control over her sexual and reproductive health to prevent an escalation of violence.

Eight participants reported yielding to unprotected sexual encounters without consent. This often occurred in contexts where participants felt exhausted by their partner's persistence, leading them to give in to the partner's demands to temporarily end the arguments: "*I was super nervous. I was like, 'Okay, get it over with.' It's just... that's not how you're supposed to feel during an intercourse with someone you love*." (P17); "*Yeah, because at some point, like... with him, it was more about his pleasure than mine. So I was like, 'Okay, let's do what you want to do*.'" (P16). The partners' behaviors imposed constraints on sexual and intimate interactions, highlighting the power imbalances within the relationship.

The impacts of contraceptive interference extend beyond the relationship, influencing participants' perceptions and trust. Ten participants expressed apprehensions toward cisgender men, exhibiting caution in choosing subsequent partners: "*After that, I was more ambivalent when meeting guys, more reserved. [...] I was on guard and didn't want anything bad to happen*" (P2). Experiencing contraceptive interference led

participants to view men as selfish and exploitative: "*Unfortunately, as they say, men are like that, huh! If you give, they'll take*" (P7). Reflecting on two past relationships marked by contraceptive interference, one participant shared a diminished trust in men: "*I'd say I trust men a lot less now, in general. I can't believe how sneaky this kind of behavior can be, how discreet it can be*" (P13-R1-R2). Another participant highlighted struggles in forming new intimate relationships and rediscovering fulfilling sexuality after the intimate relationship with their ex-partner.

> "I struggled with being intimate with others because, honestly, [ex-partner's name] traumatized me when it comes to intimate relationships. [...] I don't know if I'll have sexual relationships again because I just can't recover from what happened before." (P11)

Contraceptive interference behaviors have harmful effects on the young individuals who experience them, particularly due to the non-consensual sexual encounters they endure to avoid further violence. These consequences manifest in a more negative self-perception, discomfort during sexual encounters, and increased mistrust toward men and subsequent intimate relationships.

6.3.3.4 Reclaiming Sexuality, Intimacy and Health

While contraceptive interference significantly impacted various aspects of participants' lives, fifteen individuals reported reclaiming their sexuality, intimacy, and health after the end of the intimate relationship marked by such behaviors. Two participants further explored their sexual orientation, considering intimate partners other than cisgender men. Another participant engaged in new sexual practices, allowing her to experience sexual pleasure with a partner for the first time: "*And I was able, for the first time in two years, to regain a sense of pleasure. You know, I had never experienced that before*." (P5).

Some participants reflected on feeling increasingly confident in expressing their desires and setting sexual boundaries, as well as perceiving them as legitimate. This heightened confidence emerges in intimate contexts where they feel safe: *"There are things I need to make clear, and I also need to choose sexual partners with whom I feel safe, you know. And it's okay to say no."* (P3). This confidence extends to contraceptive choices, with six participants noting that their current intimate partners acknowledged and respected their

needs: *"He never made me feel bad about it, never questioned it, and never even asked me to change my contraceptive method for his comfort."* (P13). Exposure to harmonious and nonviolent intimate relationships has helped participants establish new standards for navigating intimacy. This process allows them to recognize the legitimacy of their needs and boundaries as essential for maintaining their sexual and reproductive health (Bagwell-Gray, 2019).

Contraceptive interference behaviors lead participants to adopt a critical perspective on societal narratives regarding the shared responsibility for contraception. One participant observes that the lack of accountability among men regarding contraception—shaped by education, cultural, and social influences—strongly contributes to the occurrence of contraceptive interference situations. This resonates with the gendered nature of contraceptive responsibility, which is particularly disproportionate in heterosexual contexts (Alspaugh et al., 2020; Lévesque et al., 2024).

> "It annoys me when someone says, 'these things happen.' It frustrates me, and I have to say, 'No, that's not how it's supposed to be.' […] 'It's YOUR life, it's YOUR body, but it's also about the safety of the other person you're sleeping with, you know? It's YOUR responsibility to wear one [condom]. You put one on even before knowing if the other person is protecting themselves in another way.'" (P13

Exiting the intimate relationship where contraceptive interference occurred allowed participants to renegotiate and reclaim their sexuality, intimacy, and sexual and reproductive health.

6.4 DISCUSSION

This study aimed to contribute to the body of knowledge on contraceptive interference experienced specifically within the context of intimate relationships among young people. The article sought to document the forms of contraceptive interference and their impacts on the sexuality, intimacy, and health of individuals who experience it, both during and after the intimate relationship. Additionally, it examined how young people engaged in emotion work within intimate contexts shaped by power imbalances.

The descriptive results illustrate that contraceptive interference targeted four contraceptive methods. All participants reported experiencing contraceptive interference

related to condom use. Intimate partners adopt various behaviors to limit or prevent condom use: condom use disengagement, resistance or refusal, non-consensual condom removal, and non-consensual condomless penetration. This is consistent with the literature on strategies for avoiding condom use, which include deception or stealthing (Davis et al., 2023a; Gómez-Durán et Martin-Fumadó, 2024), resistance to condom use (Davis et al., 2023b) or coerced condomless sex (Chen, Kirwan, et al., 2024). The use of birth control pills or emergency contraceptives is also impacted by contraceptive interference, as partners prevent their use. Situations involving resistance to the insertion of IUDs, or conversely, pressure for its installation, are also reported. Contraceptive interference also takes the form of pressure for withdrawal before ejaculation, a fallible contraceptive method that increases participants' anxiety. To our knowledge, this is the first study to document empirically contraceptive interference targeting the use of birth control pills, emergency contraception, IUDs, and withdrawal before ejaculation.

The interpretative results reveal that contraceptive interference contributes to reducing the contraceptive choices available to young people. Faced with constraints imposed by their partner, some young people turn to other contraceptive methods that are less suitable for them, while others are subjected to unprotected sexual intercourse. This resonates with a study that shows how power imbalances in contraceptive negotiations are linked to the risk of coercion in both sexual and reproductive spheres (Decker et al., 2021). Moreover, when contraceptive autonomy is restricted by a partner, young people experience fear and anxiety about contracting an STI or becoming pregnant. This fear and anxiety emerge during sexual encounters but persist for several days afterward. As these situations occur repeatedly within the intimate relationship, many participants mention not feeling heard or considered by their partner. They feel they are constantly adjusting to the other’s demands. This adjustment requires emotion work, which is even more demanding in a context marked by power imbalances (Tarzia, 2021). This adjustment, implicitly or explicitly prescribed by the partner, comes at the expense of their sexual and reproductive health and well-being (Bagwell-Gray, 2019).

A sense of misunderstanding and confusion exists among young people who struggle to comprehend why their partner restricts their contraceptive autonomy, even though its practice ensures safe sex for both partners. As illustrated by this quote, "*As if it*

were a punishment for him, rather than protection for both of us" (P10), requests for safe sex are met with indifference at best, and rejected with disdain and anger at worst. As a result, young people engage in emotion work by attempting to understand their partner, forcing themselves to display empathy while suppressing the expression of their own emotions (Hochschild, 2003). This understanding is not mutual, as the partner disregards their expressed needs and boundaries. It eventually gives way to a sense of exhaustion. They try to keep the peace, recognizing that their arguments are futile, and ultimately give up on expecting their partner to respond to their needs.

These experiences, where their sexual consent and well-being were ignored, generate impacts that persist after the end of the intimate relationship. Similar to what is reported in the literature, some individuals report a fear of future intimate relationships, particularly with men, due to the apprehension of experiencing contraceptive interference or IPV again (Lévesque et al., 2020). For others, the end of the intimate relationship marked by contraceptive interference is a moment of exploration and reclamation of their sexuality, intimacy and health. Several participants share that they feel more empowered in expressing their sexual desires, their sexual and intimate boundaries, and their contraceptive preferences. This sense of agency is expressed in new intimate relationships, free from contraceptive interference and IPV.

6.4.1 Limitations

This study has some limitations that should be taken into consideration. First, the composition of the sample could have been more diverse. All participants are currently pursuing their education. It is possible that the reported situations might differ for individuals who have experienced school dropout, as this social determinant of health, often associated with financial insecurity, may be linked to lower contraceptive use (Black et al., 2019). Additionally, in this study, two participants are trans and non-binary. Their interviews reveal specific forms of violence, particularly regarding the invalidation of gender identity and control over contraception, regardless of hormone use. In this sense, transphobic and heterosexist violences are present (Zamantakis, 2022) and should be further explored in future studies on contraceptive interference.

The results demonstrate the presence of other IPV behaviors, in addition to contraceptive interference behaviors. The collected data did not allow for an in-depth exploration of these intersections in terms of the reported impacts, primarily due to the sample size. Future research should focus on the intersections between contraceptive interference and IPV, with particular attention to sexual violence situations, to better understand how these contexts intersect and reinforce each other. It would also be relevant to explore whether these overlapping contexts generate specific impacts on sexuality, intimacy, or health.

Finally, our reflexivity as a research team undoubtedly played a role in this study. The fact that the interviewer [CR] is cisgender and white may have influenced the comfort level of trans and racialized participants in disclosing certain aspects related to these social positions. Not sharing the same positionality can sometimes encourage disclosure or, conversely, discourage it (Dwyer et al., 2022). In all cases, positionality inevitably influences the interactions between the researcher and the participant during the interview (Thorpe et al., 2018; Yip, 2024). The reflective notes collected by the interviewer [CR] highlight how this awareness emerged through recognizing the influence of her personal history and her social, cultural, and environmental contexts during interactions with the participants. A respectful and safe interview environment was ensured in order to provide each participant with the opportunity to share what they wished. To this end, after each interview, a moment was taken to inquire how the interview had gone for the participant and how they were feeling. Participants reported feeling good after the interview. Some acknowledged that the experiences shared were difficult, and talking about them brought up more challenging emotions, but all emphasized that they were satisfied with having been able to share their experiences. Future research should continue to explore best practices grounded in trauma-informed approaches when working with young people disclosing intimate partner violence. Researchers' reflexive work should also be further emphasized to engage conversation on how positionality shapes the research process.

6.4.2 Implications for Practice

The results of this study show that young people consulted healthcare professionals (pharmacists, nurses, doctors) when experiencing contraceptive interference, whether for STI screening, new contraceptive prescriptions, or emergency oral contraception. Training efforts for healthcare providers and professionals should be implemented to raise awareness about this specific form of violence. This would enable them to provide optimal interventions that effectively address the health needs of young people.

In terms of sex education and in the emerging context of contraceptive interference, it is important to discuss the risks these behaviors pose to sexual and reproductive health as well as well-being. However, this content should not be limited to a risk-centered approach but should also focus on sexual pleasure and comfort (Byron, 2017). Content focused on deconstructing gender norms and gendered power dynamics should be offered to encourage young people, particularly young men, to adopt a critical reflection on these concepts (Llano-Suárez et al., 2021). Young men must engage in sharing contraceptive responsibility and adopting safe sexual practices, always respecting the consent of their partner. Sex education should enable young people to have greater contraceptive autonomy, contributing to better overall health.

6.5 CONCLUSION

Contraceptive interference poses a direct threat to contraceptive autonomy and can occur within contexts of IPV, including sexual violence. Contraceptive interference exposes young people to risks of STIs and unintended pregnancies, leading to fear and anxiety. These contexts also impact their well-being, their sexual health and their perception of future intimate relationships. The results of this study highlight the importance of further exploring contexts of contraceptive interference among young people, particularly to document the barriers these behaviors pose to overall health (well-being, integrity) as well as specific health domains (sexual, reproductive, relational). Further studies are needed to better understand the varied consequences of contraceptive interference on sexuality, intimacy and health.

REFERENCES

Alspaugh, A., Barroso, J., Reibel, M. et Phillips, S. (2020). Women's Contraceptive Perceptions, Beliefs, and Attitudes: An Integrative Review of Qualitative Research *Journal of Midwifery & Women's Health, 65*(1), 64-84. https://doi.org/10.1111/jmwh.12992

Ayton, D. (2024). Chapter 5: Qualitative descriptive research. Dans D. Ayton, T. Tsindos et D. Berkovic (dir.), *Qualitative Research: a practical guide for health and social care researchers and practitioners*. Monash University.

Bagwell-Gray, M. E. (2019). Women's Healing Journey From Intimate Partner Violence: Establishing Positive Sexuality. *Qualitative Health Research, 29*(6), 779-795. https://doi.org/10.1177/1049732318804302

Black, A., Rouhani, S. et Cook, J. (2019). Adherence to contraceptive use among Canadian women of reproductive age: Results of a national survey. *Journal of Obstetric and Gynaecology Canada, 41*(5). https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.02.165

Boadle, A., Gierer, C. et Buzwell, S. (2020). Young Women Subjected to Nonconsensual Condom Removal: Prevalence, Risk Factors, and Sexual Self-Perceptions *Violence Against Women*, 1-20. https://doi.org/10.1177/1077801220947165

Bonar, E. E., Ngo, Q. M., Philyaw-Kotov, M. L., Walton, M. A. et Kusunoki, Y. (2019). Stealthing perpetration and victimisation: Prevalence and correlates among emerging adults. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(21-22). https://doi.org/10.1177/0886260519888519

Braun, V. et Clarke, V. (2024). Supporting best practice in reflexive thematic analysis reporting in Palliative Medicine: A review of published research and introduction to the Reflexive Thematic Analysis Reporting Guidelines (RTARG). *Palliative Medicine, 38*(6), 608-616. https://doi.org/10.1177/02692163241234800

Byron, P. (2017). The intimacies of young people's sexual health and pleasure. *Journal of Youth Studies, 20*(3), 332-348. https://doi.org/10.1080/13676261.2016.1217319

Chen, W., Hammett, J. F., Kirwan, M. et Davis, K. C. (2024). Receipt of coercive condom use resistance: A scoping review. *The Journal of Sex Research, 61*(3), 399-413. https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2204297

Chen, W., Kirwan, M., Hammett, J. F., Stewart, R. et Davis, K. C. (2024). Coerced Condomless Sex: A Scoping Review of Qualitative Studies. *The Journal of Sex Research*, 1-16. https://doi.org/10.1080/00224499.2024.2365936

Davis, K. C., Hammett, J. F., Chen, W., Stewart, R. et Kirwan, M. (2023a). A scoping review of nonconsensual condom removal ("stealthing") research. *Trauma, Violence, & Abuse, 25*(1), 215-230. https://doi.org/10.1177/15248380221146802

Davis, K. C., Stewart, R., Kirwan, M., Chen, M. et Hammett, J. F. (2023b). Coercive condom use resistance: A scoping review. *Psychology of Violence, 13*(5), 361-373. https://doi.org/10.1037/vio0000481

Decker, M. R., Wood, S. M., Byrne, M. E., Yao-N'dry, N., Thiongo, M., Gichangi, P., OlaOlorun, F. M., Koffi, A. K., Radloff, C., Ahmed, S. et Tsui, A. O. (2021). Gendered power dynamics and threats to sexual and reproductive autonomy among adolescent girls and young adult women: A cross-sectional survey in three urban settings. *PLOS ONE, 16*(11). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257009

Dwyer, S. C., L. Buckle, J. et Liamputtong, P. (2022). Cultural insider-outsider: reflecting on positionality in shared and differing identities. Dans *Handbook of Qualitative Cross-Cultural Research Methods* (p. 85-99). Edward Elgar Publishing. https://doi.org/10.4337/9781800376625.00014

Exner-Cortens, D., Baker, E. et Craig, W. (2023). Canadian Adolescents' Experiences of Dating Violence: Associations with Social Power Imbalances. *Journal of Interpersonal Violence, 38*(1-2), 1762-1786. https://doi.org/10.1177/08862605221092072

Fahs, B. et Swank, E. (2016). The Other Third Shift? Women's Emotion Work in Their Sexual Relationships. *Feminist Formations, 28*(3), 46-69. https://doi.org/10.2307/26776836

Featherstone, L., Byrnes, C., Maturi, J., Minto, K., Mickelburgh, R. et Donaghy, P. (2024). Consent and Reproductive Coercion. Dans L. Featherstone, C. Byrnes, J. Maturi, K. Minto, R. Mickelburgh et P. Donaghy (dir.), *The Limits of Consent. Sexual Assault and Affirmative Consent*. Palgrave Macmillan.

Fernet, M., Hébert, M., Brodeur, G. et Théorêt, V. (2019). "When You're in a Relationship, You Say No, but Your Partner Insists": Sexual Dating Violence and Ambiguity

Among Girls and Young Women *Journal of Interpersonal Violence*, 1-24. https://doi.org/10.1177/0886260519867149

Gómez-Durán, E. L. et Martin-Fumadó, C. (2024). Nonconsensual condom-use deception: An empirically based conceptualization of stealthing. *Trauma, Violence, & Abuse, 25*(1), 87-101. https://doi.org/10.1177/15248380221141731

Hellemans, S., Loeys, T., Dewitte, M., De Smet, O. et Buysse, A. (2015). Prevalence of Intimate Partner Violence Victimization and Victims' Relational and Sexual Well-Being. *Journal of Family Violence, 30*(6), 685-698. https://doi.org/10.1007/s10896-015-9712-z

Hochschild, A. R. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler, 1*(9), 19-49. https://doi.org/10.3917/trav.009.0019

Karakurt, G., Baier, A. L., Bowling, A. R., Singuri, S., Oguztuzun, C. et Bolen, S. (2024). Systematic review and data synthesis on the treatment of sexual violence victimization by an intimate partner. *Journal of Marital and Family Therapy, 50*(1), 71-94. https://doi.org/10.1111/jmft.12670

Katz, J. et LaRose, J. (2018). Male partner contraceptive interference: Associations with destructive conflict and women's relational power. *Violence Against Women*, 1-17. https://doi.org/10.1177/1077801218818372

Katz, J. et Sutherland, M. A. (2020). College women's experiences of male partner contraceptive interference: Associations with intimate partner violence and contraceptive outcomes. *Journal of Interpersonal Violence, 35*(21-22), 4350-4374. https://doi.org/10.1177/0886260517715600

Kruse, A. E., Helseth, H. et Korkmaz, S. (2023). Callous Lovers and Frightening Victims: How emotional contradictions affect young people's navigation of sexually abusive relationships *Nordic Journal of Criminology, 24*, 1-20. https://doi.org/10.18261/njc.24.1.6

Lévesque, S., Rousseau, C. et Dumerchat, M. (2020). Influence of the relational context on reproductive coercion and the associated consequences. *Violence Against Women, 27*(6-7), 828-850. https://doi.org/10.1177/1077801220917454

Lévesque, S., Toupin, A. et Pugliese, M. (2024). Contraception: A Gendered Burden? A mixed methods exploration of experiences around contraception responsibility.

Canadian Journal of Human Sexuality, 33(2), 236-248. https://doi.org/10.3138/cjhs-2024-0006

Llano-Suárez, A., Lana, A., Gasch-Gallén, Á. et Fernández-Feito, A. (2021). Gender roles and intimate partner violence among female university students in Spain: A cross-sectional study. *PLOS ONE, 16*(11). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259839

Maxwell, L., Devries, K., Zionts, D., Alhusen, J. L. et Campbell, J. (2015). Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE, 10*(2). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118234

Tarzia, L. (2021). Women's emotion work in the context of intimate partner sexual violence. *Journal of Family Violence, 36*, 493-501. https://doi.org/10.1007/s10896-020-00204-x

Thorpe, R., Hawkes, G., Dune, T., Fileborn, B., Pitts, M. et Minichiello, V. (2018). Hidden boundaries and shared meanings: the roles of researcher characteristics and cultural norms in shaping understandings of sexuality in the unstructured interview setting. *International Journal of Social Research Methodology, 21*(2), 205-217. https://doi.org/10.1080/13645579.2017.1350016

Wegner, R., Davis, K. C., Stappenbeck, C. A., Kajumulo, K. F., Norris, J. et George, W. H. (2017). The effects of men's hostility toward women, acute alcohol intoxication, and women's condom request style on men's condom use resistance tactics. *Psychology of Violence, 7*(4), 593-601. https://doi.org/10.1037/vio0000069

Yip, S. Y. (2024). Positionality and reflexivity: negotiating insider-outsider positions within and across cultures. *International Journal of Research & Method in Education, 47*(3), 222-232. https://doi.org/10.1080/1743727X.2023.2266375

Zamantakis, A. (2022). Queering intimate emotions: Trans/nonbinary people negotiating emotional expectations in intimate relationships. *Sexualities 25*(5-6), 581-597. https://doi.org/10.1177/1363460720979307

CHAPITRE 7 – ARTICLE 3

Development of a Measure on Contraceptive Interference: An Exploratory Factor Analysis in a Canadian Young People Sample

Catherine Rousseau[a], Simon Lapierre[b], Sylvie Lévesque[c]

[a] PhD candidate, Interdisciplinary School of Health Sciences, University of Ottawa, Canada.

[b] Full professor, School of Social Work, University of Ottawa, Canada.

[c] Full professor, Sexology Department, Université du Québec à Montréal, Canada.

En révision dans la revue *Women & Health* (septembre 2025).

Funding information : The first author has a doctoral grant from Fonds de Recherche du Québec - Société et Culture (FRQSC), and from Recherches Appliquées et Interdisciplinaires sur les Violences intimes, familiales et structurelles (RAIV).

Acknowledgments: The authors would like to thank all the participants who took part in this study. We would also like to thank Arianne Jean-Thorn and Fred Dion for their statistical support.

Abstract

Background: Contraceptive interference (CI) refers to behaviors that hinder or discourage contraceptive use, thereby increasing the risk of adverse sexual and reproductive health outcomes. Drawing on literature and prior qualitative research, this study aimed to develop and assess a self-reported measure reflecting young people's experiences of CI.

Methods: An initial 25-item measure was completed by a convenience sample of 338 individuals aged 16 to 23. An exploratory factor analysis was conducted, along with an assessment of the scale's construct validity, face validity, and internal consistency.

Results: Factor analysis identified a three-factor structure. After analysis, the final scale consists of 11 items, representing three CI strategies: Dissuasion (5 items), Opposition (2 items), and Obstruction (4 items). The measure demonstrates satisfactory reliability and validity.

Conclusion: The current measure enhances the understanding of CI behaviors experienced within intimate relationships. It constitutes an initial framework specifically addressing behaviors enacted by an intimate partner that obstruct the other partner's ability to use their preferred contraceptive method, thereby compromising their contraceptive autonomy. This measure offers an initial exploration specifically and exclusively targeting CI and underscores the necessity for further qualitative and quantitative research to deepen the understanding of these behaviors in young people's intimate relationships.

Keywords: Contraceptive interference; Contraceptive autonomy; Instrument development; Young people; Canada

Implication and Contribution summary statement: This study introduces the first scale measuring contraceptive interference among adolescents and young adults in a sexually diverse sample, contributing to greater conceptual and empirical clarity of this form of intimate partner violence.

7.1 INTRODUCTION

The use of contraception helps maintain sexual and reproductive health. When an intimate partner interferes with this choice, it undermines their partner's contraceptive autonomy and increases the risk of unintended pregnancies and sexually transmitted infections (STIs). Contraceptive interference (CI) refers to "*any tampering with or coercion around pre-conception devices or medicine, including the oral contraceptive pill, intrauterine devices, contraceptive implants, condoms, or other barrier methods*" (Featherstone et al., 2024, p. 107). These behaviors undermine contraceptive autonomy, which refers to "*factors that need to be in place in order for a person to decide for themselves what they want in regards to contraceptive use, and then to realize that decision*" (Senderowicz, 2020, p. 166). Accordingly, CI directly threatens the ability to exercise contraceptive autonomy.

7.1.1 Existing scales on reproductive coercion

To document behaviors aimed at controlling the reproductive health of an intimate partner, Moore, Frohwirth, and Miller (2010) proposed a classification of reproductive control behaviors. This included contraceptive sabotage before sexual intercourse (e.g., destroying contraceptive pills) and contraceptive sabotage during sexual intercourse (e.g., non-consensual condom removal). In continuity with this work, Miller and colleagues (2010) developed a scale focusing on behaviors intended to control reproductive outcomes—referred to as "reproductive coercion" (RC). This scale includes behaviors categorized as "direct interference with contraception" and explicitly specifies the intent to induce pregnancy, as illustrated by items such as: "*Has someone you were dating or going out with ever:* 'taken off the condom while you were having sex so that you would get pregnant?'" RC is understood through two main categories of behaviors: birth control sabotage and pregnancy coercion. This body of work on RC has helped to understand a specific form of control over women's reproductive potential, occurring within contexts of intimate partner violence (IPV). However, qualitative research has shown that some similar behaviors are not necessarily enacted with the intent to control the other person's reproductive trajectory (Katz et Sutherland, 2020).

To explore these contexts, Katz et al. (2017) adapted Miller et al.'s (2010) items by removing the specification "*so that you would get pregnant*." This was aimed to highlight distinct contexts of violence that are not captured by the original RC scale. As a result, the prevalence of RC identified in their study was higher (approximately 30% of the sample) compared to previous research, which documented lower prevalence rates (approximately 8% in Sutherland et al., 2015; approximately 9% in Black et al., 2011). This contribution has enabled the development of a better understanding of CI. However, because the behaviors measured by Katz and colleagues (2017) are limited to those originally conceptualized as RC, the empirical documentation of CI remains constrained, as existing measurement tools do not capture the full range of behaviors that interfere with contraceptive use. Qualitative studies have highlighted a broader spectrum of behaviors that may constitute CI, including interference with oral contraceptives, intrauterine devices (IUDs), and emergency contraception (Lévesque et al., 2020 Rousseau et al., in press). Moreover, it is possible that this prevalence includes situations of CI, but also RC, IPV, and sexual violence, without being able to clearly distinguish between them.

Based on the work of Katz and colleagues (2017, 2019, 2020), as well as other studies documenting similar constructs (Davis et al., 2023; Grace & Anderson, 2018; Latimer et al., 2018; McCauley et al., 2017; Nemeth et al., 2020) and our previous qualitative research, we aimed to develop a CI-specific scale. This measure also accounts for the realities of young people, including developmental specificities (e.g., first intimate relationships, greater use of contraception, shorter intimate relationships). Importantly, it considers the high prevalence of IPV in this population – studies estimate that between 29 % and 60 % of Canadian young people have experienced at least one form of violence in an intimate relationship (Cotter et Savage, 2019; Fernet et al., 2019). IPV is closely associated with CI, as controlling or coercive behaviors can extend into contraceptive decision-making (Katz et Sutherland, 2020; Silverman et al., 2011). The presence of IPV reinforces power imbalances and undermines individuals' autonomy over their contraceptive and reproductive choices (Decker et al., 2021), making it a critical factor in understanding the occurrence of CI.

7.1.2 Present Study

The aim of this study is to 1) develop a self-reported measurement scale on CI, 2) assess the factorial structure of the proposed scale, and 3) document the prevalence of CI behaviors reported by a convenience sample of Canadian individuals aged 16 to 23.

7.2 METHOD

7.2.1 Development of the measurement instrument

The measure development followed eight steps as proposed by DeVellis (2017): 1) Define what is to be measured, 2) Generate an item pool, 3) Determine the response scale format, 4) Have the item pool reviewed by experts, 5) Consider the inclusion of validation items, 6) Have the items reviewed by the target population, 7) Evaluate the items, 8) Optimize scale length.

For the first step, we adopted the definition proposed by Katz et al. (2017), which helped delineate the phenomenon to be measured. For the second step, forty-two items were generated based on a literature review that allowed for the extraction of relevant items from existing scales (10 items) and on thematic analysis conducted from qualitative individual interviews carried out by our research team in a previous phase of this study (32 items). The goal was to develop two to three times more items than needed, following the empirical rule for scale construction (Hogan, 2017). The initial item pool consisted of 42 items. The first version of the scale was translated from English to French and then back translated into English, following Vallerand's (1989) translation validation guidelines. For all subsequent steps, the scale was presented in both French and English.

In third step, the items were formulated as questions and assessed using a 4-point Likert scale, based on frequency, ranging from (0) never, (1) occasionally, (2) very often, to (3) all the time. A response option "does not apply to my situation" was also available (997).

Content validity was assessed at the fourth step, as the 42-item scale was submitted to three researchers with expertise in IPV and CI. They were asked to systematically evaluate the necessity, relevance, simplicity, and clarity of each item, specifying whether the item should be revised, removed, or retained as is. Their evaluations were then

compiled, and items that received low scores were either removed or revised. Twelve items were removed. The subsequent version of the scale consisted of 30 items and was structured according to the contraceptive methods targeted by CI (interference with condom use, hormonal contraception, withdrawal before ejaculation, and intrauterine device (IUD) use). Five items were removed due to redundancy or insufficient distinction from other items.

For the fifth step, we have chosen not to include validation items, as our approach is exploratory. Validation items targeting social desirability or response biases, as suggested by DeVellis (2017), were therefore not included in this scale.

The sixth step consists of a pilot test of the scale, conducted with a convenience sample that met the inclusion criteria of the target population to assess face validity. Five francophone individuals aged 18 to 23 (four cis women and one trans man) reviewed the scale. They were met individually so they could share their feedback. The individual meetings lasted 30 minutes. The participants identified potential misinterpretations in some items and suggested simpler wording. For instance, the term "*chantage*" (blackmail) was not understood by two participants and was replaced with "*pression*" (pressure). Additionally, they proposed adding items to address the following behaviors: non-consensual condomless penetration; manipulation related to perceived risks of penile injury from an IUD string; and resistance to using a dental dam during oral or anal sex. After modifying unclear items, removing one item that was poorly understood by all participants, and adding the item "*Penetrate you without a condom, without asking if you agreed not to wear a condom during penetration?*", the final version of the scale included 25 items. A professional linguist reviewed the final 25 items in both French and English for linguistic accuracy.

7.2.2 Data collection procedures

The study received ethical approval from the first author's home university [University of Ottawa, Office of Research Ethics and Integrity; H-09-22-8218]. This 25-item scale on CI was integrated into an online questionnaire. The inclusion criteria for participation in this study were: 1) Being between 16 and 23 years old, 2) Residing in Quebec, Canada, 3) Having a uterus (including individuals of all gender identities), and 4)

Having been in an intimate relationship (e.g., couple, dating, friends with benefits). Data collection took place between November 2023 and May 2024. Participants were recruited through four post-secondary institutions in Montreal, Canada. Ethical approval was also obtained for each of these institutions[9]. The recruitment poster was shared multiple times via institutional student messaging systems, and printed posters were displayed in the institutions. Participants who completed the questionnaire had the chance to win a CAD $50 prize. All participants provided electronic informed consent.

A total of 492 individuals completed the online questionnaire, which was available on Qualtrics in both French and English. Ineligible responses (122 participants did not meet the inclusion criteria) and incomplete responses (30 participants did not respond to all items on the scale) were removed. Additionally, participants who answered "*does not apply to my situation*" for all scale items were excluded; two participants were removed for this reason. The final sample consisted of 338 participants.

7.2.3 Measures

The online questionnaire included the 25-item scale on CI (see Table 7.4 Supplementary Material for the complete list of original items and the item reduction process), along with sociodemographic questions. These documented age, gender identity, sexual orientation, country of birth, highest level of education completed, racialization based on actual or perceived physical and cultural characteristics, and religious affiliation.

7.2.4 Data Analysis

Before proceeding to the seventh step, which involves the evaluation of the items, we conducted item correlations. First, the data "*Does not apply to my situation*" were recoded as missing data. Second, a Pearson correlation analysis was conducted using SPSS to identify multicollinearity risks. Item 2 *("…try to convince you not to get condoms you had available?"*) was removed due to multicollinearity with Item 1 ($r(320) = .71, p < .001$).

[9] Cégep Saint-Laurent [SL-2023-02], Cégep Marie-Victorin [No. 125a], Cégep Gérald-Godin [No. 39] and Cégep Ahuntsic [CER-AH-2024-02-16-001-ROUC].

Similarly, Item 5 ("…*was opposed to you getting an IUD (e.g. intrauterine device)?*") was removed as it was multicollinear with Item 4 ($r(264) = .75$, $p < .001$). Items 1 and 4 were retained as they demonstrated the greatest variance. As a result, the scale consists of 23 items.

We then evaluated the items by conducting an exploratory factorial analysis (EFA) using MPlus (Muthén & Muthén, 1998) with the total sample ($n = 338$). Data distribution analysis indicated that several variables did not follow a normal distribution, with many exhibiting skewness and some showing kurtosis. As a result, the data were transformed using the square root method (Tabachnik & Fidell, 2012). While this transformation did not normalize all variables, it improved the overall distribution. Although principal component analysis is less sensitive to non-normal distributions and the raw data met the assumptions for KMO (.878) and Bartlett's test ($p < .001$), a comparison of fit indices between an EFA conducted on the raw data and the square root-transformed data suggested that the transformed models were superior. Therefore, the decision was made to perform the EFA using the square root-transformed data rather than the raw data.

The EFA was conducted on the 23 items with square root-transformed data using a maximum likelihood estimation extraction method and oblimin oblique rotation. We reviewed eigenvalues to determine the underlying factor structure. Item factor loadings were also examined, and all of them had loadings above 0.32 (Tabachnik & Fidell, 2012). Model fit is considered satisfactory when the Comparative Fit Index (CFI) is above .95, while the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) and the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) are below .06 (Hu & Bentler, 1999; Kline, 2005). Finally, all factors were tested for internal consistency reliability using Cronbach's alpha.

7.3 RESULTS

7.3.1 Participants

The sociodemographic characteristics of the sample are presented in Table 7.1. The average age of the sample is 19 years (SD = 1.528). Most participants identify as cis women (94.5%), while 16 individuals are non-binary, genderfluid, questioning, agender, or trans men. More than half of the sample (61.4%) is heterosexual, while 24.5% is bisexual. Most

participants were born in Canada (86.9%). Nearly a quarter of the sample (23.6%) are racialized in Canada based on actual or perceived cultural or physical characteristics. Most participants do not practice a religion (72.9%).

TABLE 7.1 Participants characteristics

	Total sample
Age	***n* = 338**
16 to 17 years	13.3% (45)
18 to 19 years	54.1% (183)
20 to 21 years	23.7% (80)
22 to 23 years	8.9% (30)
Gender *	***n* = 290**
Woman	94.5% (274)
Non-binary	2.4% (7)
Genderfluid	1.0% (3)
Questioning	1.0% (3)
Man	0.7% (2)
Agender	0.3% (1)
Sexual orientation *	***n* = 290**
Heterosexual	61.4% (178)
Bisexual	24.5% (71)
Pansexual	7.9% (23)
Questioning	5.2% (15)
Asexual	0.7% (2)
Homosexual	0.3% (1)
Place of birth *	***n* = 290**
Canada	86.9% (252)
Outside Canada	13.1% (38)
Highest level of education completed *	***n* = 289**
High school	62.3% (180)
Vocational studies or trade school	1.0% (3)

College	36.3% (105)
Undergraduate university program	0.3% (1)
Perceived as a racialized person because of real or perceived cultural or physical characteristics *	***n* = 288**
Yes	23.6% (68)
No	76.4% (220)
Religion *	***n* = 288**
None (atheist, agnostic, other)	72.9% (210)
Catholic	13.2% (38)
Muslim	3.8% (11)
Protestant	3.1% (9)
Jewish	1.4% (4)
Hindu	0.7% (2)
Buddhist	0.3% (1)
Other religion or spirituality	4.5% (13)

* Responded at the end of the survey, n differs due to missing data.

7.3.2 Exploratory factor analysis

To evaluate the psychometric properties of the scale, we conducted an iterative EFA to reduce items and identify a satisfactory factor structure. This is also the final step in the development of a measurement scale. EFA was performed using models ranging from two to eight factors. Poorly fitting items were removed one at a time (items with loadings below .320 on all factors). Complex items (items with loadings of .320 or higher on multiple factors, with a difference of less than .200 between the highest and second-highest loading) were also removed sequentially (Tabachnik & Fidell, 2012) (see the item reduction process in Table 9, Supplementary material).

The three-factor structure emerged as the best fit, aligning with the eigenvalues. It is statistically acceptable, parsimonious (with the fewest possible factors), reasonable, and conceptually justified. The 3-factor scale meets the goodness-of-fit criteria, with the chi-square test ($\chi^2 = 50.746$, $p < .001$), CFI (.976), RMSEA (.055, 90% CI [.033; .077]), and SRMR (.027). All loadings ranged from adequate to excellent (.476 to .829) (Tabachnik &

Fidell, 2012). We named the three factors based on our conceptual and theoretical framework: Factor 1 represents *Dissuasion* behaviors, Factor 2 refers to *Opposition* behaviors, and Factor 3 includes *Obstructio*n behaviors. All three factors demonstrate satisfactory reliability: Factor 1 (α = .849), Factor 2 (α = .714), and Factor 3 (α = .724). Table 7.2 presents the factor loadings and reliability coefficients for the final 11-item scale.

TABLE 7.2 Exploratory factor analysis of the Contraceptive Interference Measure

		Factor Loadings		
Item #	**Items**	Factor 1 – Dissuasion	Factor 2 – Opposition	Factor 3 – Obstruction
1	…pressure you to have sex without a condom?	**.801**		
6	…pressure you to use the pull-out method?	**.692**		
11	…make you feel bad about asking to use a condom?	**.747**		
13	…wait for you to mention the use of a condom before putting one on?	**.549**		
14	…make you have to argue, negotiate or justify condom use?	**.829**		
4	…was opposed to you taking hormonal contraception (e.g. pill, vaginal ring, patch)?		**.703**	
12	…try to convince you not to use hormonal contraception (e.g. pill, vaginal ring, patch)?		**.825**	
18	…pretend to put on a condom without actually doing it before having sex?			**.476**
20	…remove the condom without your consent during sex?			**.558**
24	…ejaculate inside your vagina without your consent during sex?			**.661**
25	…agree to withdraw before ejaculation (pull out) but didn't do it?			**.807**
% of variance		34.9%	2.2%	6.5%
Cronbach's α		.849	.714	.724

Bold values represent EFA factor loadings >.32.

7.3.3 Prevalence of contraceptive interference

Among the 338 participants surveyed, 58.9% reported experiencing at least one situation of CI in their intimate relationship. Table 7.3 illustrates the prevalence of CI. The most frequently reported CI behaviors were: "…*wait for you to mention the use of a condom before putting one on?*" (35.2%), "*...pressure you to have sex without a condom?*" (18.9%), and "…*pressure you to use the pull-out method?*" (18.4%). *Dissuasion* (Factor 1) were reported by 47.0% of the sample, *Opposition* (Factor 2) by 8.3%, and *Obstruction* (Factor 3) by 18.0%. Among those who reported experiencing CI, the majority (66.8%) indicated having experienced two or more such behaviors in their intimate relationship (data not shown).

TABLE 7.3 Prevalence of contraceptive interference by factorial solution (*n* = 338)

Items	**Never** ***n* (%)**	**Occasionally** ***n* (%)**	**Very Often** ***n* (%)**	**All the time** ***n* (%)**
For each of the following situations, indicate how often it occurred within this intimate relationship. Did your intimate partner…				
Factor 1 - Dissuasion				
…pressure you to have sex without a condom?	265 (78.4)	49 (14.5)	13 (3.8)	2 (0.6)
…pressure you to use the pull-out method?	267 (79.0)	47 (13.9)	9 (2.7)	6 (1.8)
…make you feel bad about asking to use a condom?	275 (81.4)	48 (14.2)	7 (2.1)	4 (1.2)
…wait for you to mention the use of a condom before putting one on?	204 (60.4)	68 (20.1)	28 (8.3)	23 (6.8)
…make you have to argue, negotiate or justify condom use?	274 (81.1)	47 (13.9)	6 (1.8)	4 (1.2)

Factor 2 - Opposition				
…was opposed to you taking hormonal contraception (e.g. pill, vaginal ring, patch)?	308 (91.1)	15 (4.4)	0 (0)	4 (1.2)
…try to convince you not to use hormonal contraception (e.g. pill, vaginal ring, patch)?	308 (91.1)	12 (3.6)	2 (0.6)	3 (0.9)
Factor 3 - Obstruction				
…pretend to put on a condom without actually doing it before having sex?	317 (93.8)	7 (2.1)	2 (0.6)	0 (0)
…remove the condom without your consent during sex?	314 (92.9)	9 (2.7)	3 (0.9)	1 (0.3)
…ejaculate inside your vagina without your consent during sex?	290 (85.8)	31 (9.2)	6 (1.8)	1 (0.3)
…agree to withdraw before ejaculation (pull out) but didn't do it?	283 (83.7)	26 (7.7)	5 (1.5)	2 (0.6)

n may not sum up to 338 due to missing data.

7.4 DISCUSSION

This article describes the development and psychometric evaluation of a measure of CI among young people in intimate relationships. The CI measure, a 11-item self-report scale, was developed and tested with a sample of 338 participants aged 16 to 23. Exploratory factor analysis suggests three distinct sets of CI behaviors perpetrated by an intimate partner. The three-factor solution showed the best model fit, with highly satisfactory goodness-of-fit indices and factor loadings.

The results show that just over half (58.9%) of the sample reported experiencing at least one form of CI in their lifetime by an intimate partner. This prevalence is higher than those reported in previous studies that used adapted versions of reproductive coercion scales. For instance, Katz and LaRose's (2019) study, 21.1% of college women reported at least one CI experience in a past heterosexual relationship lasting at least one month. This discrepancy may be explained by the broader range of CI behaviors assessed in the present study.

CI behaviors targeting condom use were the most frequently reported, aligning with findings from Davis et al. (2019), who surveyed 503 women aged 21 to 30. They found that 87% had experienced non-coercive condom resistance (e.g., partners minimizing STI risks or mentioning reduced pleasure), while 49.8% reported coercive condom resistance (e.g., emotional manipulation, non-consensual condom removal, or intentional condom breakage). These coercive and non-coercive strategies are reflected in the three factors identified in our scale and may occur within a broader context of IPV. Combining the current CI measure with established scales of IPV could provide deeper insight into the relational contexts in which CI occurs.

The first factor, *Dissuasion*, refers to behaviors aimed at convincing or discouraging the partner from using contraception, without necessarily directly enforcing this outcome. This factor aligns with the taxonomy of sexual intimate partner violence developed by Bagwell-Gray et al. (2015), which classifies behaviors based on (1) their forcefulness (i.e., coercion into physical behaviors) and (2) their invasiveness (i.e., whether the sexual violence is penetrative or not). Consistent with the category of "intimate partner sexual abuse," the *Dissuasion* factor includes behaviors characterized by low force and low invasiveness, as they do not explicitly aim to coerce sexual activity but rather to discourage

the partner's contraceptive choices, thereby exerting greater sexual control through manipulation and pressure. Items within this factor include pressure to forgo condom use, encouragement to rely on the withdrawal method, and manipulative or disengaged responses regarding condom use. *Dissuasion* was the most frequently reported form of CI in the sample (47.0%).

The second factor, *Opposition*, refers to behaviors that involve actively standing against or rejecting something. In this context, it reflects opposition to the use of hormonal contraceptives, either through direct refusal or persuasive tactics. This was the least frequently reported form of CI among participants (8.3%). Within this study, it is not possible to determine whether these behaviors were intended to limit the contraceptive autonomy of the young participants, nor whether they directly influenced their contraceptive choices. Further exploration of CI contexts is needed, particularly by examining the presence of IPV to better understand these behaviors. However, previous qualitative studies conducted by our team suggest that such behaviors can serve as mechanisms of control, aiming to restrict decision-making across various domains of life, including the sexual and reproductive sphere (Rousseau et al., in press; Rousseau et al., submitted). This form of subtle manipulation plays an influential role by undermining the young person's efforts to exercise contraceptive autonomy. It can align with the concept of insidious control, as described in coercive control literature (Stark, 2007), which includes the micro-regulation of daily life—applied here specifically to sexual and reproductive health contexts.

The third factor, *Obstruction*, refers to actions that block, hinder, or prevent decision-making. In the context of CI, these are behaviors that prevent young people from making and acting on their contraceptive choices, as their decisions are directly undermined by coercive actions from their intimate partners. It includes behaviors that impede or undermine their sexual integrity and agency, such as non-consensual condom removal or failure to respect agreed-upon withdrawal before ejaculation. These behaviors occur without the sexual consent of young people and can therefore be considered a form of sexual violence. The prevalence of this type of CI in the current study (18.0%) aligns with findings from a study conducted with U.S. young adults aged 18 to 25, where 18.9%

of participants reported having experienced a sexual encounter in which their partner removed a condom without their knowledge (Bonar et al., 2019).

By assessing a range of behaviors that hinder the ability to exercise contraceptive choice, the measure sheds light on the strategies employed by partners to limit or prevent contraceptive autonomy. Also, by centering the understanding of CI on acts of control and manipulation—rather than on young people's perceptions of their partner's intent—this measure refocuses attention on the experienced behaviors and the relational context in which they occur. Young people who experience CI may be unaware of or unable to interpret their partner's intents. Some may rationalize or minimize the violence they experience (Savoie et al., 2018; Weiss, 2009). This raises the question of why intent should be prioritized, rather than gender-based power dynamics within the relationship for example, when the consequences remain the same. This perspective aligns with the recommendations of Grace et al. (2024), who advocate for a broader exploration of the relational context in which these behaviors occur, followed by an assessment of the perceived motivations behind them. This approach also echoes the proposal by Tarzia and McKenzie (2024) to also evaluate coercive controlling behaviors or physical and sexual violence.

7.4.1 Limitations and future research

Despite the strengths of this study, limitations must be acknowledged. First, the measure relies on self-reported data, which may introduce response biases. Second, CI remains a relatively underdiscussed topic in the broader social context. As such, participants—particularly young people—may have been less familiar with this concept and may not have had sufficient opportunity to reflect on how such behaviors manifested in their own intimate relationships. Finally, this measure has only undergone exploratory factor analysis; it should be tested with larger and more diverse samples and validated through confirmatory factor analysis. Future research should examine CI in a variety of relational contexts, including the intimate relationships of sexually and gender-diverse individuals. Further research is also needed to explore how CI intersects with broader contexts of IPV, as well as its connections to sexual violence.

7.5 CONCLUSION

This study contributes to both the conceptual and empirical understanding of CI. The proposed scale encompasses a variety of behaviors perpetrated by an intimate partner that prevent or limit the use of the contraception desired by the other partner. Reproductive intent is not central to the conceptualization of CI, allowing for a broader consideration of the relational contexts in which such behaviors can occur. As CI undermines young people's contraceptive autonomy, these behaviors could be understood as forms of sexual violence and as part of a broader context of IPV.

REFERENCES

Bagwell-Gray, M. E., Messing, J. T., & Baldwin-White, A. (2015). Intimate Partner Sexual Violence: A Review of Terms, Definitions, and Prevalence. Trauma, Violence, & Abuse, 16(3), 316-335. https://doi.org/10.1177/1524838014557290

Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T., Chen, J. & Stevens, M.R. (2011). *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2010 summary report*.

Bonar, E. E., Ngo, Q. M., Philyaw-Kotov, M. L., Walton, M. A., & Kusunoki, Y. (2019). Stealthing perpetration and victimisation: Prevalence and correlates among emerging adults. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(21-22). doi:10.1177/0886260519888519

Cotter, A., & Savage, L. (2019). *Gender-based violence and inappropriate sexual behaviour in Canada, 2018: Initial findings from the Survey of Safety in Public and Private Spaces*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2019001/article/00017-eng.pdf?st=Kv8udvYd

Davis, K. C., Stappenbeck, C. A., Masters, N. T., & George, W. H. (2019). Young Women's Experiences with Coercive and Noncoercive Condom Use Resistance: Examination of an Understudied Sexual Risk Behavior. *Women's Health Issues, 29*(3), 231-237. doi:10.1016/j.whi.2019.01.005

Davis, K. C., Stewart, R., Kirwan, M., Chen, M., & Hammett, J. F. (2023). Coercive condom use resistance: A scoping review. *Psychology of Violence, 13*(5), 361-373. doi:10.1037/vio0000481

Decker, M. R., Wood, S. M., Byrne, M. E., Yao-N'dry, N., Thiongo, M., Gichangi, P., OlaOlorun, F.M., Koffi, A.K., Radloff, C., Ahmed, S. & Tsui, A. O. (2021). Gendered power dynamics and threats to sexual and reproductive autonomy among adolescent girls and young adult women: A cross-sectional survey in three urban settings. *PLOS ONE, 16*(11). doi:10.1371/journal.pone.0257009

DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (Fourth edition). Sage Publications, Inc.

Featherstone, L., Byrnes, C., Maturi, J., Minto, K., Mickelburgh, R. & Donaghy, P. (2024). *Consent and Reproductive Coercion*. Dans L. Featherstone, C. Byrnes, J. Maturi, K. Minto, R. Mickelburgh et P. Donaghy (dir.), The Limits of Consent. Sexual Assault and Affirmative Consent. Palgrave Macmillan.

Fernet, M., Hébert, M., Brodeur, G., & Théorêt, V. (2019). "When You're in a Relationship, You Say No, but Your Partner Insists": Sexual Dating Violence and Ambiguity Among Girls and Young Women. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(19-20), 9436–9459. doi:10.1177/0886260519867149

Grace, K. T., & Anderson, J. C. (2018). Reproductive Coercion: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse, 19*(4), 371–390. doi:10.1177/1524838016663935

Grace, K. T., Glass, N. E., Miller, E., Alexander, K. A., Holliday, C. N., & Decker, M. R. (2024). Birth Control Sabotage Motivation and Measurement: A Mixed-Methods Analysis among Latina Women. *Violence against women*, 30(6-7), 1634–1655. doi:10.1177/10778012221145292

Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1–55. doi:10.1080/10705519909540118

Hogan, T. P., Stephenson, R., & Parent, N. (2017). *Introduction à la psychométrie (2e éd.)*. Chenelière Éducation.

Katz, J., & LaRose, J. (2019). Male Partner Contraceptive Interference: Associations With Destructive Conflict and Women's Relational Power. *Violence against women*, 25(10), 1262–1278. https://doi.org/10.1177/1077801218818372

Katz, J., Poleshuck, E. L., Beach, B., & Olin, R. (2017). Reproductive coercion by male sexual partners: Associations with partner violence and college women's sexual health. *Journal of Interpersonal Violence, 32*(21), 3301-3320. doi:10.1177/0886260515597441

Katz, J., & Sutherland, M. A. (2017). College women's experiences of male partner contraceptive interference: Associations with intimate partner violence and contraceptive outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, *35*(21-22), 4350–4374. doi:10.1177/0886260517715600

Katz, J., & Sutherland, M. A. (2020). College women's experiences of male partner contraceptive interference: Associations with intimate partner violence and contraceptive outcomes. *Journal of Interpersonal Violence, 35*(21-22), 4350-4374. doi:10.1177/0886260517715600

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed.*). Guilford Press.

Latimer, R. L., Vodstreil, L. A., Fairley, C. K., Cornelisse, V. J., Chow, E. P., Read, T. R., & Bradshaw, C. S. (2018). Non-consensual condom removal, reported by patients at a sexual health clinic in Melbourne, Australia. *PLOS ONE, 13*. doi:10.1371/journal.pone.0209779

Lévesque, S., Rousseau, C. & Dumerchat, M. (2020). Influence of the relational context on reproductive coercion and the associated consequences. *Violence Against Women*, 1-23. doi : 10.1177/1077801220917454

McCauley, H. L., Silverman, J. G., Jones, K., Tancredi, D. J., Decker, M. R., McCormick, M. C., Austin, S.B., Anderson, H.A. & Miller, E. (2017). Psychometric properties and refinement of the Reproductive Coercion Scale. *Contraception, 95*(3), 292-298. doi: 10.1016/j.contraception.2016.09.010

Miller, E., Decker, M. R., McCauley, H. L., Tancredi, D. J., Levenson, R. R., Waldman, J., Schoenwald, P. & Silverman, J. G. (2010). Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception, 81*(4), 316-322. doi:10.1016/j.contraception.2009.12.004

Moore, A. M., Frohwirth, L., & Miller, E. (2010). Male reproductive control of women who have experienced intimate partner violence in the United States. *Social Science & Medicine, 70*(11), 1737–1744. doi:10.1016/j.socscimed.2010.02.009

Muthén, L.K. & Muthén, B.O. (1998). *Mplus User's Guide*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén

Nemeth, J. M., Viveiros, N., Lynch, K. R., Anderson, T. S., & Fisher, B. (2020). Adolescent Reproductive and Sexual Coercion: Measurement Invariance in a Population-Based Sample of Male and Female High School Students. *Journal of Family Violence, 35*(6), 619–632. doi:10.1007/s10896-019-00092-w

Rousseau, C., Lévesque, S. & Lapierre, S. (in press). Contraceptive Interference in Young People's Intimate Relationships: An Exploratory Narrative Analysis. *The Canadian Journal of Human Sexuality*.

Rousseau, C., Lapierre, S. & Lévesque, S. (submitted). "As if it were a punishment for him, rather than protection for both of us": Impacts of Contraceptive Interference on Young People Sexuality, Intimacy and Health. *Violence Against Women*.

Savoie, L., Pelland, M.-A., Morin, S., Boudreau, L. C. & Grandisson, S. (2018). L'invisibilité de la violence sexuelle ordinaire chez les étudiantes universitaires: des expériences à comprendre. *Recherches féministes, 31*(2), 141-158. doi: 10.7202/1056246ar

Senderowicz L. (2020). Contraceptive Autonomy: Conceptions and Measurement of a Novel Family Planning Indicator. *Studies in family planning*, 51(2), 161–176. https://doi.org/10.1111/sifp.12114

Silverman, J. G., McCauley, H. L., Decker, M. R., Miller, E., Reed, E. & Raj, A. (2011). Coercive forms of sexual risk and associated violence perpetrated by male partners of female adolescents. *Perspectives on sexual and reproductive health, 43*(1), 60-65. doi:10.1363/4306011

Stark, E. (2007). *Coercive control: How men entrap women in personal life*. Oxford, New York: Oxford University Press

Sutherland, M. A., Fantasia, H. C., & Fontenot, H. (2015). Reproductive coercion and partner violence among college women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 44*(2), 218-227. doi:10.1111/1552-6909.12550

Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S. (2012) *Using Multivariate Statistics. 6th Edition*, Person Education, Boston.

Tarzia, L., & McKenzie, M. (2024). Reproductive coercion and abuse in intimate relationships: Women's perceptions of perpetrator motivations. *PloS one, 19*(4), e0299069. doi : 10.1371/journal.pone.0299069

Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 30*(4), 662-680. doi:10.1037/h0079856

Weiss, K. G. (2009). Boys will be boys and other gendered accounts: An exploration of victim excuses and justifications for unwanted sexual contact and coercion. *Violence Against Women, 15*(7), 810-834. doi: 10.1177/1077801209333611

Table 7.4. Supplementary material. Original 25-item Scale on Contraceptive Interference and Item Reduction Process

Items	Item status	Reason for removal
For each of the following situations, indicate how often it occurred within this intimate relationship. Did your intimate partner...		
1. pressure you to have sex without a condom?	Retained	
2. try to convince you not to get condoms you had available?	Removed	Multicollinearity with Item 1 (reduction #1)
3. pressure you to ejaculate inside your vagina?	Removed	Complex item (reduction #7)
4. was opposed to you taking hormonal contraception (e.g. pill, vaginal ring, patch)?	Retained	
5. was opposed to you getting an IUD (e.g. intrauterine device)?	Removed	Multicollinearity with Item 4 (reduction #1)
6. pressure you to use the pull-out method?	Retained	
7. tell you to take Plan b (or the morning-after pill) after unprotected sex?	Removed	Poorly adjusted item (reduction #3)
8. put pressure on you to use hormonal contraception (e.g. the pill, vaginal ring, patch)?	Removed	Complex item (reduction #8)
9. pressure you to use the calendar method (tracking your ovulation)?	Removed	Poorly adjusted item (reduction #2)
10. pressure you to get an IUD (e.g. intrauterine device)?	Removed	Poorly adjusted item (reduction #4)
11. make you feel bad about asking to use a condom?	Retained	

12. try to convince you not to use hormonal contraception (e.g. pill, vaginal ring, patch)?	Retained	
13. wait for you to mention the use of a condom before putting one on?	Retained	
14. make you have to argue, negotiate or justify condom use?	Retained	
15. refuse to contribute financially to the purchase of condoms?	Removed	Complex item (reduction #5)
16. refuse to contribute financially to the purchase of hormonal contraception (e.g. the pill, vaginal ring, patch)?	Removed	Complex item (reduction #10)
17. refuse to contribute financially to the purchase of emergency oral contraception (Plan B, morning-after pill)?	Removed	Complex item (reduction #9)
18. pretend to put on a condom without actually doing it before having sex?	Retained	
19. penetrate you without a condom, without asking if you agreed not to wear a condom during penetration?	Removed	Complex item (reduction #13)
20. remove the condom without your consent during sex?	Retained	
21. refuse to use a condom?	Removed	Complex item (reduction #11)
22. force you to have sex without a condom?	Removed	Complex item (reduction #12)
23. did not inform you that the condom broke or moved during intercourse?	Removed	Complex item (reduction #6)
24. ejaculate inside your vagina without your consent during sex?	Retained	
25. agree to withdraw before ejaculation (pull out) but didn't do it?	Retained	

CHAPITRE 8 – DISCUSSION

La discussion propose d'abord une synthèse des résultats de chacun des articles de la thèse. Elle présente une intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs, articulée autour de trois grands ensembles. L'interférence contraceptive est ensuite réfléchie au prisme de l'équité en santé sexuelle. Les pistes conceptuelles à approfondir sont discutées, et une définition de l'interférence contraceptive et prophylactique est proposée. Le chapitre se conclut avec les forces et les limites de la recherche, ainsi que les implications de ces résultats pour la pratique et pour la recherche.

8.1 Synthèse des résultats

À partir des expériences rapportées par les adultes émergents de 16 à 25 ans, la présente thèse poursuivait les objectifs suivants : 1) comprendre de quelles façons se manifeste l'IC dans le cadre de relations intimes, 2) identifier les répercussions de l'IC sur la sexualité, l'intimité et la santé, 3) explorer comment les rapports de pouvoir basés sur le genre s'articulent dans les situations d'IC, puis 4) documenter les manières dont l'IC influence l'exercice de l'autonomie contraceptive au regard de l'équité en santé sexuelle. Pour répondre à ces objectifs de recherche, un devis de recherche séquentiel exploratoire multiméthodes a été déployé. Ce dernier a permis de recueillir des données qualitatives et quantitatives, qui ont ensuite été analysées et présentées dans les trois articles de cette thèse, chacun répondant à des sous-objectifs spécifiques.

Le premier volet de cette recherche proposait une exploration qualitative de l'IC (articles 1 et 2). Il visait principalement à documenter les différentes manifestations d'IC dans les relations intimes des adultes émergents, en s'intéressant aux méthodes contraceptives et prophylactiques ciblées par ces comportements, ainsi qu'aux conséquences associées. Une attention particulière a été portée aux rapports de pouvoir basés sur le genre qui accompagnent ce type de comportement. Ainsi, l'article 1 et l'article 2 proposent une analyse de ces données qualitatives et mettent de l'avant les façons dont l'IC compromet l'autonomie contraceptive des personnes concernées. En s'appuyant sur

les résultats du volet qualitatif, le deuxième volet de cette thèse comprenait un volet quantitatif. Les objectifs poursuivis impliquaient de valider la structure factorielle d'une échelle de mesure portant spécifiquement sur l'IC et d'en mesurer la prévalence chez les jeunes en contexte de relations intimes. Les résultats sont présentés dans l'article 3.

8.1.1 Manifestations d'interférence contraceptive et stratégies de contrôle associées

L'article 1 illustre les formes que peut prendre l'IC dans le cadre d'une relation intime, tout en identifiant les stratégies de contrôle mises en place par le partenaire intime. Les résultats qualitatifs démontrent d'abord que les manifestations d'IC sont variées et ont pour effet d'empêcher, de limiter ou de saboter l'usage souhaité de la contraception. Elles ciblent le condom, la pilule contraceptive, la contraception orale d'urgence, le stérilet et le retrait avant l'éjaculation. Les résultats obtenus s'alignent avec la littérature scientifique, où l'interférence liée à l'usage du condom est rapportée, notamment en ce qui a trait à la résistance à son usage (Davis et al., 2018; Klein, 2014), au retrait non consensuel du condom (Czechowski et al., 2019; Gómez-Durán & Martin-Fumadó, 2024) et à l'imposition de relations sexuelles sans condom (Chen, Kirwan, et al., 2024). Les comportements visant à entraver l'usage d'autres méthodes contraceptives, telles que la pilule ou le stérilet, sont généralement étudiés sous l'angle du sabotage contraceptif avec pour intention de provoquer une grossesse (Grace et al., 2020; Miller et al., 2010).

Les résultats qualitatifs obtenus permettent de mettre en lumière que plusieurs méthodes contraceptives et prophylactiques peuvent être impactées par des comportements d'IC, sans souhaiter entrainer délibérément une grossesse. Ainsi, un partenaire intime peut décourager l'usage de la pilule contraceptive en avançant qu'elle fait prendre du poids à sa partenaire où qu'elle provoque des sautes d'humeur. À l'inverse, un partenaire intime peut encourager la prise de la pilule afin de délaisser le condom jugé indésirable. L'IC concerne aussi la pose du stérilet, alors que certains partenaires s'opposent à cette méthode sans nécessairement en expliquer les raisons, tandis que d'autres encouragent son usage afin de se soustraire à l'usage du condom. Le recours au retrait avant l'éjaculation est aussi mis de l'avant et est présenté comme une autre stratégie pour éviter l'usage du condom ou pour accroitre le plaisir sexuel du partenaire.

Les stratégies de contrôle associées à l'IC incluent la minimisation ou la réfutation des risques de grossesse non désirée ou de contraction d'ITS, l'intimidation ayant pour effet de négliger la sécurité et l'intégrité de l'autre, la manipulation visant à leurrer la partenaire, ainsi que les stratégies d'isolement, incluant la surveillance des activités et la restriction de la liberté d'action. Ces stratégies s'inscrivent dans des rapports de pouvoir basés sur le genre qui renforcent les déséquilibres de pouvoir relationnel dans la relation intime, ce qui compromet l'autonomie contraceptive (Decker et al., 2021; Korkmaz, 2021). D'autres comportements de violence sont aussi rapportés, tels que la violence psychologique, les menaces et les comportements de violence physique et de violence sexuelle. Certaines participantes décrivent les gestes violents posés par leur partenaire qui, sans être dirigés directement contre elles, créent un climat de peur notable. Ainsi, le fait de briser des objets ou frapper dans un mur sont des exemples de comportements évoqués. Ces participantes vivent une anxiété, parfois constante, lorsqu'elles interagissent avec leur partenaire ou lorsqu'elles tentent d'anticiper, et ainsi atténuer, ses réactions. D'autres situations de violence sexuelle, où une relation sexuelle non protégée est imposée, sont aussi rapportées. Pour la plupart des personnes rencontrées, leur partenaire avait recours à la violence psychologique pour les insulter et fragiliser leur confiance en elles.

Cet ensemble de comportements correspond à la définition du contrôle coercitif, selon laquelle le partenaire intime cherche à isoler, contrôler, effrayer et priver l'autre de sa liberté (Lapierre et al., 2025; Stark, 2007). Appliqué à la santé sexuelle et reproductive, le contrôle coercitif entrave la possibilité des personnes à prendre des décisions libres et éclairées en matière de contraception ou de prophylaxie (Boulebsol et al., 2025; Tarzia & McKenzie, 2024). Les personnes rencontrées dans le cadre du volet qualitatif ont partagé s'être senties contraintes de céder aux exigences de leur partenaire intime, ce qui les exposait à des risques sur leur santé, mais également sur leur bien-être global – un enjeu davantage exploré dans l'article 2.

La grande majorité des participant.es a souligné que leur partenaire intime s'opposait à l'usage du condom, ce qui les obligeait à se tourner, lorsque possible, vers d'autres méthodes de protection. Certaines personnes participantes ont rapporté que leur partenaire intime faisait preuve d'une indifférence totale face aux conséquences de relations sexuelles non protégées sur leur santé et leur bien-être. Ces partenaires intimes

imposaient une sexualité centrée sur leur propre plaisir sexuel, au détriment des limites et des besoins de l'autre. Dans d'autres cas, les méthodes contraceptives ou prophylactiques étaient utilisées comme des outils de contrôle, où le partenaire intime se permettait de décider de ce qui était le « mieux » pour l'autre. Ces impositions visaient à répondre à leurs propres intérêts, par exemple en encourageant la prise de contraceptifs hormonaux ou la pose d'un stérilet afin de délaisser le condom et ainsi, accroître leur plaisir sexuel. À cet effet, les motivations perçues par les personnes participantes à l'adoption de comportements et de stratégies d'IC par leur partenaire intime font écho à celles recensées dans la littérature: la recherche de plaisir sexuel individuel au détriment de la sécurité sexuelle du couple, ou encore l'évitement de la réduction de la performance sexuelle liée au port du condom (p. ex., perte de l'érection, difficultés liées à la pose) (Davis et al., 2019; Katz & Sutherland, 2020; Lévesque et al., 2020).

Dans l'ensemble des trois métarécits développés dans l'article 1, l'autonomie contraceptive des personnes participantes est grandement limitée par les comportements du partenaire intime, lesquels apparaissent généralement tôt dans la relation intime.

8.1.2 Conséquences multiples de l'interférence contraceptive

Les comportements d'IC entrainent des répercussions notables sur la sexualité, l'intimité et la santé, comme en témoignent les résultats de l'analyse des données qualitatives présentés dans l'article 2. En continuité avec les formes d'IC décrites dans l'article 1, les méthodes contraceptives et prophylactiques ciblées sont le condom, la pilule contraceptive et la contraception orale d'urgence, le stérilet et le retrait avant l'éjaculation. Les comportements d'IC peuvent survenir à plus d'une reprise dans la relation intime et cibler différentes méthodes contraceptives et prophylactiques simultanément. Ces comportements limitent concrètement les options à disposition des personnes participantes pour préserver leur santé sexuelle et reproductive. En l'absence d'autres options contraceptives, certain.es participant.es ont rapporté devoir régulièrement tenter de convaincre leur partenaire intime d'avoir une relation sexuelle protégée, souvent sans succès.

Alors que les situations d'IC peuvent s'inscrire dans des contextes relationnels variés, tel qu'illustré dans l'article 1, des conséquences similaires peuvent être rapportées

malgré cette disparité. En plus de tenter de préserver leur santé sexuelle et reproductive, les personnes rencontrées ont assuré un travail émotionnel important. De façon similaire a ce qui est rapporté dans la littérature (Hochschild, 2003; Tarzia, 2021), plusieurs personnes participantes ont exercé du travail émotionnel afin de mitiger l'escalade de la violence et de maintenir une certaine sécurité, en plus de réprimer leurs émotions et leurs besoins pour tenter de préserver la relation intime, conformément à leur adhésion aux scripts sexuels (Simon & Gagnon, 1986). Cela peut se traduire par le fait de céder sans consentir[10] à une relation sexuelle non protégée ou de revoir leurs choix contraceptifs afin de répondre aux exigences de leur partenaire. Elles ont tenté de comprendre pourquoi ce dernier agissait ainsi, se sont ajustées à ses exigences et ont remis en question la légitimité de leurs propres demandes. Or, en tentant de « sauver » la relation intime, elles ont vécu de la peur et de l'anxiété à la suite de relations sexuelles non protégées, notamment en raison de la crainte de vivre une grossesse non désirée ou de contracter une ITS. Par conséquent, ces craintes augmentent la charge contraceptive, tant mentale que matérielle, sans partage équitable de cette responsabilité entre les partenaires (Alspaugh et al., 2020; Lévesque, Toupin, et al., 2024).

Au-delà des impacts sur la santé sexuelle et reproductive, ces comportements affectent la perception identitaire des jeunes, les amenant à remettre en question leur relation avec les hommes, ainsi que leur capacité à affirmer leurs besoins et à faire respecter leurs limites. Plusieurs en viennent au constat que, malgré la clarté de leurs demandes, leur partenaire intime n'avait ni l'intention de les considérer, ni celle d'y répondre – agissant plutôt par intérêt égoïste ou par désir de contrôle. Certain.es ont rapporté que ce constat les

[10] L'intellectuelle féministe Nicole-Claude Mathieu écrit, dans un ouvrage initialement paru en 1991, puis réédité en 2013, un chapitre portant sur les normes et les pressions sociales imposées aux femmes, qui encouragent implicitement à céder aux pressions sexuelles des hommes (Mathieu, 2013). Ainsi, par désir de plaire, par épuisement ou par peur, les femmes finissent par céder à une relation sexuelle qui n'est pas consentie. Cette réaction, notamment observée chez les jeunes couples hétérosexuels (Kettrey, 2018), visibilise les tactiques de manipulation et de pression exercées par les hommes pour obtenir des relations sexuelles. D'autres féministes soutiennent que les femmes ne sont jamais véritablement libres de refuser les pressions sexuelles des hommes sans craindre de représailles (Dworkin, 1987; MacKinnon, 1987).

a amené.es à progressivement se distancer émotionnellement de ce partenaire pour éventuellement mettre fin à la relation intime.

Toutefois, même après la fin de la relation intime, plusieurs ont ressenti de l'appréhension à l'idée de revivre des comportements d'IC dans une autre relation intime. De façon similaire aux constats tirés des études portant sur la violence entre partenaires intimes chez les jeunes, certain.es développent une méfiance persistante à l'égard des hommes et des relations intimes futures avec ceux-ci (Korkmaz & Överlien, 2024). Elles vont remettre en question leur intérêt à réinvestir une relation avec un homme, ce qui les amène éventuellement à explorer leur orientation sexuelle. Le fait de réinvestir autrement leur sexualité et leur intimité après la relation intime marquée par l'IC, notamment en expérimentant du plaisir sexuel avec un partenaire respectueux, leur permet de ressentir plus de confiance en elles et d'agentivité, comme l'a également observé Bagwell-Gray (2019). Ce processus leur permet de retrouver une autonomie contraceptive, essentielle à une santé sexuelle et reproductive épanouie.

8.1.3 Échelle de mesure sur l'interférence contraceptive et prévalence

L'article 3 propose une échelle de mesure spécifique sur l'IC. Les manifestations d'IC documentées dans le volet qualitatif, combinées aux items recensés dans la littérature scientifique, ont permis de formuler une première version de l'échelle comprenant 25 items, soumise par la suite à une analyse factorielle exploratoire. La solution factorielle obtenue a mené à la proposition d'une échelle autorapportée composée de 11 items et regroupés en trois facteurs correspondant à des stratégies de contrôle : Dissuasion, Opposition et Obstruction. L'échelle présente des indices de fit et des coefficients de saturation factorielle satisfaisants.

Parmi les 338 participant.es ayant répondu au questionnaire, 58,9 % rapportent avoir subi au moins un comportement d'IC en contexte de relation intime. Ce taux de prévalence est similaire à celui observé dans les études portant sur la résistance à l'usage du condom (Davis, 2019), mais plus élevé à celui de différentes études portant sur le sabotage contraceptif (Grace et al., 2022; Willie et al., 2021). Cet écart pourrait s'expliquer par l'absence de toute référence explicite à une intention reproductive dans les items de l'échelle. De façon similaire aux données qualitatives, les comportements d'IC les plus

fréquemment rapportés étaient liés à la résistance du partenaire intime à l'usage du condom, notamment en attendant que l'autre en fasse la demande avant de le mettre (35,2 %), en mettant de la pression pour délaisser le condom (18,9 %) ou en insistant pour utiliser la méthode du retrait avant l'éjaculation (18,4 %). Le fait d'attendre que l'autre demande l'usage du condom est également documenté dans la littérature et renvoie au « silence stratégique » des hommes, où ceux-ci se désengagent de la responsabilité contraceptive et priorisent leur propre plaisir sexuel (Dalessandro et al., 2019), ce qui est conforme au rôle traditionnel décrit dans les scripts sexuels (Simon & Gagnon, 1986). Ces comportements, loin d'être isolés, surviennent dans plusieurs couples d'adultes émergents, tel qu'en témoignent ces résultats.

8.2 Intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs

Cette sous-section propose une mise en dialogue des résultats qualitatifs et quantitatifs, laquelle fait émerger trois grands ensembles distincts, différenciés selon la présence ou non d'autres comportements explicites de coercition dans la relation intime, ainsi que selon la possibilité d'exercer son autonomie contraceptive dans ce contexte.

8.2.1 Entre argumentation et négligence : un contexte relationnel sans autre forme explicite de coercition, où l'autonomie contraceptive est partiellement préservée

Le premier ensemble rassemble des situations où le partenaire intime tente de décourager l'usage du condom ou insiste sur l'utilisation de la méthode du retrait avant l'éjaculation. Dans ces contextes, la relation intime n'est pas traversée par d'autres formes explicites de coercition, alors que le partenaire adopte une attitude de négligence et d'insouciance qui l'amène à se désengager de la responsabilité contraceptive du couple, en se préoccupant uniquement de son propre plaisir sexuel. Les personnes participantes rapportent avoir cédé sans consentir à une relation sexuelle, pour faire plaisir à leur partenaire ou pour « acheter la paix ». Des participantes relatent d'ailleurs ce cercle vicieux où il est difficile de revenir à l'usage du condom après avoir céder par exaspération.

Elles indiquent également avoir exigé, à d'autres moments, l'usage du condom, ce qui a été respecté. Elles conservent donc, dans certaines situations, une forme de pouvoir

relationnel, bien qu'il soit limité. Lorsqu'une relation sexuelle non protégée survient, plusieurs mentionnent avoir dû entreprendre des démarches pour limiter les risques sur leur santé sexuelle et reproductive, notamment en ayant recours à des tests de grossesse, à des rendez-vous de dépistage d'ITS ou à la pilule contraceptive d'urgence. Ces démarches supplémentaires, qui sont entrainées par une relation sexuelle non protégée visant à satisfaire les envies de leur partenaire intime, suscitent de la frustration et de l'exaspération, tout en accentuant un sentiment d'anxiété qui n'est pas partagé par ce dernier. Les personnes participantes réalisent qu'elles souhaitent pouvoir, elles aussi, expérimenter du plaisir sexuel – ce que ces situations compromettent.

Ces comportements ont été rapportés par 6 personnes sur 17 dans le volet qualitatif, et constituent l'ensemble le plus fréquemment déclaré dans le volet quantitatif, avec 47,0 % des répondant.es ayant rapporté avoir subi ce type de comportement au moins une fois au cours de leur vie.

8.2.2 Entre opposition et *entitlement* : exigences imposées fragilisant l'autonomie contraceptive

Ce deuxième ensemble regroupe des comportements d'IC ciblant plusieurs méthodes de contraception, soit le condom, la pilule, le stérilet et le retrait avant l'éjaculation. Dans ces contextes, le partenaire intime adopte une attitude décrite par plusieurs comme égoïste et intimidante, et met en place une diversité de stratégies de contrôle, incluant la manipulation, la culpabilisation, la tromperie et la duperie, ainsi que l'invalidation des choix de l'autre. Ainsi, certaines personnes participantes font état des multiples stratégies mises en place par leur partenaire pour tenter de les convaincre d'avoir une relation sexuelle non protégée, leur laissant peu d'options pour contre-argumenter.

Les personnes participantes expliquent ne pas pouvoir consentir aux relations sexuelles de manière libre et enthousiaste, se sentant contraintes par les exigences de leur partenaire, qui agit comme si « tout lui était dû ». Pour parvenir à ses fins, ce dernier a recourt à la violence psychologique, à des menaces physiques, à un contrôle sur les fréquentations et les déplacements de la personne participante. Le pouvoir relationnel est entièrement détenu par le partenaire intime, laissant peu ou pas de marge de manœuvre aux jeunes pour faire valoir leurs choix contraceptifs. Les personnes participantes expriment

un sentiment d'impuissance et développent une hypervigilance lors des relations sexuelles, en plus d'une méfiance envers les hommes et les futures rencontres amoureuses.

Ce type de comportement a été décrit par 12 des 17 participantes du volet qualitatif, et par 8,3 % des répondant.es dans le volet quantitatif. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que le volet qualitatif a davantage interpellé des personnes ayant vécu des situations de coercition explicite, tandis que le volet quantitatif repose sur un échantillon de convenance incluant des personnes ayant vécu ou non de l'IC.

8.2.3 Entre obstruction et coercition : autonomie contraceptive en péril dans un contexte de contrôle coercitif

Ce dernier ensemble présente des stratégies de contrôle telles que décrites dans la section précédente, en plus d'inclure des actes de violence physique et sexuelle. Les comportements d'IC recensés sont le refus catégorique de l'usage du condom, la pénétration sans condom non consentie, le retrait non consensuel du condom et l'arrêt imposé de la contraception. À ceux-ci s'ajoutent des agressions physiques (p. ex., gifles, coups, destruction d'objets à proximité) et de restrictions imposées sur les déplacements ou sur les choix de vie. Ainsi, le partenaire est contrôlant et limite les sorties avec les ami.es de différentes façons, notamment en imposant une visite au cours de la soirée sous divers prétextes, obligeant la personne participante à rester chez elle pour l'attendre. Il peut également obliger la jeune à attendre qu'il vienne la chercher à la sortie de l'école, plutôt que de prendre l'autobus ou le métro. De fait, toutes les décisions que la personne participante pourrait prendre doivent être approuvées ou validées par son partenaire, dans une tentative de prévenir les réactions violentes.

L'attitude du partenaire intime est dominante et autoritaire. Dans ces situations, aucune forme de consentement n'est présente, tant en ce qui concerne la sexualité (moment et fréquence des relations sexuelles, utilisation ou non de la contraception) que les autres sphères de vie (activités sociales, parcours scolaire). Ce contrôle crée un climat de peur où les jeunes ont le sentiment de devoir répondre aux exigences de leur partenaire intime, par crainte de représailles.

Trois participantes du volet qualitatif, ainsi que 18 % des personnes ayant participé au volet quantitatif, ont rapporté ce type de situations. Les items de l'échelle quantitative

incluent ces actions: prétendre de mettre un condom sans le faire avant la relation sexuelle, retirer le condom sans consentement, éjaculer à l'intérieur du vagin sans consentement et ne pas se retirer avant l'éjaculation malgré l'entente préalable. La littérature rapporte des taux de prévalence similaires, en particulier en ce qui concerne le retrait non consensuel du condom avec un partenaire sexuel occasionnel, se situant entre 9,3 % et 18,9 % (Boadle et al., 2020; Bonar et al., 2019; Czechowski et al., 2019). À cet effet, d'autres études sont nécessaires pour déterminer si l'occurrence de ces comportements varie en fonction de l'engagement romantique ou non envers le partenaire intime.

8.3 Interférence contraceptive au prisme de l'équité en santé sexuelle

De manière générale, tant les résultats qualitatifs que quantitatifs illustrent que l'IC réduit, voire empêche, l'autonomie contraceptive, qui est l'une des pierres angulaires de l'équité en santé sexuelle (Senderowicz, 2020). Cette équité suppose que chacun.e a l'opportunité d'atteindre son plein potentiel en santé, notamment en étant en mesure de prendre, librement et sans coercition, des décisions éclairées en matière de santé sexuelle. L'IC fragilise la possibilité, pour les femmes et les personnes trans et non binaires, de prendre des décisions libres et éclairées sur la contraception utilisée en couple (Katz & Sutherland, 2020). L'exercice de leur droit au regard de leur intégrité corporelle est impacté, ce qui renforce des inégalités systémiques entre les genres.

Cette atteinte est genrée puisqu'elle affecte principalement les personnes avec un utérus, qui s'exposent à un risque de grossesse non désirée dans le cadre de relations intimes avec des hommes (Tarzia & McKenzie, 2024). Qui plus est, l'IC renforce l'idée selon laquelle la responsabilité contraceptive incomberait uniquement aux femmes et aux personnes trans et non binaires susceptibles de devenir enceint.es. En exerçant une pression ou en imposant une relation sexuelle non protégée, les hommes se déchargent de leur part de responsabilité en matière de prévention des ITS ou de grossesses non désirées (Lévesque, Toupin, et al., 2024).

Les situations d'IC s'inscrivent dans des normes sociales traversées par l'idée d'une domination masculine, où les scripts sexuels sont renforcés en valorisant la satisfaction sexuelle masculine au détriment de la sécurité et du bien-être de l'autre partenaire (Edwards et al., 2024; Exner-Cortens et al., 2023). Cette domination masculine contribue également

à restreindre, pour l'autre partenaire, les possibilités d'exprimer ses limites et ses besoins. Ainsi, l'IC s'articule souvent dans des contextes intimes marqués par du contrôle coercitif, de la manipulation ou de l'intimidation (Gómez-Durán & Martin-Fumadó, 2024; Katz & LaRose, 2018).

Les conséquences sur la santé, la sexualité et l'intimité affectent de façon disproportionnée les femmes et les personnes trans et non binaires. Ces personnes peuvent vivre une grossesse non désirée, une fausse couche ou un avortement, mais également des impacts psychologiques et émotionnels associés au sentiment de perte de contrôle sur son autonomie contraceptive (Decker et al., 2021). Peu importe l'issue de la grossesse, les impacts émotionnels, sociaux, scolaires et professionnels peuvent être considérables. L'ensemble de ces éléments contribue à renforcer des inégalités sociales de santé liées au genre déjà existantes, auxquelles peuvent s'ajouter des barrières d'accès aux soins, notamment en raison de la crainte de subir des préjugés ou de la discrimination de la part des professionnel.les de la santé (M. J. Decker et al., 2021; El-Mowafi et al., 2021).

Les déterminants sociaux de la santé sexuelle et reproductive sont aussi concernés par l'IC. Ceux-ci incluent des facteurs individuels, interpersonnels et sociopolitiques (Organisation mondiale de la santé, 2025; UNESCO, 2023). L'IC affecte les facteurs individuels en altérant la capacité des jeunes à mettre en œuvre leurs choix contraceptifs dans le cadre de leurs pratiques sexuelles. Même lorsqu'iels souhaitent avoir recours à des pratiques sexuelles protégées, leur autonomie peut être entravée par un partenaire qui impose ses préférences. Cela augmente les risques de contraction d'ITS, en plus de générer des répercussions importantes sur le bien-être, se traduisant par une augmentation de l'anxiété, de la peur et de l'appréhension face à de futures relations intimes.

En ce qui concerne les facteurs interpersonnels, les données révèlent que les normes sociales genrées et les valeurs liées à la sexualité et aux relations intimes structurent les situations d'IC. Ces normes sociales genrées produisent des inégalités qui, dans le cas de l'IC, participent à renvoyer la responsabilité contraceptive majoritairement aux femmes et aux personnes trans et non binaires qui ont un utérus (Caddy et al., 2023; Lévesque, Toupin, et al., 2024). La socialisation genrée, où des rôles sociaux spécifiques sont attendus entre les hommes et les femmes, contribue à renforcer ces attentes, en dictant les attitudes et les comportements qui devraient être adoptés par les femmes et les personnes trans et non

binaires (Kimport, 2018). Dans le volet qualitatif, plusieurs personnes participantes ont rapporté avoir fait preuve de vigilance pour éviter de contrarier leur partenaire intime, en tentant de préserver la relation, malgré les nombreux impacts qu'elle provoque sur leur santé et leur bien-être. Cela renvoie au travail émotionnel, où une attitude empathique et de compassion fait partie des attentes projetées sur les personnes socialisées comme filles en contexte de relation hétérosexuelle en particulier (Donovan & Hester, 2011; Korkmaz, 2021). Par ailleurs, face à l'insistance du partenaire, plusieurs participant.es expliquent avoir renoncé à défendre leurs besoins. Certain.es finissent par remettre en question la légitimité de leurs demandes, ce qui les convainc de cesser de tenter d'argumenter avec leur partenaire. Elles finissent par conclure que leur partenaire est celui qui détient le dernier mot, conformément aux rôles de genre traditionnels qui attribuent la prise de décision qui concerne le couple aux hommes (Caddy et al., 2023).

Cela n'est pas étranger à la notion de masculinité hégémonique, qui a été réfléchie au regard de la prise de décision en matière contraceptive dans un article ayant sondé 44 hommes universitaires aux États-Unis (Dalessandro et al., 2019). Cette notion implique de considérer les inégalités de pouvoir entre les genres comme normales et attendues (Messerschmidt & Messner, 2018). Dans le contexte de la santé sexuelle et reproductive, cela se traduit par la possibilité, pour les hommes, de se désengager entièrement des décisions contraceptives, en adhérant à l'idée que la contraception relève exclusivement de la responsabilité des femmes. Cela peut également se manifester par la priorisation de leur propre plaisir sexuel – une posture conforme à une masculinité hégémonique qui considère comme légitime le fait de privilégier ce plaisir au détriment de la sécurité et de la santé de leur partenaire (Dalessandro et al., 2019).

Les données de cette thèse permettent de comprendre l'IC non pas uniquement comme un enjeu interpersonnel, mais également comme le reflet de rapports de pouvoir inscrits dans des structures systémiques qui façonnent les relations hétérosexuelles. Les situations d'IC engendrent un coût économique non négligeable lorsque les personnes tentent de maintenir ou de retrouver leur autonomie contraceptive. Celui-ci inclut l'achat de contraceptifs, mais également le temps et l'énergie investis pour se renseigner sur la méthode contraceptive la plus appropriée, consulter un médecin pour obtenir une prescription, se déplacer à la pharmacie et assumer les frais associés. À ces coûts s'ajoutent

ceux liés au dépistage d'ITS, à l'achat d'un test de grossesse ou de la contraception orale d'urgence et à la prise de rendez-vous pour un avortement. Or, ces responsabilités sont généralement assumées uniquement par la personne qui a subi l'IC, et non par celle qui en est l'auteur (Campbell et al., 2019), contribuant ainsi à accroitre les inégalités sociales de santé. Ces démarches s'inscrivent aussi dans un contexte économique défavorable, où le coût de la vie a nettement augmenté dans les dernières années au Canada. En effet, selon l'indice des prix à la consommation, qui mesure l'inflation, le Canada connait une hausse du coût de la vie observée depuis 2021 (Statistique Canada, 2025). Ainsi, les personnes en situation de précarité économique peuvent rencontrer des difficultés accrues dans le maintien de leur santé sexuelle et reproductive, en particulier dans les contextes d'IC.

Les facteurs sociopolitiques incluent, quant à eux, l'accessibilité liée aux soins de santé et à la qualité des soins. Les résultats démontrent que les différentes répercussions sur le bien-être et la santé mentale peuvent décourager les personnes ayant subi de l'IC à avoir recours à des services offrants des soins de santé. Plusieurs ont rapporté avoir eu de la difficulté à identifier les gestes subis comme étant violents ou coercitifs. Cette difficulté est bien documentée dans la littérature portant sur la reconnaissance de la violence, qui met en évidence des mécanismes tels que la minimisation de la gravité des actes ou la responsabilisation pour les gestes subis (Harned, 2005; Hlavka, 2014; LeMaire et al., 2016; Rousseau, 2019). Ce faisant, elles hésitaient à consulter des services de soutien. Les personnes qui ont des identités marginalisées, comme les personnes racisées, trans et non binaires, peuvent éviter de consulter des services de santé, de crainte de revivre des situations de racisme, de transphobie et d'homophobie (Prather et al., 2016; Rosenberg et al., 2021). Cela participe à creuser les inégalités sociales de santé entre les groupes au sein de la population. Comprendre l'IC dans une perspective d'équité en santé permet ainsi de dégager des pistes concrètes pour offrir des services de santé et des interventions mieux adaptés, plus sensibles et plus équitables.

8.4 Pistes conceptuelles à approfondir

Les résultats de cette thèse soulèvent plusieurs questions et pistes de réflexion qui méritent d'être nommées afin de faire l'objet d'études ultérieures. Deux éléments

principaux structurent ces réflexions : la question de l'intention et celle du contexte relationnel.

8.4.1 Intention de l'auteur des comportements d'IC

La littérature distingue généralement l'IC de la CR à partir de l'intention attribuée à l'auteur des gestes. Une intention reproductive – soit celle de provoquer ou d'empêcher une grossesse – permet de classifier les comportements comme relevant de la CR. Dans ces cas, l'intention est souvent explicite, notamment lorsqu'il est question d'imposer la poursuite ou l'interruption d'une grossesse. En ce sens, des chercheures suggèrent de questionner systématiquement l'intention perçue à l'aide d'une sous-question suivant chaque item comportemental associé à l'IC (Grace et al., 2022). Bien que cette approche puisse contribuer à une plus grande précision conceptuelle et empirique, elle me semble poser des limites importantes, et ce, pour trois raisons principales.

Premièrement, interpréter l'intention derrière les gestes subis n'est ni simple ni évident, tel que le dénotent Grace et collègues (2022). Les entretiens qualitatifs révèlent que les personnes participantes peinent à comprendre ce qui a motivé leur partenaire intime à interférer avec leurs choix contraceptifs. Certaines avancent que leur partenaire recherchait un plaisir sexuel accru, mais elles ne sont pas certaines de cette interprétation. Elles expriment parfois de l'empathie à son égard, allant jusqu'à adopter une autre méthode contraceptive pour l'accommoder, souvent au prix d'effets secondaires. Plusieurs ont aussi tendance à banaliser, minimiser ou rationaliser les comportements subis, comme cela est fréquemment observé dans les contextes de violence sexuelle (Cleere & Lynn, 2013; Johnstone, 2016; Rousseau et al., 2020). La reconnaissance de la violence est un processus graduel et complexe, pouvant être freinée par le désir de protéger le partenaire, par des sentiments de culpabilité ou par la recherche de sens à travers les difficultés vécues par ce dernier (ex. : santé mentale, difficultés familiales). Centrer l'analyse sur l'intention risque ainsi d'alimenter des mécanismes de justification ou d'ajustement à la violence (Grace et al., 2022). Il apparaît donc périlleux de fonder une analyse sur l'intention, alors même que celle-ci est difficile à évaluer et qu'elle s'inscrit dans un processus de reconnaissance souvent long et non linéaire.

Deuxièmement, indépendamment de l'intention du partenaire, les comportements d'IC ont des conséquences directes et tangibles sur la santé sexuelle et reproductive. Par exemple, même si un auteur d'IC n'avait pas l'intention de provoquer une grossesse en forçant le recours au retrait avant l'éjaculation, des risques de grossesse non désirée et d'ITS sont présents. Ainsi, peu importe l'intention perçue, qui peut d'ailleurs être teintée des stratégies de manipulation et de contrôle du partenaire intime, les comportements d'IC et leurs conséquences demeurent les mêmes.

Troisièmement, l'accent mis sur l'intention reproductive tend à restreindre l'analyse à des contextes hétérosexuels. Cela met de côté les expériences d'IC vécues par les couples de la diversité sexuelle et de genre, ou encore des couples hétérosexuels infertiles. L'exploration de l'IC doit s'éloigner d'une compréhension principalement axée sur les risques de grossesse, car elle n'y est pas centrale de la même façon qu'elle peut l'être dans les situations de CR. Par exemple, dans un couple lesbien, l'IC peut survenir si l'une des partenaires souhaite utiliser une méthode barrière et que l'autre interfère avec celle-ci, sans consentement. Cela pourrait prendre la forme de résistance à l'usage du carré de latex ou de son retrait pendant la relation sexuelle. Ainsi, bien que le potentiel de grossesse soit absent, ces comportements renvoient à de l'IC, ou plus spécifiquement, à de l'interférence prophylactique.

Cela étant, il demeure nécessaire de distinguer les différentes formes de violence afin d'éviter de les amalgamer, ce qui contribuerait à invisibiliser leurs spécificités. Les stratégies utilisées pour imposer ou empêcher une grossesse sont, par nature, différentes de celles documentées dans cette thèse. Elles relèvent de mécanismes de contrôle distincts, s'inscrivant dans des contextes relationnels eux aussi différents. En écartant la centralité de l'intention, il devient pertinent d'explorer d'autres dimensions, telles que le contexte relationnel et la présence d'autres formes de violence.

8.4.2 Contexte relationnel

Le contexte relationnel apparait déterminant pour comprendre l'IC et la distinguer de construits apparentés. De façon similaire aux études de Katz et Sutherland (2020) et Katz et LaRose (2018), les résultats de cette thèse démontrent que l'IC peut survenir sans autres formes explicites de coercition, mais s'inscrit plus fréquemment dans des contextes

de violence sexuelle et/ou de violence entre partenaires intimes. Ce constat remet en question la proposition de Tarzia et Hegarty (2021), selon laquelle la CR serait associée à un climat de peur et de contrôle, tandis que l'IC serait davantage liée à un manque de respect ou à de l'égoïsme. Les résultats présentés ici révèlent que l'IC peut également s'inscrire dans un contexte relationnel marqué par le contrôle coercitif. Il importe alors d'examiner les stratégies de pouvoir déployées pour restreindre ou empêcher l'usage souhaité de la contraception.

À cet égard, je rejoins Tarzia et Hegarty (2021) sur la nécessité de distinguer les différentes formes de violence, en lien avec l'usage de la contraception. Par exemple, ces autrices citent une étude de Grace et collègues (2020) en stipulant que des items tels que le suivant – « *Have you prevented a pregnancy by using emergency contraception or ended a pregnancy using other methods, and did not tell your partner about it because you were afraid of your partner?* » – ne mesurent pas la CR, mais la violence entre partenaires intimes. Ce même type de prudence doit être appliquée lorsqu'il est question de mesurer l'IC.

Enfin, un autre aspect du contexte relationnel pouvant être approfondi est la question du désir de parentalité. Dans le cadre de cette thèse, et probablement en raison de l'âge des personnes participantes, cette question ne faisait pas partie des discussions du couple et ne faisait pas partie des motivations perçues pour expliquer les comportements d'IC. Explorer cette dimension pourrait permettre de mieux distinguer les contextes de CR de ceux d'IC, sans nécessairement centrer l'analyse sur l'intention perçue de l'auteur.

8.5 Proposition d'une définition opérationnelle de l'interférence contraceptive et prophylactique

Les résultats obtenus dans le cadre de cette thèse doctorale, combinés aux propositions issues de la littérature scientifique, m'amènent à proposer la définition suivante de l'IC, qui met au cœur de sa compréhension les perspectives féministes mobilisées, ainsi que les principes d'équité en santé :

> L'interférence contraceptive ou prophylactique désigne un ensemble de comportements visant à dissuader, limiter ou empêcher l'usage souhaité de contraceptifs hormonaux ou de méthodes barrières dans le cadre d'une relation

intime. Ces comportements peuvent survenir de manière isolée ou s'inscrire dans un contexte plus large de violence entre partenaires intimes, incluant de violence sexuelle. Ces comportements renforcent le pouvoir relationnel exercé par l'auteur d'IC, restreignant ainsi l'exercice de l'autonomie contraceptive des personnes qui les subissent. L'IC est facilitée par des contextes systémiques, notamment la socialisation genrée qui attribue la charge contraceptive aux personnes susceptibles de devenir enceintes, ainsi que les rapports de pouvoir basés sur le genre qui légitiment le contrôle des hommes sur les femmes et les personnes trans et non binaires.

8.6 Forces et limites

Les résultats obtenus dans le cadre de cette thèse sont novateurs à plusieurs égards. Ils contribuent à la clarification conceptuelle de l'IC, à sa documentation empirique auprès d'adultes émergents, ainsi qu'à l'élaboration d'une échelle dédiée à sa mesure.

D'abord, cette recherche propose une avancée significative dans la compréhension de l'IC, en la distinguant d'autres contextes de violence en contexte intime, notamment de la CR et de la violence sexuelle. Jusqu'à présent, la littérature scientifique abordait majoritairement l'IC à partir des ancrages de la CR, ce qui limitait la portée théorique et empirique du phénomène. Bien que cette recherche soit de nature exploratoire, elle pose les jalons d'une conceptualisation affinée de l'IC, appuyée sur des données empiriques qualitatives et quantitatives. Celle-ci est également éclairée par les apports théoriques mobilisés, à savoir une lecture ancrée dans les rapports de pouvoir basés sur le genre, au sein desquels des formes de contrôle coercitif peuvent être observées. Cette analyse s'est accompagnée d'une attention portée sur les scripts sexuels et les effets de la socialisation genrée, en particulier sur les attentes relationnelles et sexuelles imposées aux femmes, aux personnes non binaires et aux hommes trans. Des comportements de domination masculine peuvent aussi être identifiés et ceux-ci s'expriment notamment par des stratégies de contrôle où le partenaire intime s'autorise à imposer des comportements (p. ex., relation sexuelle sans condom), en considérant que ces « gains » lui sont dus (p. ex., augmentation du plaisir sexuel) (Closson et al., 2024).

Ensuite, cette thèse contribue de manière originale à l'exploration du phénomène en portant spécifiquement sur les expériences vécues par les adultes émergents – une population peu sondée dans les études sur l'IC. Pourtant, ces personnes se trouvent à un stade développemental charnière où iels négocient leurs propres besoins et limites en matière de sexualité, d'intimité et de contraception (Pearson, 2018). La théorie des scripts sexuels s'est révélée utile pour comprendre les normes genrées mobilisées dans ces contextes, où les femmes, les personnes trans et non binaires sont souvent amenées à se conformer aux attentes des partenaires masculins (Cullen et al., 2023). Si certain.es participant.es ont d'abord intériorisé ces normes, plusieurs les ont progressivement remises en question, en constatant qu'elles assignaient de façon inégale la responsabilité contraceptive. Cela s'inscrit en cohérence avec les scripts sexuels féminins traditionnels, où l'expression du désir et du plaisir sexuel sont relégués au deuxième plan, après ceux des hommes (Simon & Gagnon, 1986). Les personnes rencontrées dans le cadre de cette thèse partagent percevoir de façon critique ces normes, ce qui les amène à réaffirmer leur droit de bénéficier, iels aussi, d'une sexualité satisfaisante et sécuritaire, où leurs limites et leurs besoins sont respectés. À ma connaissance, il s'agit de la première étude canadienne s'intéressant spécifiquement à l'IC vécue par des adultes émergents dans des contextes de relation intime.

Enfin, l'élaboration d'une échelle centrée sur les comportements d'IC constitue une contribution clé de cette thèse. Il s'agit de la première proposition d'échelle présentant des items d'IC, élaborés à partir de la littérature scientifique et des données qualitatives de cette thèse. En plus de documenter l'interférence liée à l'usage du condom, cette échelle permet de sonder d'autres méthodes contraceptives et prophylactiques pouvant être ciblées par ce type de violence. Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire soutiennent une solution à trois facteurs, avec des qualités psychométriques satisfaisantes. Cette échelle représente ainsi un premier effort méthodologique visant à mesurer cette forme spécifique de violence portant atteinte à l'autonomie contraceptive.

Cette recherche doctorale comprend également des limites, ici plus générales et réflexives que celles discutées précédemment dans les articles. Pour le volet qualitatif, plusieurs autres angles de recherche auraient pu être investis, mais ne l'ont pas été. L'un des éléments soulevés à quelques reprises dans les entretiens, mais qui n'a pas fait l'objet

d'une analyse approfondie, concerne la perception de soi et le discours interne à la suite de situations d'IC. Certaines participantes se sont autocritiquées quant à leurs réactions, exprimant un sentiment de ne pas avoir été assez « forte » pour nommer leurs limites : « *J'étais pas assez forte genre pour tenir mon point* » (P3). D'autres ont exprimé ne pas s'être suffisamment affirmées : « *Je dois mettre mes limites, parce que sinon, avant je mettais pas mes limites, pis je pense, c'est pour ça que j'ai eu des problèmes avec des gars. Avant ça, c'est que, j'arrivais pas à dire non.* » (P2); « *J'ai toujours eu un peu de misère à m'affirmer en termes de sexualité […] j'l'aimais trop pour arriver à m'affirmer.* » (P13). Ces extraits m'interpellent et me questionnent quant au discours sous-jacent : s'attribuent-elles une part de responsabilité pour les comportements subis? Ce type de propos fait écho à ceux que j'ai analysés dans le cadre de mon mémoire de maîtrise, à partir des données de l'Enquête Sexualité, Sécurité et Intimité en Milieu Universitaire (ESSIMU), portant sur la reconnaissance de la violence sexuelle (Rousseau, 2019). Travailler cette question aurait pu offrir un éclairage supplémentaire sur la façon dont est perçue et reconnue l'IC chez les personnes qui la subisse.

Un autre aspect que j'aurais souhaité approfondir davantage est l'effet de la situation socioéconomique sur les situations d'IC et leurs conséquences. Cela aurait permis d'adopter une lecture systémique de l'IC, conjugué à l'équité en santé, alors que cette dernière est tributaire de conditions matérielles et sociales pouvant la faciliter ou la complexifier. Une seule participante a mentionné avoir vécu des périodes de précarité financière l'empêchant de se procurer des condoms. L'enjeu financier était un élément central lié à la survenue de l'IC, alors que le partenaire intime en profitait pour réitérer que l'achat de condoms n'était pas nécessaire puisqu'elle avait accès à la pilule contraceptive, moins coûteuse grâce à son assurance. Or, la pilule lui causait plusieurs effets secondaires qu'elle cherchait à éviter. Cette situation n'est pas suffisante pour en dégager une interprétation solide. De plus, alors que l'ensemble de l'échantillon réside dans la région métropolitaine de Montréal, il serait pertinent de s'interroger sur l'influence du lieu de résidence sur les conséquences de l'IC. En effet, vivre en milieu rural ou éloigné peut compliquer l'accès aux services de santé en raison de la distance, du manque de transport (actif, collectif ou individuel) et des coûts associés. Ces barrières supplémentaires, bien que non explorées ici, mériteraient d'être étudiées dans de futures recherches, car

l'environnement bâti peut constituer un frein important à la reprise de son autonomie contraceptive.

Enfin, l'homogénéité des parcours de scolarisation constitue une limite de cette recherche. Toutes les personnes rencontrées suivaient une formation académique, ce qui s'explique par les lieux de recrutement investis, soit les cégeps. Les tentatives de recrutement dans les milieux communautaires n'ont pas permis d'atteindre les adultes émergents hors du système scolaire. Il est documenté que la scolarisation joue un rôle important en ce qui a trait à la prévention des violences entre partenaires intimes (Makleff et al., 2020), de même qu'à la promotion de la santé sexuelle et reproductive (Loureiro et al., 2021; Mason-Jones et al., 2016). J'aurais ainsi souhaité inclure des personnes ayant des parcours de (non)scolarisation variés afin de mieux comprendre l'influence possible de la scolarisation sur l'expérience d'IC. Il n'a donc pas été possible de documenter l'IC au regard de ce déterminant social de la santé.

En ce qui concerne le volet quantitatif, le nombre de personnes participantes a seulement rendu possible la réalisation d'une analyse factorielle exploratoire. Avec un échantillon plus large, une analyse factorielle confirmatoire aurait pu être menée. En ce sens, d'autres études seront nécessaires pour poursuivre l'exploration factorielle de la nouvelle échelle proposée dans le cadre de cette thèse. Qui plus est, d'autres items renvoyant à l'ensemble des méthodes de contraception et prophylactiques disponibles au Canada pourraient être ajoutés pour peaufiner l'exploration du phénomène.

Dans les deux volets, les résultats ne sont pas représentatifs de la population générale, alors qu'ils sont tous deux issus d'échantillons de convenance. Cela signifie que seules les personnes intéressées et volontaires ont participé à la recherche. Ainsi, il est possible de croire que certaines caractéristiques individuelles peuvent être partagées entre les personnes participantes, dont une plus grande aisance à discuter de sexualité et d'intimité. Pour ces raisons, les résultats des volets qualitatifs et quantitatifs ne peuvent être considérés comme étant généralisables à l'ensemble de la population.

8.7 Implications pour la pratique

Les résultats de cette thèse soulignent l'importance d'optimiser les pratiques d'intervention en santé et dans les services sociaux, ainsi que dans les contenus d'éducation à la sexualité.

Du côté de l'intervention, les résultats révèlent que les jeunes ont eu recours à différents services en santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des services de soutien en santé mentale. De fait, iels ont été en contact avec plusieurs professionnel.les de la santé et des services sociaux, notamment des pharmacien.nes, des infirmières, des psychologues et des intervenant.es psychosociaux. Comme l'IC demeure méconnue, ces professionnel.les pourraient bénéficier de contenus de formation spécifiques sur cette problématique, afin de leur permettre de mieux reconnaitre ces situations de violence et d'intervenir en cohérence avec les principes de soins sensibles au trauma (Lévesque, Rousseau, Raynault-Rioux, et al., 2023; Purkey et al., 2018). Cette approche, qui présente des résultats prometteurs, encourage l'adoption d'un regard critique sur les barrières systémiques pouvant être rencontrées et sur les effets du trauma sur le fonctionnement d'un individu (Gagné et al., 2023). Combinée à une compréhension approfondie des comportements de violence et des contextes associés, elle favoriserait une plus grande clarté dans les interventions, ce qui permet de mieux répondre aux besoins des jeunes (Thaller & Messing, 2015). Concrètement, une intervention rapide pourrait être envisagée, par exemple lors d'un recours à la contraception orale d'urgence, afin d'évaluer si la situation découle d'un échec accidentel à la contraception ou d'un contexte d'IC. En ce qui concerne les interventions cliniques, une exploration du contexte relationnel pourrait être proposée, en s'intéressant notamment à la présence de rapports de pouvoir basés sur le genre. Un soutien clinique adapté, répondant adéquatement aux besoins, pourrait ensuite être offert.

Des stratégies de prévention mériteraient également d'être réfléchies, notamment dans les contenus d'éducation à la sexualité, afin de prévenir la violence dans les relations amoureuses et de déconstruire les rôles de genre associés à la responsabilité contraceptive. Cela inclut également l'élargissement de notre compréhension des facteurs de risques liés à la contraction des ITS, en incluant les comportements qui échappent au contrôle des femmes, des personnes trans et non binaires et qui pourtant, les exposent de façon importante à des risques pour leur santé sexuelle et reproductive (Silverman et al., 2011).

Dans le cadre de cette thèse, le partenaire intime auteur d'IC devient un facteur déterminant quant à la possibilité d'exercer son autonomie contraceptive. En ce sens, il est nécessaire de réitérer l'importance de respecter les choix contraceptifs de son ou sa partenaire intime, afin d'avoir une sexualité sécuritaire (VanderDrift et al., 2013).

Puisque l'IC s'inscrit dans des rapports de pouvoir genrés, ces contenus devraient particulièrement s'adresser aux garçons et jeunes hommes, qui sont nombreux à rapporter résister à l'usage du condom et à recourir à diverses stratégies pour éviter son utilisation (Davis, Stappenbeck, et al., 2014; Wegner et al., 2017). Il y a une pertinence à discuter de ce type de comportements, d'en illustrer les conséquences et de montrer comment le respect des décisions contraceptives de l'autre peut contribuer à un plaisir sexuel partagé (Chen, Kirwan, et al., 2024). Ces jeunes pourraient être invités à reconnaitre les comportements violents qu'ils ont pu adopter, à en assumer la responsabilité, et à s'engager à ne plus les reproduire. Cela implique également d'assumer leur part dans la responsabilité contraceptive, qui bénéficie aux deux partenaires.

Les contenus d'éducation à la sexualité devraient aussi inclure des notions de plaisir sexuel et de bien-être relationnel, tel que reconnu dans les critères de qualité du *Sex Information & Education Council of Canada* (SIECCAN) (2024). Ce type de contenu permet aux jeunes de développer des repères positifs pour choisir un partenaire intime et décider de poursuivre, ou non, la relation intime. Il s'agit d'ailleurs de l'un des thèmes que les jeunes souhaitent le plus aborder, selon une étude menée auprès de 3 551 Canadien.nes âgé.es de 16 à 24 ans (SIECCAN, 2024). Ainsi, en plus de sensibiliser aux comportements d'IC, il est pertinent d'enseigner ce qu'est une relation harmonieuse, les sentiments de sécurité et de confiance qu'elle peut procurer, ainsi que la notion de consentement libre, éclairé et enthousiaste. Tel que le remarque Byron (2017), la négociation de stratégies pour favoriser une santé sexuelle chez les jeunes passe par l'intimité sexuelle et amicale cultivée entre les partenaires. L'usage du condom, par exemple, est influencé par la confiance mutuelle et la complicité présentes dans le couple. Il note l'observation d'une participante à ce sujet : « *Lily, in particular, reflects on how friendship intimacies allow easier integration of condom use and a heightening of sexual pleasure. Tactics discussed by Lily – for condom use and partner assessment– could feature in formal health promotion to better support young people's plural agendas for safety.* » (p. 344). En mettant l'accent sur

des relations intimes saines, les jeunes sont mieux outillé.es pour exercer leur autonomie contraceptive sans crainte de représailles, tout en favorisant une plus grande satisfaction relationnelle et sexuelle (Scull et al., 2018).

Tel que l'illustrent les résultats qualitatifs et quantitatifs, les situations d'IC peuvent être vécues par les personnes trans et non binaires. Il importe, dans les efforts d'éducation à la sexualité, de s'éloigner d'une perception hétéronormative de la sexualité et d'une binarité homme-femme (Riggs & Bartholomaeus, 2018). Par exemple, un participant trans de cette étude ne savait pas s'il pouvait prendre la pilule contraceptive tout en recevant de la testostérone ni si cette hormone le rendait infertile. Les professionnel.les de la santé consulté.es n'avaient pas de réponse, et les contenus d'éducation sexuelle obligatoires reçus n'abordaient pas la santé des personnes trans et non binaires. Ces lacunes sont inacceptables si l'on souhaite assurer une réelle équité en santé sexuelle et reproductive[11]. Les expériences et besoins des personnes trans et non binaires doivent être pleinement intégrés aux contenus éducatifs afin de fournir une information complète et inclusive.

8.8 Implications pour la recherche

Cette thèse présente plusieurs forces, à commencer par la population ciblée. En effet, les résultats contribuent à combler des écarts identifiés dans la littérature, notamment en explorant l'IC auprès de jeunes en relation intime engagée, c'est-à-dire d'une durée de trois mois ou plus. Les études sur l'IC se penchent majoritairement sur une population adulte, universitaire, cisgenre et hétérosexuelle, en contexte de relation intime occasionnelle (p. ex., relation d'un soir) (Bergmann & Stockman, 2015; Boadle et al., 2020; Katz & LaRose, 2018; Katz & Sutherland, 2020; Willie et al., 2021). Ici, les résultats

[11] Des initiatives et cliniques communautaires spécialisées dans les soins de santé aux personnes trans et non binaires mettent à disposition des ressources sur les possibles interactions entre la thérapie hormonale et la contraception, la fertilité et la prévention des ITS. Je pense notamment à *Jeunes identités créatives – Gender Creative Kids Canada*, qui a contribué à la réalisation d'un arbre décisionnel au sujet de la préservation de la fertilité (https://arbredecision.ca/accueil/) et la clinique *Centretown Community Health Centre*, à Ottawa, qui offre une panoplie de soins de santé spécialisés. Des guides destinés à accompagner les professionnel.les de la santé sont aussi disponibles, comme le *Sherbourne's Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients* réalisé par Rainbow Health Ontario (2023).

révèlent des contextes spécifiques à cette période développementale, marquée entre autres par la prévalence de la violence dans les relations amoureuses des jeunes (*youth intimate partner violence*), qui se distingue à certains égards de celle observée chez les adultes.

Le volet qualitatif a permis une exploration approfondie de l'IC, en mettant en lumière les rapports de pouvoir présents et les répercussions générées sur la santé, la sexualité et l'intimité des jeunes ayant subi ces comportements. À notre connaissance, cette étude constitue l'une des premières explorations qualitatives de l'IC auprès de jeunes en relation intime ; elle ouvre ainsi la voie à de futures recherches qui gagneraient à examiner plus systématiquement l'IC dans des contextes marqués par la VPI, incluant la violence sexuelle.

Sur le plan quantitatif, cette thèse propose une première échelle de mesure spécifiquement consacrée à l'IC. Alors que cette échelle a fait l'objet d'une analyse factorielle exploratoire, des études supplémentaires sont nécessaires pour en tester la validité auprès d'un échantillon plus large et diversifié, ainsi que pour procéder à une analyse factorielle confirmatoire. Cette mesure permet de documenter une diversité de comportements relevant de l'IC qui n'étaient pas captés dans les études s'appuyant sur des échelles de coercition reproductive en en retirant la mention d'intention reproductive. En ce sens, cette thèse contribue à préciser les paramètres conceptuels et opérationnels du phénomène de l'IC, tout en proposant des pistes d'exploration pour l'approfondissement des connaissances et le développement de stratégies de prévention et d'intervention adaptées.

CHAPITRE 9 – CONCLUSION

La réalisation de cette thèse poursuivait l'objectif général de mieux comprendre ce qu'est l'interférence contraceptive (IC), notamment en examinant les façons dont elle se manifeste dans les relations intimes et les conséquences qu'elle pose sur la santé, la sexualité et l'intimité. Il s'agissait également d'élaborer une échelle de mesure spécifique sur l'IC, afin de mieux mesurer ce phénomène aux frontières d'autres enjeux de violence. La richesse des données recueillies dans le cadre de cette thèse a permis d'approfondir ces questions. Trois contributions principales peuvent être retenues.

Premièrement, la démonstration empirique, tant qualitative que quantitative, contribue à une clarification conceptuelle de l'IC. Je pense notamment aux distinctions plus précises entre les comportements d'IC et ceux relevant du sabotage contraceptif. Dans les contextes d'IC, les réflexions liées à la reproduction ou à la parentalité ne font pas partie des témoignages recueillis dans cette thèse, ce qui suggère néanmoins une piste conceptuelle à explorer davantage. Les situations d'IC peuvent survenir dans des contextes relationnels ne présentant pas de formes explicites de coercition, mais aussi s'inscrire dans des contextes de contrôle coercitif. L'IC peut susciter, pour les personnes qui la subissent, un éventail de réactions allant du découragement à la peur. Un continuum pourrait être élaboré pour mieux catégoriser ses manifestations et ses points de croisement avec d'autres formes de violence parfois insidieuses.

Deuxièmement, une définition opérationnelle de l'IC est proposée, mettant en évidence l'apport des perspectives féministes et de l'équité en santé sexuelle pour comprendre ce phénomène. L'IC constitue ainsi un enjeu de santé publique qui cible spécifiquement les femmes et les personnes trans et non binaires en relation intime avec un homme. Cette définition est une contribution scientifique utile à la délimitation précise du phénomène.

Troisièmement, l'élaboration d'une échelle mesurant les comportements d'IC représente une première étape vers la quantification de ceux-ci. À terme, cette échelle pourrait être perfectionnée et utilisée pour établir des taux de prévalence plus représentatifs. Elle présente le potentiel d'être un outil valide, fiable et adaptable à divers contextes ou populations.

La contraception est un terrain de pouvoir genré. Comme le démontrent les résultats de cette thèse, l'usage du condom est souvent contesté par les hommes, et son usage n'est pas garanti. Les risques pour la santé sexuelle et reproductive peuvent être importants et les préoccupations de santé publique, évidentes. Les décisions et les responsabilités en matière de contraception et de prophylaxie sont traversées par des rapports de pouvoir qui déséquilibrent la négociation équitable de leur usage. En mettant en lumière cette forme de violence encore méconnue, sa reconnaissance et sa contestation s'en trouveront facilité. Des efforts de sensibilisation et d'éducation doivent être envisagés en ce sens pour favoriser la santé sexuelle et reproductive des adultes émergents.

RÉFÉRENCES

Åhäll, L. (2018). Affect as Methodology : Feminism and the Politics of Emotion. *International Political Sociology*, *12*, 36-52. https://doi.org/10.1093/ips/olx024

Aïach, P. (2000). De la mesure des inégalités : Enjeux sociopolitiques et théoriques. In *Les inégalités sociales de santé* (A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang). Édition La Découverte.

Alam, N., & Alldred, P. (2021). Condoms, Trust and Stealthing : The Meanings Attributed to Unprotected Hetero-Sex. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*. https://doi.org/10.3390/ijerph18084257

Allemang, B., Sitter, K., & Dimitropoulos, G. (2022). Pragmatism as a paradigm for patient-oriented research. *Health Expectations*, *25*(1), 38-47. https://doi.org/10.1111/hex.13384

Allen, K. R., Letiecq, B. L., Roberto, K. A., Rosenblatt, P. C., & Wieling, E. (2018). Dialogue About Reflexivity. In *How Qualitative Data Analysis Happens* (Allen, K.R., Letiecq, B.L., Roberto, K.A., Rosenblatt, P.C. & Wieling, E.). Routledge.

Alspaugh, A., Barroso, J., Reibel, M., & Phillips, S. (2020). Women's Contraceptive Perceptions, Beliefs, and Attitudes : An Integrative Review of Qualitative Research. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *65*(1), 64-84. https://doi.org/10.1111/jmwh.12992

Andrews, M., Squire, C., & Tamboukou, M. (2017). *Doing narrative research*. SAGE Publications, Ltd.

Attia, M., & Edge, J. (2017). Be(com)ing a reflexive researcher : A developmental approach to research methodology. *Open Review of Educational Research*, *4*(1), 33-45. https://doi.org/10.1080/23265507.2017.1300068

Ayoola, A. B., Nettleman, M., & Brewer, J. (2007). Reasons for Unprotected Intercourse in Adult Women. *Journal of Women's Health*, *16*(3). https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0210

Bagwell-Gray, M. E. (2019). Women's Healing Journey From Intimate Partner Violence : Establishing Positive Sexuality. *Qualitative Health Research*, *29*(6), 779-795. https://doi.org/10.1177/1049732318804302

Basile, K. C., Smith, S. G., Liu, Y., Miller, E., & Kresnow, M. (2019). Prevalence of Intimate Partner Reproductive Coercion in the United States : Racial and Ethnic Differences. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-18. https://doi.org/10.1177/0886260519888205

Bay-Cheng, L. Y., Maguin, E., & Bruns, A. E. (2018). Who Wears the Pants : The Implications of Gender and Power for Youth Heterosexual Relationships. *The Journal of Sex Research*, *55*(1), 7-20. https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1276881

Beaud, J. P. (2020). L'échantillonnage. In *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (Bourgeois, I. & Gauthier, B.). Presses de l'Université du Québec.

Bergmann, J. N., & Stockman, J. K. (2015). How does intimate partner violence affect condom and oral contraceptive use in the United States? : A systematic review of

the literature. *Contraception*, *91*(6), 438-455. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.02.009

Blaikie, N. (2003). Descriptive analysis – univariate : Looking for characteristics. In *Analyzing Quantitative Data* (Blaikie, N.). Sage Publications, Inc. 10.4135/9781849208604.n4

Blakely, K. (2007). Reflections on the Role of Emotion in Feminist Research. *International Journal of Qualitative Methods*, *6*(2), 59-68. https://doi.org/10.1177/160940690700600206

Boadle, A., Gierer, C., & Buzwell, S. (2020). Young Women Subjected to Nonconsensual Condom Removal : Prevalence, Risk Factors, and Sexual Self-Perceptions. *Violence Against Women*, 1-20. https://doi.org/10.1177/1077801220947165

Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research : A Primer. *Frontiers in Public Health*, *6*(149). https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149

Bonar, E. E., Ngo, Q. M., Philyaw-Kotov, M. L., Walton, M. A., & Kusunoki, Y. (2019). Stealthing perpetration and victimisation : Prevalence and correlates among emerging adults. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(21-22). https://doi.org/10.1177/0886260519888519

Bonnet, T., & Rochedy, A. (2020). De la (re)découverte des affects à l'affectivité limitée : Une ethnographie enrichie par la combinaison méthodologique. *Recherches qualitatives*, *39*(2), 1-14. https://doi.org/10.7202/1073506ar

Boulebsol, C., Cousineau, M.-M., & Lévesque, S. (2025). Les stratégies camouflées de coercition reproductive subies par des femmes en contexte d'intimité. In *Contrôle coercitif. Lois politiques et pratiques en matière de violence conjugale* (Lapierre, S., Côté, I., Frenette, M.). 10.2307/jj.24653183.5

Boulebsol, C., Lévesque, S., & Cousineau, M.-M. (Accepté). Absent, Allies, Accomplices or Perpetrators ? Four Role Types Family Members and In-Laws Play in the Context of Reproductive Coercion. *Journal of Family Violence*.

Boulebsol, C., & Rousseau, C. (2024). Devenir chercheuse ensemble : Expérimenter et investir des espaces de partage comme stratégie de formation complémentaire à la recherche qualitative. In *Former et se former en recherche qualitative. Pratiques et enjeux en tension* (Demazière, D., Morrissette, J. et Dupont-Leclerc, M.-M.). Presses de l'Université Laval.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*, 77-101.

Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic Analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Éds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2 : Research designs : Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. American Psychological Association.

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(4), 589-597. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806

Brodsky, A. (2017). Rape-adjacent : Imagining legal responses to nonconsensual condom removal. *Columbia Journal of Gender and Law*, *32*(2), 183-210.

Brown, M. E. L., & Dueñas, A. N. (2019). A medical science education guide to selecting a research paradigm : Building a basis for better researchers. *Medical Science Education*, *30*(1), 545-553. https://doi.org/10.1007/s40670-019-00898-9

Burgess-Proctor, A. (2015). Methodological and ethical issues in feminist research with abused women : Reflections on participants' vulnerability and empowerment. *Women's Studies International Forum*, *48*, 124-134. https://doi.org/10.1016/j.wsif.2014.10.014

Butler, J. (2007). *Trouble dans le genre : Le féminisme et la subversion de l'identité*. La découverte.

Byron, P. (2017). The intimacies of young people's sexual health and pleasure. *Journal of Youth Studies*, *20*(3), 332-348. https://doi.org/10.1080/13676261.2016.1217319

Caddy, C., Temple-Smith, M., & Coombe, J. (2023). Who does what ? Reproductive responsibilities between heterosexual partners. *Culture, Health & Sexuality*, *25*(12), 1640-1658. https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2173800

Campbell, A. D., Turok, D. K., & White, K. (2019). Fertility Intentions and Perspectives on Contraceptive Involvement Among Low-income Men Aged 25 to 55. *Perspectives on sexual and reproductive health*, *51*(3), 125-133. https://doi.org/10.1363/psrh.12115

Campbell, R., Adams, A. E., Wasco, S. S., Ahrens, C. E., & Sefl, T. (2009). Training interviewers for research on sexual violence : A qualitative study of rape survivors' recommendations for interview practice. *Violence Against Women*, *15*(5), 595-617. https://doi.org/10.1177/1077801208331248

Campbell, R., Adams, A. E., Wasco, S. S., Ahrens, C. E., & Sefl, T. (2010). What has it been like for you to talk with me today?" : The impact of participating in interview research on rape survivors. *Violence Against Women*, *16*(1), 60-83. https://doi.org/10.1177/1077801209353576

Campbell, R., Goodman-Williams, R., & Javorka, M. (2019). A trauma-informed approach to sexual violence research ethics and open science. *Journal of Interpersonal Violence*, *34*(23-24), 4765-4793. https://doi.org/10.1177/0886260519871530

Centres de collaboration nationale en santé publique. (2012). *Que sont les déterminants sociaux de la santé?* NCCPHSDOHFactsheet_FR__May2012.pdf

Chambre des communes Canada. (2023). *L'approche du Canada en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. Rapport du Comité permanent des affaires étrangères et du développement international*. https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/FAAE/Reports/RP12534753/faaerp20/faaerp20-f.pdf

Chen, W., Hammett, J. F., Kirwan, M., & Davis, K. C. (2024). Receipt of coercive condom use resistance : A scoping review. *The Journal of Sex Research*, *61*(3), 399-413. https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2204297

Chen, W., Kirwan, M., Hammett, J. F., Stewart, R., & Davis, K. C. (2024). Coerced Condomless Sex : A Scoping Review of Qualitative Studies. *The Journal of Sex Research*, 1-16. https://doi.org/10.1080/00224499.2024.2365936

Chung, R. (2021). Structural health vulnerability : Health inequalities, structural and epistemic injustice. *Journal of Social Philosophy*, *52*(2), 201-216. https://doi.org/10.1111/josp.12393

Cleere, C., & Lynn, S. J. (2013). Acknowledged versus unacknowledged sexual assault among college women. *Journal of Interpersonal Violence*, *28*(12), 2593-2611. https://doi.org/10.1177/0886260513479033

Closson, K., Zharima, C., Kuchena, M., Dietrich, J. J., Gadermann, A., Zulu, B., Ogilvie, G., Beksinska, M., & Kaida, A. (2024). « It's a 50/50 Thing You Know » : Exploring the Multileveled Intersections of Gender and Power Within the Relationships of Young South African Men and Women. *Journal of Sex Research*, *61*(1), 144-159. https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2129561

Coggins, M., & Bullock, L. F. C. (2003). The wavering line in the sand : The effects of domestic violence and sexual coercion. *Issues in Mental Health Nursing*, *24*(6-7), 723-738. https://doi.org/10.1080/01612840305322

Cohen, D., Huyng, T., Sebold, A., Harvey, J., Neudorf, C., & Brown, A. (2014). The population health approach : A qualitative study of conceptual and operational definitions for leaders in Canadian healthcare. *SAGE Open Medicine*, *2*. https://doi.org/10.1177/2050312114522618

Coles, J., Astbury, J., Dartnall, E., & Limjerwala, S. (2014). A Qualitative Exploration of Researcher Trauma and Researchers' Responses to Investigating Sexual Violence. *Violence Against Women*, *20*(1), 95-117. https://doi.org/10.1177/1077801213520578

Cook-Craig, P. G., Coker, A. L., Clear, E. R., Garcia, L. S., Bush, H. M., Brancato, C. J., Williams, C. M., & Fisher, B. S. (2014). Challenge and Opportunity in Evaluating a Diffusion-Based Active Bystanding Prevention Program : Green Dot in High

Schools. *Violence Against Women*, *20*(10), 1179-1202. https://doi.org/10.1177/1077801214551288

Copp, M. A., Blee, K. M., & Wolkomir, M. (2008). Emotions in Qualitative Research. In *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods* (Given, L.M.). SAGE publications, Inc. 10.4135/9781412963909.n131

Côté, I., & Lapierre, S. (2021). Pour une intégration du contrôle coercitif dans les pratiques d'intervention en matière de violence conjugale au Québec. *Intervention*, *153*, 115-125.

Creswell, J. W., & Garrett, A. L. (2008). The "movement" of mixed methods research and the role of educators. *South African Journal of Education*, *28*(3), 321-333. https://doi.org/10.15700/saje.v28n3a176

Cuevas-Garcia, C. A. (2018). Understanding interdisciplinarity in its argumentative context : Thought and rhetoric in the perception of academic practices. *Interdisciplinary Science Reviews*, *43*(1), 54-73. https://doi.org/10.1080/03080188.2016.1264133

Cullen, S. H., O'Rourke, T., O'Higgins, S., McIvor, C., Achteresch, E., Bharath, A., Dawson, K., Burke, L., Connolly, R., D'Eath, M., Foden, E., McGrath, S., Tierney, L., & MacNeela, P. (2023). Using Communication Stories to Explore How Young People Draw on Sexual Scripts When Making Sense of Sexual Consent. *Sexuality & Culture*, *27*(4), 1556-1577. https://doi.org/10.1007/s12119-023-10078-y

Czechowski, K., Courtice, E. L., Samosh, J., Davies, J., & Shaughnessy, K. (2019). "That's not what was originally agreed to" : Perceptions, outcomes, and legal

contextualization of non-consensual condom removal in a Canadian sample. *PLOS ONE*, *14*. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219297

Dalessandro, C., James-Hawkins, L., & Sennott, C. (2019). Strategic Silence : College Men and Hegemonic Masculinity in Contraceptive Decision Making. *Gender & Society*, *33*(5), 772-794. https://doi.org/10.1177/0891243219850061

Davies, C. T. (2023). Gender norms and young intimate relationship roles. In *Understanding Abuse in Young People's Intimate Relationships : Female Perspectives on Power, Control and Gendered Social Norms*. Bristol University Press.

Davis, K. C. (2019). "Stealthing" : Factors associated with young men's nonconsensual condom removal. *Health Psychology*, *38*(11), 997-1000. https://doi.org/10.1037/hea0000779

Davis, K. C., Gulati, N. K., Neilson, E. C., & Stappenbeck, C. A. (2018). Men's Coercive Condom Use Resistance : The Roles of Sexual Aggression History, Alcohol Intoxication, and Partner Condom Negotiation. *Violence Against Women*, *24*(11), 1349-1368. https://doi.org/10.1177/1077801218787932

Davis, K. C., Hammett, J. F., Chen, W., Stewart, R., & Kirwan, M. (2023). A scoping review of nonconsensual condom removal ("stealthing") research. *Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(1), 215-230. https://doi.org/10.1177/15248380221146802

Davis, K. C., Schraufnagel, T. J., Kajumulo, K. F., Gilmore, A. K., Norris, J., & George, W. H. (2014). A qualitative examination of men's condom use attitudes and resistance : ''It's just part of the game''. *Archives of Sexual Behavior*, *43*, 631-643. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0150-9

Davis, K. C., Stappenbeck, C. A., Masters, N. T., & George, W. H. (2019). Young Women's Experiences with Coercive and Noncoercive Condom Use Resistance : Examination of an Understudied Sexual Risk Behavior. *Women's Health Issues*, *29*(3), 231-237. https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.01.005

Davis, K. C., Stappenbeck, C. A., Norris, F. H., George, W. H., Jacques-Tiura, A. J., Schraufnagel, T. J., & Kajumulo, K. F. (2014). Young Men's Condom Use Resistance Tactics : A Latent Profile Analysis. *The Journal of Sex Research*, *51*(4), 454-465. https://doi.org/10.1080/00224499.2013.776660

Decker, M. J., Atyam, T. V., Zárate, C. G., Bayer, A. M., Bautista, A. M., & Saphir, M. (2021). Adolescents' perceived barriers to accessing sexual and reproductive health services in California : A cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, *21*. https://doi.org/10.1186/s12913-021-07278-3

Decker, M. R., Miller, E., McCauley, H. L., Tancredi, D. J., Anderson, H., Levenson, R. R., & Silverman, J. G. (2014). Recent partner violence and sexual and drug-related STI/HIV risk among adolescent and young adult women attending family planning clinics. *Sexually Transmitted Infections*, *90*(2), 145-149. https://doi.org/10.1136/sextrans-2013-051288

Decker, M. R., Wood, S. M., Byrne, M. E., Yao-N'dry, N., Thiongo, M., Gichangi, P., OlaOlorun, F. M., Koffi, A. K., Radloff, C., Ahmed, S., & Tsui, A. O. (2021). Gendered power dynamics and threats to sexual and reproductive autonomy among adolescent girls and young adult women : A cross-sectional survey in three urban settings. *PLOS ONE*, *16*(11). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257009

Dehlendorf, C., Akers, A. Y., Borrero, S., Callegari, L. S., Cadena, D., Gomez, A. M., Hart, J., Jimenez, L., Kuppermann, M., Levy, B., Lu, M. C., Malin, K., Simpson, M., Verbiest, S., Yeung, M., & Crear-Perry, J. (2021). Evolving the preconception health framework. A call for reproductive and sexual health equity. *Obstetrics & Gynecology*, *137*(2). https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004255

DeVellis, R. F. (2017). *Scale Development : Theory and Applications (4th ed.)*. SAGE Publications Ltd.

Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S., & Liamputtong, P. (2008). Risk to Researchers in Qualitative Research on Sensitive Topics : Issues and Strategies. *Qualitative Health Research*, *18*(1), 133-144. https://doi.org/10.1177/1049732307309007

Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S., & Liamputtong, P. (2009). Researching sensitive topics : Qualitative research as emotion work. *Qualitative Research*, *9*(1), 61-79. https://doi.org/10.1177/1468794108098031

Donovan, C., & Hester, M. (2011). Exploring emotion work in domestically abusive relationships. In *Intimate Partner Violence in LGBTQ Lives* (Ristock, J.L., p. 81-101). Routledge.

Dunn, S., Xiong, A. Q., Nuernberger, K., & Norman, W. V. (2019). Non-use of Contraception by Canadian Youth Aged 15 to 24 : Findings From the 2009–2010 Canadian Community Health Survey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *41*(1), 29-37. https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.05.021

Dworkin, A. (1987). *Intercourse*. Free Press.

Dwyer, S. C., & Buckle, J. L. (2022). Cultural insider-outsider : Reflecting on positionality in shared and differing identities. In *Handbook of Qualitative Cross-Cultural Research Methods* (Liamputtong, P.). Edward Elgar Publishing. 10.4337/9781800376625.00014

Ebrahim, S. (2019). I'm not sure this is rape, but : An exposition of the stealthing trend. *Reproductive Health in Sub-Saharan Africa*, *9*(2). https://doi.org/10.1177/2158244019842201

Edwards, C., Bolton, R., Salazar, M., Vives-Cases, C., & Daoud, N. (2024). Young people's constructions of gender norms and attitudes towards violence against women : A critical review of qualitative empirical literature. *Journal of Gender Studies*, *33*(1), 100-111. https://doi.org/10.1080/09589236.2022.2119374

El-Mowafi, I. M., Yalahow, A., Idriss-Wheeler, D., & Yaya, S. (2021). The politest form of racism : Sexual and reproductive health and rights paradigm in Canada. *Reproductive Health*, *18*(59). https://doi.org/10.1186/s12978-021-01117-8

Exner-Cortens, D., Baker, E., & Craig, W. (2023). Canadian Adolescents' Experiences of Dating Violence : Associations with Social Power Imbalances. *Journal of Interpersonal Violence*, *38*(1-2), 1762-1786. https://doi.org/10.1177/08862605221092072

Falb, K. L., Annan, J., Kpebo, D., & Gupta, J. (2014). Reproductive Coercion and Intimate Partner Violence among Rural Women in Côte d'Ivoire : A Cross-sectional Study. *African Journal of Reproductive Health*, *18*(4), 61-69.

Featherstone, L., Byrnes, C., Maturi, J., Minto, K., Mickelburgh, R., & Donaghy, P. (2024). Consent and Reproductive Coercion. In L. Featherstone, C. Byrnes, J. Maturi, K.

Minto, R. Mickelburgh, & P. Donaghy (Éds.), *The Limits of Consent. Sexual Assault and Affirmative Consent*. Palgrave Macmillan.

Fenge, L. A., Oakley, L., Taylor, B., & Beer, S. (2019). The Impact of Sensitive Research on the Researcher : Preparedness and Positionality. *International Journal of Qualitative Methods*, *18*, 1-8. https://doi.org/10.1177/1609406919893161

Fernández-González, L., Wekerle, C., & Goldstein, A. L. (2012). Measuring adolescent dating violence : Development of 'Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory' short form. *Advances in Mental Health*, *11*(1), 35-54. https://doi.org/10.5172/jamh.2012.11.1.35

Fernet, M., Hébert, M., Brodeur, G., & Théorêt, V. (2021). "When You're in a Relationship, You Say No, but Your Partner Insists" : Sexual Dating Violence and Ambiguity Among Girls and Young Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-24. https://doi.org/10.1177/0886260519867149

Finlay, L. (2002). Negotiating the Swamp : The Opportunity and Challenge of Reflexivity in Research Practice. *Qualitative Research*, *2*(2), 209-230. https://doi.org/10.1177/146879410200200205

Fitzpatrick, P., & Olson, R. E. (2015). A rough road map to reflexivity in qualitative research into emotions. *Emotion Review*, *7*(1), 49-54. https://doi.org/10.1177/1754073914544710

Fonds des Nations Unies pour la population. (2022). *Santé sexuelle et reproductive*. https://www.unfpa.org/fr/sant%C3%A9-sexuelle-et-reproductive#readmore-expand

Fortenberry, J. D. (2019). Trust, Sexual Trust, and Sexual Health : An Interrogative Review. *Journal of Sex Research*, *56*(4-5), 425-439. https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1523999

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). Les paradigmes qui sous-tendent le choix d'une méthodologie de recherche. In *Fondements et étapes du processus de recherche, 4e édition. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière Éducation.

Gagné, M. E., Kern, A., & Langevin, R. (2023). Effets des approches sensibles au trauma sur l'approche de soins des praticiens travaillant auprès des jeunes : Une recension systématique à méthodes mixtes. *Travail social*, *69*(1), 25-47. https://doi.org/10.7202/1112109ar

Gaudet, S., & Robert, D. (2018a). Horizontal analysis. In *A Journey Through Qualitative Research : From Design to Reporting* (Gaudet, S. & Robert, D.). SAGE Publications, Ltd. 10.4135/9781529716733.n8

Gaudet, S., & Robert, D. (2018b). Vertical Analysis. In *A Journey Through Qualitative Research : From Design to Reporting* (Gaudet, S. & Robert, D.). SAGE Publications, Ltd. 10.4135/9781529716733.n7

Gauvin, S., & Pukall, C. F. (2018). Sexual problems and sexual scripts : Overview and future directions for bisexual-identified individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, *33*(1-2), 34-44. https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1426851

Gesselman, A. N., Bennett-Brown, M., Dubé, S., Kaufman, E. M., Campbell, J. T., & Garcia, J. R. (2024). The lifelong orgasm gap : Exploring age's impact on orgasm rates. *Sexual Medicine*, *12*(3). https://doi.org/10.1093/sexmed/qfae042

Gómez, C. A., Kleinman, D. V., Pronk, N., Wrenn Gordon, G. L., Ochiai, E., Blakey, C., Johnson, A., & Brewer, K. H. (2021). Addressing Health Equity and Social Determinants of Health Through Healthy People 2030. *Journal of public health management and practice*, *27*, S249-S257. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001297

Gómez-Durán, E. L., & Martin-Fumadó, C. (2024). Nonconsensual condom-use deception : An empirically based conceptualization of stealthing. *Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(1), 87-101. https://doi.org/10.1177/15248380221141731

Gouvernement du Canada. (2024). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html

Gouvernement du Québec. (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé. Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf

Grace, K. T., & Anderson, J. C. (2018). Reproductive Coercion : A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1-20. https://doi.org/10.1177/1524838016663935

Grace, K. T., Glass, N. E., Miller, E., Alexander, K. A., Holliday, C. N., & Decker, M. R. (2022). Birth control sabotage motivation and measurement : A mixed-methods analysis among Latina women. *Violence Against Women*, 1-22. https://doi.org/10.1177/10778012221145292

Grace, K. T., Perrin, N. A., Clough, A., Miller, E., & Glass, N. E. (2020). Correlates of reproductive coercion among college women in abusive relationships : Baseline

data from the college safety study. *Journal of American College Health*. https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1790570

Grundlingh, H., Knight, L., Naker, D., & Devries, K. (2017). Secondary distress in violence researchers : A randomised trial of the effectiveness of group debriefings. *BMC Psychiatry*, *17*(204). https://doi.org/10.1186/s12888-017-1327-x

Haider, S. (2022a). The Ethical Aspects of Sensitive Social Work Research. In *Sensitive Research in Social Work* (Haider, S.). Palgrave Macmillan. 10.1007/978-3-030-85009-8

Haider, S. (2022b). The philosophy of sensitive social work research. In *Sensitive Research in Social Work* (Haider, S.). Palgrave Macmillan. 10.1007/978-3-030-85009-8

Halstead, V., De Santis, J., & Williams, J. (2016). Relationship Power in the Context of Heterosexual Intimate Relationships. Advances in Nursing Science. *Advances in Nursing Science*, *39*(2), E31-E43. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000113

Harding, S. (1986). *The science question in feminism*. Cornell University Press.

Harned, M. S. (2005). Understanding Women's Labeling of Unwanted Sexual Experiences With Dating Partners. *Violence Against Women*, *11*(3), 374-413. https://doi.org/10.1177/1077801204272240

Heise, L., Moore, K., & Toubia, N. (1995). *Sexual coercion and reproductive health : A focus on research* (Population Council).

Hendrix, E., Barusch, A., & Gringeri, C. (2021). Eats me alive! : Social workers reflect on practice in neoliberal contexts. *Social Work Education*, *40*(2), 161-173. https://doi.org/10.1080/02615479.2020.1718635

Hesse-Biber, S. N., & Leavy, P. (2011). Designing qualitative approaches to research. In *The practice qualitative research* (Hesse-Biber, S.N. & Leavy, P.). SAGE publications, Inc.

Hlavka, H. R. (2014). Normalizing Sexual Violence : Young Women Account for Harassment and Abuse. *Gender & Society*, *28*(3), 337-358. https://doi.org/10.1177/0891243214526468

Hochschild, A. R. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, *1*(9), 19-49. https://doi.org/10.3917/trav.009.0019

Holland, R. (1981). From perspectives to reflexivity. In *Personal construct psychology : Recent advances in theory and practice* (Bonarius, H., Holland, R. & Rosenberg, S.). Macmillan.

hooks, b. (2019). *Apprendre à transgresser. L'éducation comme pratique de la liberté*. Éditions Syllepse.

Hubbard, G., Backett-Milburn, K., & Kemmer, D. (2001). Working with emotion : Issues for the researcher in fieldwork and teamwork. *International Journal of Social Research Methodology*, *4*(2), 119-137. https://doi.org/10.1080/13645570116992

Humphreys, T. (2007). Perceptions of sexual consent : The impact of relationship history and gender. *Journal of Sex Research*, *44*(4), 307-315. https://doi.org/10.1080/00224490701586706

Institut canadien d'information sur la santé. (2021). *Avortements provoqués déclarés au Canada en 2019*. ICIS.

Jamieson, M. K., Govaart, G. H., & Pownall, M. (2023). Reflexivity in quantitative research : A rationale and beginner's guide. *Social and Personality Psychology Compass*, *17*(4). https://doi.org/10.1111/spc3.12735

Johnson, N. (2009). The role of self and emotion within qualitative sensitive research : A reflective account. *Enquire*, *2*(2), 191-214.

Johnstone, D. J. (2016). A Listening Guide Analysis of Women's Experiences of Unacknowledged Rape. *Psychology of Women Quarterly*, *40*(2), 275-289. https://doi.org/10.1177/0361684315624460

Kabir, R., & Kordowicz, M. (2021). Exploring the relationship between intimate partner violence and contraception use by Tanzanian women. *Health Care for Women International*, *42*(10), 1220-1233. https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1807552

Katz, J., & LaRose, J. (2018). Male partner contraceptive interference : Associations with destructive conflict and women's relational power. *Violence Against Women*, 1-17. https://doi.org/10.1177/1077801218818372

Katz, J., Poleshuck, E. L., Beach, B., & Olin, R. (2017). Reproductive coercion by male sexual partners : Associations with partner violence and college women's sexual health. *Journal of Interpersonal Violence*, *32*(21), 3301-3320. https://doi.org/10.1177/0886260515597441

Katz, J., & Sutherland, M. A. (2020). College women's experiences of male partner contraceptive interference : Associations with intimate partner violence and contraceptive outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, *35*(21-22), 4350-4374. https://doi.org/10.1177/0886260517715600

Kaushik, V., & Walsh, C. A. (2019). Pragmatism as a research paradigm and its implications for social work research. *Social Sciences*, *8*(255). https://doi.org/10.3390/socsci8090255

Kettrey, H. H. (2018). “Bad Girls” Say No and “Good Girls” Say Yes : Sexual Subjectivity and Participation in Undesired Sex During Heterosexual College Hookups. *Sexuality & Culture*, *22*, 685-705. https://doi.org/10.1007/s12119-018-9498-2

Kimport, K. (2018). More than a Physical Burden : Women’s Emotional and Mental Word in Preventing Pregnancy. *The Journal of Sex Research*, *55*(9), 1096-1105. https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1311834

Klein, H. (2014). Generationing, Stealthing, and Gift Giving : The Intentional Transmission of HIV by HIV-Positive Men to their HIV-Negative Sex Partners. *Health Psychology Research*, *2*(3). https://doi.org/10.4081/hpr.2014.1582

Korkmaz, S. (2021). Youth intimate partner violence : Barriers and bridges during the ending process. *Journal of Gender-Based Violence*, *5*(2), 183-197. https://doi.org/10.1332/239868021X16158344407215

Korkmaz, S., & Överlien, C. (2024). Understanding the Impact of Sexual Youth Intimate Partner Violence : Unmasking the Social Consequences for Young Victims. *YOUNG*, *33*(2), 184-199. https://doi.org/10.1177/11033088241262869

Kruse, A. E., Helseth, H., & Korkmaz, S. (2023). Callous Lovers and Frightening Victims : How emotional contradictions affect young people’s navigation of sexually abusive relationships. *Nordic Journal of Criminology*, *24*, 1-20. https://doi.org/10.18261/njc.24.1.6

Kumar, R., & Remesh, B. P. (2024). Interdisciplinarity Matters : Convergences and Contestations of Interdisciplinary Trajectories. In *Practising Interdisciplinarity Convergences and Contestations* (Remesh, B.P. & Kumar, R.). Routledge.

Lachance-Grzela, M., Liu, B., Charbonneau, A., & Bouchard, G. (2021). Ambivalent sexism and relationship adjustment among young adult couples : An actor-partner interdependence model. *Journal of Social and Personal Relationships*, *38*(7), 2121-2140. https://doi.org/10.1177/02654075211005549

Lapierre, S., Côté, I., & Frenette, M. (2025). *Contrôle coercitif. Lois, politiques et pratiques en matière de violence conjugale*. Presses de l'Université du Québec.

Latimer, R. L., Vodstreil, L. A., Fairley, C. K., Cornelisse, V. J., Chow, E. P., Read, T. R., & Bradshaw, C. S. (2018). Non-consensual condom removal, reported by patients at a sexual health clinic in Melbourne, Australia. *PLOS ONE*, *13*. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209779

Lazard, L., & McAvoy, J. (2020). Doing reflexivity in psychological research : What's the point ? What's the practice? *Qualitative Research in Psychology*, *17*(2), 159-177. https://doi.org/10.1080/14780887.2017.1400144

Le coeur à l'ouvrage. (2024). Le Cœur à l'ouvrage : Un espace de sollicitude pour l'exercice méthodologique. *ACFAS Magazine*. https://www.acfas.ca/publications/magazine/2024/10/collectif-cao-ethique-care-sollicitude-methodologie?fbclid=IwY2xjawF-ATpleHRuA2FlbQIxMAABHWKSw-__FtckTWEcAUaQbhcFc7R99Blm4xZxVLYU7NhP8xG7eK9QGLm8XQ_aem_QbTBD93GO7e8qHwLOlq8AA

Le coeur à l'ouvrage. (accepté). Un groupe à soi pour penser et vivre ses émotions comme chercheuses féministes de la relève. In *(Ré)concilier les émotions et la recherche sur le féminisme et la contestation sociale* (Pagé, G., Blais, M. et Veillette, A.-M.). Presses de l'Université Laval.

LeMaire, K. L., Oswald, D. L., & Russell, B. L. (2016). Labeling Sexual Victimization Experiences : The Role of Sexism, Rape Myth Acceptance, and Tolerance for Sexual Harassment. *Violence & Victims*, *31*(2), 332-346. https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00148

Lévesque, S., Jean-Thorn, A., & Rousseau, C. (2024). A Latent Class Analysis of Reproductive Coercion Experiences Based on Victim-Survivors' Acknowledgment and Disclosure Patterns. *Journal of Interpersonal Violence*, *40*(5-6). https://doi.org/10.1177/08862605241259409

Lévesque, S., & Rousseau, C. (2016). La coercition reproductive vécue dans un contexte de relations intimes : Revue des définitions, outils de mesure et facteurs de risque associés. *Journal International de Victimologie*, *13*(1), 1-20.

Lévesque, S., & Rousseau, C. (2019). Young women's acknowledgement of reproductive coercion : A qualitative analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-24. https://doi.org/10.1177/0886260519842169

Lévesque, S., Rousseau, C., & Dumerchat, M. (2020). Influence of the relational context on reproductive coercion and the associated consequences. *Violence Against Women*, *27*(6-7), 828-850. https://doi.org/10.1177/1077801220917454

Lévesque, S., Rousseau, C., Jean-Thorn, A., Lapierre, S., Fernet, M., & Cousineau, M.-M. (2023). Reproductive Coercion by Intimate Partners : Prevalence and Correlates in

Canadian Individuals with the Capacity to be Pregnant. *PLOS ONE*, *18*(8). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283240

Lévesque, S., Rousseau, C., Raynault-Rioux, L., & Laforest, J. (2023). Canadian service providers' perspectives on reproductive coercion and abuse : A participatory action research to address their needs and support their actions. *Reproductive Health*, *20*(100). https://doi.org/10.1186/s12978-023-01640-w

Lévesque, S., Toupin, A., & Pugliese, M. (2024). Contraception : A Gendered Burden ? A mixed methods exploration of experiences around contraception responsibility. *Canadian Journal of Human Sexuality*, *33*(2), 236-248. https://doi.org/10.3138/cjhs-2024-0006

Liamputtong, P. (2017). The science of words and the science of numbers : Research methods as foundations for evidence-based practice in health. In *Research methods in health : Foundations for evidence-based practice (3rd ed.)* (P. Liamputtong). Oxford University Press.

Lincoln, Y. S., Lynham, S. A., & Guba, E. G. (2023). Paradigmatic Controversies, Contradictions, And Emerging Confluences, Revisited. In *The sage handbook of qualitative research* (Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., Giardina, M. D., Cannella, G. S.). Sage Publications, Inc.

Llano-Suárez, A., Lana, A., Gasch-Gallén, Á., & Fernández-Feito, A. (2021). Gender roles and intimate partner violence among female university students in Spain : A cross-sectional study. *PLOS ONE*, *16*(11). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259839

Loureiro, F., Ferreira, M., Sarreira-de-Oliveira, P., & Antunes, V. (2021). Interventions to Promote a Healthy Sexuality among School Adolescents : A Scoping Review. *Journal of Personalized Medicine*, *11*. https://doi.org/10.3390/jpm11111155

Love, S. R., & Richards, T. N. (2013). An exploratory investigation of adolescent intimate partner violence among African American youth : A gendered analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, *28*(17), 3342-3366. https://doi.org/10.1177/0886260513496898

MacKinnon, C. A. (1987). *Feminism unmodified : Discourses on life and law*. Harvard University Press.

Makleff, S., Garduno, J., Zavala, R. I., Barindelli, F., Valades, J., Billowitz, M., Marquez, V. I. S., & Marston, C. (2020). Preventing Intimate Partner Violence Among Young People—A Qualitative Study Examining the Role of Comprehensive Sexuality Education. *Sexuality Research and Social Policy*, *17*, 314-325. https://doi.org/10.1007/s13178-019-00389-x

Manão, A. A., Brazão, M., & Pascoal, P. M. (2024). How to define sexual health ? A qualitative analysis of people's perceptions. *International Journal of Sexual Health*, *37*(2), 131-152. https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2422512

Maranzan, K. A., Kowatch, K. R., Mascioli, B. A., McGeown, L., Popowich, A. D., & Spiroiu, F. (2018). Self-Care and the Canadian Code of Ethics : Implications for Training in Professional Psychology. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, *59*(4), 361-368. https://doi.org/10.1037/cap0000153

Marmot, M. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology*, *32*, 537-546. https://doi.org/10.1007/s10654-017-0286-3

Mason-Jones, A. J., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hillman, A., & Lombard, C. (2016). School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006417.pub3

Massey, K., Horvath, M. AH., Essafi, S., & Majeed-Ariss, R. (2019). Staff experiences of working in a Sexual Assault Referral Centre : The impacts and emotional tolls of working with traumatised people. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *30*(4), 686-705. https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1605615

Masters, N. T., Casey, E., Wells, E. A., & Morrison, D. M. (2013). Sexual scripts among young heterosexually active men and women : Continuity and change. *The Journal of Sex Research*, *50*(5), 409-420. https://doi.org/10.1080/00224499.2012.661102

Mathieu, N.-C. (2013). Quand céder n'est pas consentir. Des déterminants matériels et psychiques de la conscience dominée des femmes, et de quelques-unes de leurs interprétations en ethnologie. In *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe* (Mathieu, N.-C.). IXE.

Maxwell, L., Devries, K., Zionts, D., Alhusen, J. L., & Campbell, J. (2015). Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception : A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, *10*(2). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118234

Mayan, M. J. (2023). Foundations of Qualitative Inquiry. In *Essentials of Qualitative Inquiry (2nd ed.)* (Mayan, M.J.). Routledge.

McCauley, H. L., Dick, R. N., Tancredi, D. J., Goldstein, S., Blackburn, S., Silverman, J. G., Monasterio, E., James, L., & Miller, E. (2014). Differences by sexual minority

status in relationship abuse and sexual and reproductive health among adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, *55*(5), 652-658. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.04.020

McCoster, H., Barnard, A., & Gerber, R. (2001). Undertaking Sensitive Research : Issues and Strategies for Meeting the Safety Needs of All Participants. *Forum: Qualitative Social Research*, *2*(1). https://doi.org/10.17169/fqs-2.1.983

McGowan, W. (2020). 'If you didn't laugh, you'd cry' : Emotional labour, reflexivity and ethics-as-practice in a qualitative field-work context. *Methodological Innovations*, *13*(2). https://doi.org/10.1177/2059799120926086

Messerschmidt, J. W., & Messner, M. A. (2018). Hegemonic, nonhegemonic, and « new » masculinities. In *Gender reckonings : New social theory and research* (J. W. Messerschmidt, P. Y. Martin, M. A. Messner, R. Connell). New York University Press.

Miller, E., Decker, M. R., McCauley, H. L., Tancredi, D. J., Levenson, R. R., Waldman, J., Schoenwald, P., & Silverman, J. G. (2010). Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception*, *81*(4), 316-322. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.12.004

Mitchell, K. R., Lewis, R., O'Sullivan, L. F., & Fortenberry, J. D. (2021). What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *Lancet Public Health*, *6*(8), e608-e613. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00099-2

Moore, A. M., Frohwirth, L., & Miller, E. (2010). Male reproductive control of women who have experienced intimate partner violence in the United States. *Soc Sci Med*, *70*(11), 1737-1744. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.009

Morgan, D. L. (2014). Pragmatism as a paradigm for social research. *Qualitative Inquiry*, *20*(8), 1045-1053. https://doi.org/10.1177/1077800413513733

Morgan, D. L. (2016). Paradigms Lost and Pragmatism Regained : Methodological Implications of Combining Qualitative and Quantitative Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, *1*(1), 48-76. https://doi.org/10.1177/2345678906292462

Moulton, J. E., Vazquez Corona, M. I., Vaughan, C., & Bohren, M. A. (2021). Women's perceptions and experiences of reproductive coercion and abuse : A qualitative evidence synthesis. *PLOS ONE*, *16*(12). https://doi.org/10.1371/journal. pone.0261551

Nasheeda, A., Abdullah, H. B., Krauss, S. E., & Ahmed, N. B. (2019). Transforming transcripts into stories : A multimethod approach to narrative analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, *18*, 1-9. https://doi.org/10.1177/1609406919856797

National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2015). *English glossary of essential health equity terms*.

Nemeth, J. M., Viveiros, N., Lynch, K. R., Andersen, T. S., & Fisher, B. (2020). Adolescent Reproductive and Sexual Coercion : Measurement Invariance in a Population-Based Sample of Male and Female High School Students. *Journal of Family Violence*, *35*, 619-632. https://doi.org/10.1007/s10896-019-00092-w

Nikolajski, C., Miller, E., McCauley, H. L., Akers, A., Schwarz, E. B., Freedman, L., Steinberg, J., Ibrahim, S., & Borrero, S. B. (2015). Race and reproductive coercion : A qualitative assessment. *Women's Health Issues*, *25*(3), 216-223. https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.12.004

Noar, S. M., Morokoff, P. J., & Harlow, L. L. (2002). Condom negotiation in heterosexually active men and women : Development and validation of a condom influence strategy questionnaire. *Psychology & Health*, *17*(6), 711-735. https://doi.org/10.1080/0887044021000030580

Norris, M., & Borneskog, C. (2022). The Cisnormative Blindspot Explained : Healthcare Experiences of Trans Men and Non-Binary Persons and the accessibility to inclusive sexual & reproductive Healthcare, an integrative review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *32*. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100733

Orchowski, L. M., Yusufov, M., Oesterle, D., Bogen, K. W., & Zlotnick, C. (2020). Intimate Partner Violence and Coerced Unprotected Sex Among Young Women Attending Community College. *Archives of Sexual Behavior*, *49*, 871-882. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01537-5

Organisation mondiale de la santé. (2025). *Santé sexuelle*. https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

Ouahid, H., Sebbani, M., Cherkaoui, M., Amine, M., & Adarmouch, L. (2025). The influence of gender norms on women's sexual and reproductive health outcomes : A systematic review. *BMC Women's Health*, *25*(1). https://doi.org/10.1186/s12905-025-03768-2

Øverlien, C., Hellevik, P. M., & Korkmaz, S. (2020). Young women's experiences of intimate partner violence—Narratives of control, terror, and resistance. *Journal of Family Violence*, *35*(8), 803-814. https://doi.org/10.1007/s10896-019-00120-9

Paul, P., & Mondal, D. (2022). Association Between Intimate Partner Violence and Contraceptive Use in India : Exploring the Moderating Role of Husband's

Controlling Behaviors. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(17-18), NP15405-NP15433. https://doi.org/10.1177/08862605211015212

Pearson, J. (2018). High School Context, Heterosexual Scripts, and Young Women's Sexual Development. *Journal of Youth and Adolescence*, *47*, 1469-1485. https://doi.org/10.1007/s10964-018-0863-0

Plamondon, K. M. (2020). A tool to assess alignment between knowledge and action for health equity. *BMC Public Health*, *20*(224). https://doi.org/10.1186/s12889-020-8324-6

Plamondon, K. M., Bottorff, J. L., Caxaj, C. S., & Graham, I. D. (2018). The integration of evidence from the Commission on Social Determinants of Health in the field of health equity : A scoping review. *Critical Public Health*, *30*(4), 415-428. https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1551613

Prather, C., Fuller, T. R., Marshall, K. J., & Jeffries, W. L. (2016). The Impact of Racism on the Sexual and Reproductive Health of African American Women. *Journal of Women's Health*, *25*(7), 664-671. https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5637

Pulerwitz, J., Gortmaker, S. L., & DeJong, W. (2000). Measuring sexual relationship power in HIV/STD research. *Sex Roles*, *42*, 637-660. https://doi.org/10.1023/A:1007051506972

Purkey, E., Patel, R., & Phillips, S. P. (2018). Trauma-informed care : Better care for everyone. *Canadian Family Physician*, *64*(3), 170-172.

R. v. Kirkpatrick, 2 SCR 480 SCC 33 (2022). https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/19458/index.do

Rainbow Health Ontario. (2023). *4th edition : Sherbourne's Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients*. https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/2021/09/Guidelines-FINAL-4TH-EDITION-With-2023-Updates.pdf

Raykov, T., & Marcoulides, G. A. (2011). Validity. In *Introduction to Psychometric Theory* (Raykov, T. & Marcoulides, G.A.). Routledge. 10.4324/9780203841624

Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018). Transgender young people's narratives of intimacy and sexual health : Implications for sexuality education. *Sex Education*, *18*(4), 376-390. https://doi.org/10.1080/14681811.2017.1355299

Rivera, K. (2018). 'Use Your Feelings' : Emotion as a Tool for Qualita- tive Research. In *The SAGE Handbook of Qualitative Business and Management Research Methods : Methods and Challenges* (Cassell, C., Cunliffe, A.L. & Grandy, G.). SAGE Publications, Ltd. 10.4135/9781526430236

Roberts, D. (1998). *Killing the Black body : Race, reproduction, and the meaning of liberty*.

Romm, N. R. A. (1998). Interdisciplinary practice as reflexivity. *Systemic Practice and Action Research*, *11*(1), 63-77. https://doi.org/10.1023/A:1022964905762

Rosenberg, S., Callander, D., Holt, M., Duck-Chong, L., Pony, M., Cornelisse, V., Baradaran, A., Duncan, D. T., & Cook, T. (2021). Cisgenderism and transphobia in sexual health care and associations with testing for HIV and other sexually transmitted infections : Findings from the Australian Trans & Gender Diverse Sexual Health Survey. *PLOS ONE*, *16*(7). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253589

Ross, L. E. (2017). An Account From the Inside : Examining the Emotional Impact of Qualitative Research Through the Lens of “Insider” Research. *Qualitative Psychology*, *4*(3), 326-337. https://doi.org/10.1037/qup0000064

Rousseau, C. (2019). *La violence sexuelle, toujours reconnue comme telle ? Étude exploratoire des repères mobilisés par les étudiantes universitaires de 1er cycle pour qualifier la situation vécue*. Université du Québec à Montréal.

Rousseau, C. (2023, juin 9). *Reconnaitre et mobiliser les émotions en recherche qualitative : Défis et opportunités en contexte de recherche sur des sujets sensibles en santé des populations*. Communication scientifique au Colloque Quali de l’École de santé publique de l’Université de Montréal, Montreal, Canada.

Rousseau, C. (2024, mai 15). *La recherche qualitative portant sur la violence basée sur le genre : Défis et leviers dans la mobilisation des émotions vécues comme chercheuse féministe*. Communication scientifique au Colloque Quali de l’École de santé publique de l’Université de Montréal, Montreal, Canada.

Rousseau, C., Bergeron, M., & Ricci, S. (2020). A metasynthesis of qualitative studies on girls’ and women’s labeling of sexual violence. *Aggression and Violent Behavior*, *52*. https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101395

Rousseau, C., Lévesque, S. et Lapierre, S. (2025). Contraceptive Interference in Young People’s Intimate Relationships: An Exploratory Narrative Analysis. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 34*(2). https://doi.org/10.3138/cjhs-2024-0067

Rowlands, S., & Walker, S. (2019). Reproductive control by others : Means, perpetrators and effects. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, *45*(1), 61-67.

Rubin, G. (1975). The Traffic in Women : Notes on the « Political Economy » of Sex. In *Toward an Anthropo/ogy of Women* (R. Reiter). Monthly Review Press.

Ryan, L., & Golden, A. (2006). 'Tick the box please' : A reflexive approach to doing quantitative social research. *Sociology*, *40*(6), 1191-1200. https://doi.org/10.1177/0038038506072287

SAMHSA. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf

SAMHSA. (2023). *Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach*. https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-06-05-005.pdf

Sanchez, D. T., Fetterolf, J. C., & Rudman, L. A. (2012). Eroticizing Inequality in the United States : The Consequences and Determinants of Traditional Gender Role Adherence in Intimate Relationships. *Journal of Sex Research*, *49*(2-3), 168-183. https://doi.org/10.1080/00224499.2011.653699

Schuler, S. R., Choque, M. E., & Rance, S. (1994). Misinformation, mistrust, and mistreatment : Family planning among Bolivian market women. *Studies in family planning*, *25*(4), 211-221.

Scull, T. M., Kupersmidt, J. B., Malik, C. V., & Morgan-Lopez, A. A. (2018). Using Media literacy education for adolescent sexual health promotion in middle school : Randomized control trial of Media aware. *Journal of Health Communication*, *23*(12), 1051-1063. https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1548669

Senderowicz, L. (2020). Contraceptive Autonomy : Conceptions and Measurement of a Novel Family Planning Indicator. *Studies in family planning*, *51*(2), 161-176. https://doi.org/10.1111/sifp.12114

Shaw, R. M., Howe, J., Beazer, J., & Carr, T. (2020). Ethics and positionality in qualitative research with vulnerable and marginal groups. *Qualitative Research*, *20*(3), 277-293. https://doi.org/10.1177/1468794119841839

Shorey, R. C., Cornelius, T. L., & Bell, K. M. (2011). Reactions to participating in dating violence research : Are our questions distressing participants? *Journal of Interpersonal Violence*, *26*(14), 2890-2907. https://doi.org/10.1177/0886260510390956

SIECCAN. (2024). *Benchmarks for Comprehensive Sexual Health Education in Canada*. Sex Information & Education Council of Canada.

Silverio, S. A., Sheen, K. S., Bramante, A., Knighting, K., Koops, T. U., Montgomery, E., November, L., Soulsby, L. K., Stevenson, J. H., Watkins, M., Easter, A., & Sandall, J. (2022). Sensitive, Challenging, and Difficult Topics : Experiences and Practical Considerations for Qualitative Researchers. *International Journal of Qualitative Methods*, *21*. https://doi.org/10.1177/16094069221124739

Silverman, J. G., McCauley, H. L., Decker, M. R., Miller, E., Reed, E., & Raj, A. (2011). Coercive forms of sexual risk and associated violence perpetrated by male partners of female adolescents. *Perspectives on sexual and reproductive health*, *43*(1), 60-65. https://doi.org/10.1363/4306011

Simon, W., & Gagnon, J. H. (1986). Sexual scripts : Permanence and change. *Archives of Sexual Behavior*, *15*(2), 97-120. https://doi.org/10.1007/BF01542219

Simpson, D. M., Leonhardt, N. D., & Hawkins, A. J. (2018). Learning About Love : A Meta-Analytic Study of Individually- Oriented Relationship Education Programs

for Adolescents and Emerging Adults. *Journal of Youth and Adolescence*, *47*, 477-489. https://doi.org/10.1007/s10964-017-0725-1

Smith, E., Pooley, J.-A., Holmes, L., Gebbie, K., & Gershon, R. (2021). Vicarious Trauma : Exploring the Experiences of Qualitative Researchers Who Study Traumatized Populations. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, *19*(e69), 1-6. https://doi.org/10.1017/dmp.2021.333

Snidman, H. R., Swaringen, K. S., & Rice, L. (2024). Not me-search, you-search : Ethical considerations forresearch involving marginalized outgroups. *Accountability in Research*, 1-22. https://doi.org/10.1080/08989621.2024.2408287

Stappenbeck, C. A., Gulati, N. K., & Davis, K. C. (2019). A prospective examination of men's condom use resistance : Event-level associations with sexual aggression, alcohol consumption, and trait anger. *Journal of Sex Research*, *56*(8), 947-956. https://doi.org/10.1080/ 00224499.2019.1620162

Stark, E. (2007). *Coercive control : How men entrap women in personal life*. Oxford University Press.

Statistics Canada. (2021). *A statistical portrait of Canada's diverse LGBTQ2+ communities*.

Statistique Canada. (2025). *Indice des prix à la consommation : Revue annuelle, 2024*. Gouvernement du Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/250121/dq250121b-fra.pdf?st=gUo1q7cv

Stebbins, R. A. (2001). Exploring. In *Exploratory Research in the Social Sciences, Qualitative Research Methods* (Stebbins, R.A., p. 18-30). SAGE publications, Inc. 10.4135/9781412984249

Stern, A. (2005). Sterilized in the name of public health : Race, immigration, and reproductive control in modern California. *American Journal of Public Health*, *95*, 1128-1138. https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.041608

Swan, H., & O'Connell, D. J. (2012). The impact of intimate partner violence on women's condom negociation efficacy. *Journal of Interpersonal Violence*, *27*(4), 775-792. https://doi.org/10.1177/0886260511423240

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics (6th ed.)*. Pearson.

Tarzia, L. (2021). Women's emotion work in the context of intimate partner sexual violence. *Journal of Family Violence*, *36*, 493-501. https://doi.org/10.1007/s10896-020-00204-x

Tarzia, L., & Hegarty, K. (2021). A conceptual re-evaluation of reproductive coercion : Centring intent, fear and control. *Reproductive Health*, *18*(7). https://doi.org/10.1186/s12978-021-01143-6

Tarzia, L., & McKenzie, M. (2024). Reproductive coercion and abuse in intimate relationships : Women's perceptions of perpetrator motivations. *PLOS ONE*, *19*(4). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299069

Tarzia, L., Srinivasan, S., Marino, J., & Hegarty, K. (2020). Exploring the gray areas between "stealthing" and reproductive coercion and abuse. *Women & Health*, *60*(10), 1174-1184. https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1804517

Teitelman, A. M., Tennille, J., Bobinski, J. M., Jemmott, L. S., & Jemmott, J. B. (2011). Unwanted unprotected sex. Condom coercion by male partners and self-silencing of condom negociation among adolescent girls. *Advances in Nursing Science*, *34*(3), 243-259. https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31822723a3

Thaller, J., & Messing, J. T. (2015). Reproductive coercion by an intimate partner : Occurrence, associations, and interference with sexual health decision making. *Health & Social Work*, *41*(1), e11-e19. https://doi.org/10.1093/hsw/hlv083

Tolman, D. L. (2003). Gender Matters : Constructing a Model of Adolescent Sexual Health. *The Journal of Sex Research*, *40*(1), 4-12. https://doi.org/10.1080/00224490309552162

Trainor, L. R., & Bundon, A. (2021). Developing the craft : Reflexive accounts of doing reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *13*(5), 705-726. https://doi.org/10.1080/2159676X.2020.1840423

UNESCO. (2023). *Santé sexuelle—Dimensions et déterminants*. https://santesexuelle-droitshumains.org/sante-sexuelle-dimensions-determinants/

Usher, L. E. (2023). The case for reflexivity in quantitative survey research in leisure studies : Lessons from surf research. *Annals of Leisure Research*, *26*(2), 269-284. https://doi.org/10.1080/11745398.2021.1974905

VanderDrift, L. E., Agnew, C. R., Harvey, S. M., & Warren, J. T. (2013). Whose Intentions Predict ? Power Over Condom Use Within Heterosexual Dyads. *Health Psychology*, *32*(10), 1038-1046. https://doi.org/10.1037/a0030021

Vince, R. (2020). Experiencing Emotion in Conducting Qualitative Research as a PhD Student. *Journal of Management Education*, *44*(4), 508-523. https://doi.org/10.1177/1052562920910170

Walker, S., Read, S., & Priest, H. (2013). Use of reflexivity in a mixed-methods study. *Nurse Researcher*, *20*(3), 38-43. https://doi.org/10.7748/nr2013.01.20.3.38.c9496

Wegner, R., Davis, K. C., Stappenbeck, C. A., Kajumulo, K. F., Norris, J., & George, W. H. (2017). The effects of men's hostility toward women, acute alcohol intoxication, and women's condom request style on men's condom use resistance tactics. *Psychology of Violence*, *7*(4), 593-601. https://doi.org/10.1037/vio0000069

Wellings, K., Jones, K. G., Mercer, C. H., Tanton, C., Clifton, S., Datta, J., Copas, A. J., Erens, B., Gibson, L. J., Macdowall, W., Sonnenberg, P., Phelps, A., & Johnson, A. M. (2013). The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain : Findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, *382*(9907), 1807-1816. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62071-1

Wetzel, G. M., & Sanchez, D. T. (2022). Heterosexual Young Adults' Experience With and Perceptions of the Orgasm Gap : A Mixed Methods Approach. *Psychology of Women Quarterly*, *46*(2), 131-146. https://doi.org/10.1177/03616843221076410

Wilkinson, S. (1988). The role of reflexivity in feminist psychology. *Women's Studies International Forum*, *11*(5), 493-502. https://doi.org/10.1016/0277-5395(88)90024-6

Willie, T. C., Alexander, K. A., Caplon, A., Kershaw, T. S., Safon, C. B., Galvao, R. W., Kaplan, C., Caldwell, A., & Calabrese, S. K. (2021). Birth Control Sabotage as a Correlate of Women's Sexual Health Risk : An Exploratory Study. *Women's Health Issues*, *31*(2), 157-163. https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.10.003

Wingood, G. M., & DiClemente, R. J. (2000). Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women. *Health Education & Behavior*, *27*(5), 539-565.

Woolf, V. (1929). *Une chambre à soi*. Gonthier.

Yip, S. Y. (2024). Positionality and reflexivity : Negotiating insider-outsider positions within and across cultures. *International Journal of Research & Method in Education*, *47*(3), 222-232. https://doi.org/10.1080/1743727X.2023.2266375

ANNEXE A - Formulaire de consentement du volet qualitatif

uOttawa
Faculté des sciences de la santé
Faculty of Health Sciences

Université d'Ottawa
Faculté des sciences de la santé

École interdisciplinaire des sciences de la santé

University of Ottawa
Faculty of Health Sciences

Interdisciplinary School of Health Sciences

Formulaire d'information et de consentement pour le volet qualitatif

Projet Contraception et intimités

Coordonnées de la chercheure-étudiante :
Catherine Rousseau, M.A. sexologie, PhD(c) Santé des populations, Université d'Ottawa
[redacted]

Coordonnées des directions de thèse :
Simon Lapierre, PhD, École de service social, Université d'Ottawa,
[redacted]
Sylvie Lévesque, PhD, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal,
[redacted]

Ce projet est financé par les Fonds de recherche du Québec – Culture et société.

PRÉAMBULE

Ce formulaire d'information et de consentement est nécessaire à l'application des principes éthiques en recherche. Les informations présentées vous donneront une meilleure idée du projet et de la nature de votre participation.

Vous êtes invité.e à lire en détail ce formulaire afin de consentir, de façon éclairée, à participer à l'étude. Cette étude, menée dans le contexte d'une thèse de doctorat, porte sur la contraception et les relations intimes. Si certaines sections de ce formulaire ne sont pas claires, n'hésitez pas à communiquer avec la chercheure-étudiante du projet.

OBJECTIFS DU PROJET

Le but du projet est d'explorer, auprès des personnes de 16 à 25 ans, les enjeux liés à la négociation et l'usage ou non de la contraception avec un.e partenaire intime. Certaines de ces situations peuvent renvoyer à de l'interférence contraceptive, ce qui fait référence à tous gestes visant à saboter ou empêcher l'usage adéquat de méthodes contraceptives.

Plus précisément, ce projet cherche à :
– Documenter les enjeux contraceptifs vécus avec un.e partenaire intime;
– Explorer les facteurs sociaux qui influencent l'usage ou non de la contraception.

613-562-5800 ext. 2963
613-562-5632

25 Université/University
Ottawa ON K1N 6N5 Canada

www.uOttawa.ca

POUR PARTICIPER, VOUS DEVEZ…

1- être âgé.e entre 16 et 25 ans
2- habiter au Québec ou en Ontario
3- avoir vécu de l'interférence contraceptive dans le cadre d'une relation intime
4- avoir été en relation intime avec l'auteur d'interférence contraceptive au moins 3 mois (relation en cours ou terminée; il peut s'agir d'un couple ou d'autres configurations relationnelles)
5- l'auteur d'interférence contraceptive doit être de sexe masculin.

VOTRE PARTICIPATION CONSISTE À…

Participer à un entretien individuel au cours duquel il vous sera demandé de décrire, entre autres, les enjeux liés à la contraception que vous avez vécu avec un.e partenaire intime.

Avec votre accord, l'entretien, d'une durée prévue de 60 à 90 minutes, sera enregistré numériquement. La transcription audio ne permettra pas de vous identifier. Aucun visuel ne sera conservé. L'entretien individuel pourra se dérouler en ligne (Zoom), en s'assurant que les participant.es ont accès à un lieu privé.

L'entretien porte sur les enjeux contraceptifs rencontrés dans une relation intime. Des questions portent sur vos perceptions de l'usage de la contraception, de même que sur les situations que vous avez vécu lorsque vous avez souhaité utiliser une méthode de contraception avec un.e partenaire intime. Des questions portent aussi sur la relation intime et les prises de décision en matière contraceptive.

Un court questionnaire sociodémographique (p. ex. âge, identité de genre, scolarité) sera administré avant l'entretien. Les réponses à ce questionnaire ne permettent pas de vous identifier ou de vous retracer.

AVANTAGES ET RISQUES

Votre participation permet de mieux comprendre les enjeux contraceptifs rencontrés dans une relation intime par les personnes de 16 à 25 ans. Les résultats contribueront à élaborer des messages de prévention et de sensibilisation.

Votre participation peut comporter certains risques, tel que se remémorer des situations désagréables ou violentes, ou aborder des sujets comme la santé sexuelle et l'intimité. Certaines questions peuvent soulever des malaises ou vous rappeler des expériences difficiles. En tout temps, il est possible de prendre une pause. Au besoin, vous êtes invité.e à consulter la liste de ressources de soutien remise par la chercheure-étudiante. Ces ressources pourront vous offrir le soutien nécessaire.

CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements recueillis lors de l'entretien individuel sont confidentiels. Cela signifie qu'aucune donnée collectée ne permettra de vous identifier lors de leur traitement et de leur diffusion. Les renseignements pouvant mener à l'identification des personnes (par ex. noms, lieux, contexte de vie spécifique) seront éliminés lors de la transcription de l'entretien. De plus, l'enregistrement audio ne sera pas diffusé et servira seulement à la transcription, qui sera effectuée par la chercheure-étudiante.

Tous les documents numériques enregistrés sur l'ordinateur de l'étudiante-chercheure sont verrouillés par un mot de passe. Les données identificatoires et les enregistrements seront conservés trois (3) ans après les dernières publications, puis seront détruites. Les données anonymisées pourront être utilisées dans le cadre d'une analyse secondaire.

À noter que si la chercheure-étudiante a connaissance, lors de l'entretien, de violence en cours (i.e. négligence, abandon, mauvais traitement, violence sexuelle, physique ou psychologique) ou de risque accru pour la personne participante de subir de la violence de ses parents ou d'une autre personne, elle est dans l'obligation de faire un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ; Québec) ou à la Société d'aide à l'enfance (SAE; Ontario).

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure.

Vous êtes libre de mettre fin en tout temps à votre participation, sans justification nécessaire. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits (formulaire de consentement, entretien, questionnaire sociodémographique).

Votre accord à participer à ce projet implique que vous acceptez que l'équipe de recherche utilisent les renseignements recueillis en s'assurant qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit partagée. Les données pourront être utilisées pour une thèse, des articles scientifiques, un zine, des fiches synthèses ou des conférences. Aucun.e participant.e ne pourra être identifié.e dans ces activités de diffusion.

COMPENSATION FINANCIÈRE

À la fin de l'entretien individuel, vous recevrez 30$ à titre de compensation pour votre contribution au projet. Si vous choisissez de mettre fin à votre participation avant la fin de l'entretien, vous recevrez tout de même votre entière compensation. Ce montant sera transféré par virement électronique immédiatement après l'entretien si celui-ci se déroule à distance. Si l'entretien se déroule en présentiel, le montant sera remis directement en argent.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits. Vous ne libérez pas l'équipe de recherche, l'organisme subventionnaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Si vous avez des questions sur le projet ou sur vos droits, contactez la chercheure-étudiante du projet : Catherine Rousseau : [redacted]

Le Comité d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa a approuvé ce projet et en assure le suivi. Vous pouvez contacter le Comité à l'adresse courriel suivante : [redacted].

REMERCIEMENTS

Votre participation est importante à la réalisation de ce projet et l'équipe de travail vous en remercie.

CONSENTEMENT DE LA PERSONNE PARTICIPANTE

☐ J'accepte de participer à l'entretien individuel

☐ Je n'accepte pas de participer au projet

J'accepte que les données recueillies au cours de cette étude puissent être utilisées pour de futurs projets de recherches. Ces projets feront obligatoirement l'objet d'une demande de certification éthique et mon anonymat sera assuré en tout temps.

☐ Oui

☐ Non

Je souhaite être au courant des résultats de cette étude. Les résultats de l'étude peuvent m'être partagés à l'adresse courriel suivante : _____

Un volet portant sur la **création littéraire et la poésie** est prévu. Il s'agit de 5 ateliers de création de trois (3) heures visant à explorer les enjeux contraceptifs rencontrés par l'entremise de la création littéraire. Un groupe de 10 personnes sera formé. Il s'agit d'un principe « premier arrivé, premier servi ».

Si vous souhaitez en savoir plus sur ce volet, laissez votre adresse courriel et la chercheure-étudiante vous écrira :

_____

À noter que cela ne vous engage en rien et que vous pourrez refuser de participer à ce volet sans justification nécessaire.

ANNEXE B - Formulaire de consentement du volet quantitatif

uOttawa
Faculté des sciences de la santé
Faculty of Health Sciences

Université d'Ottawa
Faculté des sciences de la santé

École interdisciplinaire des sciences de la santé

University of Ottawa
Faculty of Health Sciences

Interdisciplinary School of Health Sciences

Formulaire d'information et de consentement pour le volet quantitatif

Projet Contraception et intimités

Coordonnées de la chercheure-étudiante :
Catherine Rousseau, M.A. sexologie, PhD(c) Santé des populations, Université d'Ottawa
[redacted]

Coordonnées des directions de thèse :
Simon Lapierre, PhD, École de service social, Université d'Ottawa,
[redacted]
Sylvie Lévesque, PhD, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal,
[redacted]

Ce projet est financé par les Fonds de recherche du Québec – Culture et société.

PRÉAMBULE

Ce formulaire d'information et de consentement est nécessaire à l'application des principes éthiques en recherche. Les informations présentées vous donneront une meilleure idée du projet et de la nature de votre participation.

Vous êtes invité.e à lire en détail ce formulaire afin de consentir, de façon éclairée, à participer à l'étude. Cette étude, menée dans le contexte d'une thèse de doctorat, porte sur la contraception et les relations intimes. Si certaines sections de ce formulaire ne sont pas claires, n'hésitez pas à communiquer avec la chercheure-étudiante du projet.

OBJECTIFS DU PROJET

Le but du projet est d'explorer les enjeux liés à la négociation et l'usage ou non de la contraception avec un.e partenaire intime. Certaines de ces situations peuvent renvoyer à de l'interférence contraceptive, qui renvoie à tous gestes visant à saboter ou empêcher l'usage adéquat de méthodes contraceptives.

Plus précisément, ce projet cherche à :
1 – Explorer les attitudes, les normes et l'efficacité perçue des discussions sur la contraception avec un.e partenaire intime;
2 – Documenter les situations où la contraception n'a pas été utilisée comme prévu;
3 – Explorer le contexte de la relation intime où s'est produit ces situations;
4 – Identifier les conséquences subies.

613-562-5800 ext. 2963
613-562-5632

25 Université/University
Ottawa ON K1N 6N5 Canada

www.uOttawa.ca

POUR PARTICIPER, VOUS DEVEZ…

1- être âgé.e entre 16 et 25 ans
2- habiter au Québec ou en Ontario
3- avoir été en relation intime au moins 3 mois avec une personne de sexe masculin (relation en cours ou terminée; il peut s'agir d'un couple ou d'autres configurations relationnelles).

VOTRE PARTICIPATION CONSISTE À…

Répondre à un questionnaire en ligne. Ce questionnaire porte sur les enjeux contraceptifs rencontrés dans une relation intime. Des questions portent sur vos perceptions de l'usage de la contraception, les situations possibles d'interférence contraceptive, les situations possibles de violence dans la relation intime, de même que les impacts de ces situations sur votre santé sexuelle et reproductive (p.ex. grossesses non planifiées, infections transmises sexuellement (ITS)). Des questions portent aussi sur les impacts de ces enjeux contraceptifs sur votre santé et votre bien-être.

Des questions sociodémographiques (p. ex. âge, identité de genre, scolarité) sont posées à la fin du questionnaire. Celles-ci ne permettent pas de vous identifier ou de vous retracer.

Le sondage prend environ 30 minutes à compléter. Vous pourrez le compléter en plusieurs étapes, et ce, sans avoir à recommencer au début.

AVANTAGES ET RISQUES

Votre participation permet de mieux comprendre les enjeux contraceptifs rencontrés dans une relation intime par les personnes de 16 à 25 ans. Les résultats contribueront à élaborer des messages de prévention et de sensibilisation.

Votre participation peut comporter certains risques, tel que se remémorer des situations désagréables ou violentes, ou aborder des sujets comme la santé sexuelle et l'intimité. Certaines questions peuvent soulever des malaises ou vous rappeler des expériences difficiles. Si c'est le cas, vous êtes invitée à en discuter avec une personne-ressource de l'un de ces organismes. Elle pourra vous offrir le soutien nécessaire. La liste de ressources de soutien peut être téléchargée ici [lien hypertexte à insérer], de même qu'à la fin du questionnaire.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements recueillis dans ce questionnaire sont confidentiels. Cela signifie qu'aucune donnée collectée ne permettra de vous identifier. En effet, aucun renseignement individuel ne sera présenté.

Votre adresse IP sera temporairement stockée, le temps de votre participation, puis sera supprimée. À noter que personne n'aura accès aux adresses IP stockées. Elles seront conservées sur la plateforme du sondage (Qualtrics) pour permettre le bon fonctionnement de celui-ci. Elles ne seront jamais extraites ou sauvegardées. Tous les documents numériques enregistrés sur l'ordinateur de l'étudiante-chercheure seront verrouillés par un mot de passe.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos renseignements, un identifiant vous sera attribué. Les données de recherche anonymisées pourront être partagées par l'étudiante-chercheure responsable à la direction de recherche. Cependant, l'étudiante-chercheure

responsable et les personnes à qui elle transmettra les données de recherche sont tenus de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada.

Avec votre accord, les données anonymisées pourront être utilisées dans le cadre d'une analyse secondaire. Autrement, les données seront conservées pour une période de trois (3) ans après les dernières publications.

Votre accord à participer à ce projet implique que vous acceptez que l'équipe de recherche utilisent les renseignements recueillis en s'assurant qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit partagée. Les données pourront être utilisées pour une thèse, des articles scientifiques, un zine, des fiches synthèses ou des conférences. Aucun.e participant.e ne pourra être identifié.e dans ces activités de diffusion.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure.

Vous êtes libre de mettre fin en tout temps à votre participation, sans justification nécessaire. Cependant, veuillez noter qu'il sera impossible de supprimer les réponses données, car votre participation est anonyme ce qui signifie qu'il ne sera pas possible de retrouver votre participation dans la banque de données. De fait, toutes les données transmises seront conservées et utilisées à des fins d'analyses, sauf si vous remplissez seulement les données sociodémographiques. Dans ce cas précis, les données ne seront pas utilisées et la participation sera supprimée.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Un tirage d'un montant de 50$ aura lieu à la fin de la collecte de données. Les personnes intéressées à participer au tirage pourront laisser leur adresse courriel en cliquant sur un lien sécurisé. L'adresse courriel ne pourra être associée aux réponses données au questionnaire. Le montant sera transféré par virement électronique.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits. Vous ne libérez pas l'équipe de recherche, l'organisme subventionnaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Si vous avez des questions sur le projet ou sur vos droits, contactez la chercheure-étudiante du projet : Catherine Rousseau : [redacted]

Le Comité d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa a approuvé ce projet et en assure le suivi. Vous pouvez contacter le Comité à l'adresse courriel suivante : [redacted]

REMERCIEMENTS

Votre participation est importante à la réalisation de ce projet et l'équipe de travail vous en remercie.

CONSENTEMENT DE LA PERSONNE PARTICIPANTE

J'accepte de participer

Je n'accepte pas de participer

J'accepte que les données recueillies au cours de cette étude puissent être utilisées pour de futurs projets de recherches. Ces projets feront obligatoirement l'objet d'une demande de certification éthique et mon anonymat sera assuré en tout temps.

Oui

Non

ANNEXE C - Certificat d'approbation éthique de l'Université d'Ottawa

05/12/2023

Université d'Ottawa
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE I CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number	H-09-22-8218
Titre du projet / Project Title	L'interférence contraceptive vécue par les adolescent·e·s et jeunes adultes en relation intime
Type de projet / Project Type	Thèse de doctorat / Doctoral thesis
Statut du projet / Project Status	Renouvelé / Renewed
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	14/11/2022
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	13/11/2024

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher	Affiliation	Role
Catherine ROUSSEAU	École interdisciplinaire des sciences de la santé / Interdisciplinary School of Health Sciences	Chercheur Principal / Principal Investigator
Simon LAPIERRE	École de service social / School of Social Work	Superviseur / Supervisor
Sylvie LÉVESQUE	UQAM	Co-superviseur / Co-supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada

550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie I www.recherche.uottawa.ca/ethics

05/12/2023

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout évènement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completedfour weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Riana MARCOTTE
Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer
Pour/For **Daniel LAGAREC** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences / Health Sciences and Sciences Research Ethics Board**

550, rue Cumberland, pièce 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada

550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

ANNEXE D - Certificat d'approbation éthique du Cégep de Saint-Laurent

No. de certificat

SL-2023-02

CÉGEP DE Saint-Laurent

Comité d'éthique de la recherche du Cégep de Saint-Laurent (CÉR)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le comité d'éthique de la recherche du Cégep de Saint-Laurent (CÉR), selon les procédures en vigueur et conformément à la *Politique institutionnelle d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, a examiné le projet de recherche suivant et a conclu qu'il respecte les règles éthiques en vigueur au Cégep de Saint-Laurent.

Titre du projet	L'interférence contraceptive vécue par les adolescent-e-s et jeunes adultes en relation intime
Chercheur principal	Catherine Rousseau
Financement	FRQSC

Modalité d'application

Conformément à la Politique d'éthique de l'établissement, l'équipe de recherche doit informer le CÉR de tout changement au formulaire de consentement ou au protocole d'expérimentation, ou encore à la méthode de collecte ou de traitement des données. Toute interruption prématurée du projet de recherche et incident grave doivent être signalés au CÉR.

Le projet de recherche en cours doit faire l'objet d'une surveillance éthique continue suivant la méthode proportionnelle d'évaluation éthique. Ainsi, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente certification éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet de recherche.

[redacted]

9 février 2023

Nancy Gagné
Présidente du comité d'éthique de la recherche
Cégep de Saint-Laurent

Date de délivrance

Ce certificat est valide jusqu'au : 10 février 2024

Cégep de Saint-Laurent
625, avenue Sainte-Croix
Saint-Laurent (Québec)
H4L 3X7

ANNEXE E - Certificat d'approbation éthique du Cégep Marie-Victorin

Cégep Marie-Victorin
Savoir inventer demain

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE
N° 125a

Le Comité d'éthique de la recherche (CER) du cégep Marie-Victorin a examiné le projet de recherche suivant et a conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la « Politique sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains » du Cégep Marie-Victorin.

Titre du projet : *L'interférence contraceptive vécue par les adolescent·e·s et jeunes adultes en relation intime* – volets qualitatif et quantitatif

Personne responsable de la recherche : Catherine Rousseau

Établissement : Université d'Ottawa

MODALITÉS D'APPLICATION

L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été déclaré au Comité d'éthique de la recherche du Cégep Marie-Victorin. Toute modification ou changement au projet doit être communiqué au Comité. Un suivi annuel est nécessaire pour maintenir la validité de la présente approbation éthique.

Date d'émission du présent certificat : 26 avril 2023

Date de fin de validité : 26 avril 2024

[redacted]

Nicolas F. Larocque, président du CER
pour le CER du Cégep Marie-Victorin

ANNEXE F - Certificat d'approbation éthique du Cégep Gérald-Godin

Certificat d'acceptabilité d'éthique

No. 39

Le Comité d'éthique de la recherche du Cégep Gérald-Godin a examiné le projet de recherche suivant :

Responsable(s) du projet : Catherine Rousseau

Département, programme ou regroupement : École interdisciplinaire des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Titre du projet : L'interférence contraceptive vécue par les adolescent·e·s et jeunes adultes en relation intime.

No. projet CÉR-GG : **40-H23**

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux exigences formulées dans la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* du Cégep Gérald-Godin et l'*Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (2018).

Le présent certificat est valide pour la durée du projet.

- Rapport du statut du projet (renouvellement du certificat ou fin du projet) attendu au plus tard le 4 mai 2024.

Membres du Comité d'éthique de la recherche

Membres	Fonction/Discipline	Département ou organisme externe
Catherine Bélec	M.A. (Études françaises et québécoises)	Français et littérature
Hélène Chabot	M.A. (Philosophie)	Philosophie
Anne Deret	Ph.D. (Sciences humaines)	Sciences humaines
Meg Gillespie	M.A. (Pédagogie)	Langues modernes
Debby Ann Philie	M.A. (Pédagogie)	Développement pédagogique
Gilles Sabourin	M.Sc. (Environnement)	Membre externe : retraité
Geneviève Simard	Ph.D. (Psychologie)	Sciences humaines
Jérémie Thériault-Langelier	M.A. (Histoire)	Développement pédagogique

Date de la décision en évaluation déléguée : 3 mai 2023
Date d'émission initiale du certificat : 3 mai 2023

[redacted]
Hélène Chabot, M.A., Présidente

15615, boulevard Gouin Ouest - Sainte-Geneviève (Québec) - H9H 5K8 - Tél. 514-626-2666 - Téléc. 514-626-9630 - cer@cgodin.qc.ca - www.cgodin.qc.ca

ANNEXE G - Certificat d'approbation éthique du Cégep Ahuntsic

CollègeAhuntsic

Certificat d'éthique de la recherche

CER-AH-2024-02-16-001-ROUC

Titre du projet : *L'interférence contraceptive vécue par les adolescent·e·s et jeunes adultes en relation intime*

Chercheur(s) : Catherine Rousseau

Le comité d'éthique de la recherche du Collège Ahuntsic a convenu que la proposition de cette recherche menée avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

Période de validité du présent certificat

Date de début : 2024-02-16 Date de fin : 2025-02-16

En acceptant ce certificat d'éthique vous vous engagez à :

1. Informer le CÉR par écrit de tout changement qui doit être apporté à la présente recherche ou aux documents destinés aux participants, tels que publicité pour le recrutement, lettre d'information et formulaire de consentement.
2. Demander annuellement le renouvellement de ce certificat d'éthique en utilisant le formulaire prévu à cet effet.
3. Aviser par écrit le CÉR de l'abandon ou de l'interruption prématurée de ce projet de recherche.
4. Faire parvenir au CÉR un rapport final en utilisant le formulaire prévu à cette fin au plus tard deux (2) mois après la fin de la recherche.

[redacted]

Josiane Robidas

Présidente du CÉR

[redacted]

Samuel Fournier St-Laurent

Secrétaire du CÉR

ANNEXE H - Affiche de recrutement du volet qualitatif



ANNEXE I - Affiche de recrutement du volet quantitatif



ANNEXE J - Questionnaire sociodémographique du volet qualitatif

Questionnaire sociodémographique accompagnant le volet qualitatif

PROJET CONTRACEPTION ET INTIMITÉS

1. Quel âge avez-vous?
[___] [___]

2. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison?
- ☐ Français
- ☐ Anglais
- ☐ Autre langue, veuillez préciser : _____

3. Dans quel pays êtes-vous né·e?
- ☐ Canada
- ☐ Autre, veuillez préciser : _____
  Depuis combien d'années vivez-vous au Canada? :_____

4. Quelle est votre identité de genre?
- ☐ Femme
- ☐ Homme
- ☐ Bispirituel·le
- ☐ Non-binaire
- ☐ Agenre
- ☐ En questionnement
- ☐ Autre identité de genre, veuillez préciser : _____

5. Quelle est votre orientation sexuelle?
- ☐ Hétérosexuelle
- ☐ Homosexuelle, lesbienne, gaie
- ☐ Bisexuelle
- ☐ Asexuelle
- ☐ Pansexuelle
- ☐ En questionnement

6. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation actuelle?
- ☐ Célibataire, sans partenaire
- ☐ Célibataire, avec un·e ou des partenaire·s (one night, dating)
- ☐ En couple avec un·e partenaire régulier·ère (couple exclusif)
- ☐ En relation avec plus d'un·e partenaire (polyamour, relations plurielles)
- ☐ Autre, veuillez préciser:_____

7. Dans quel type de résidence habitez-vous?
- ☐ J'habite dans la demeure familiale (avec mes parents)
- ☐ Je suis locataire de mon lieu de résidence (appartement, condo, maison)
- ☐ Je suis propriétaire ou co-propriétaire de mon lieu de résidence

☐ Je réside dans des ressources d'hébergement communautaire (par ex. pour personnes en situation d'itinérance, en difficulté)
☐ Je réside dans une ressource institutionnelle (par ex. centre jeunesse, hôpital)
☐ Je n'ai pas de lieu de résidence stable (change souvent d'endroit)
☐ Autre situation, veuillez préciser : _____

8. Quelle est votre occupation principale?

☐ Aux études
☐ Travail (incluant en congé de maternité, en congé de maladie, CNESST)
☐ Chômage ou sans emploi
☐ Autre, veuillez préciser: _____

9. Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez complété?

☐ Études primaires
☐ Études secondaires
☐ Études collégiales, professionnelles ou école de métier
☐ Études universitaires de 1er cycle (Baccalauréat)
☐ Études universitaires de 2e ou 3e cycle (Maîtrise ou doctorat)

10. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?

☐ Vous vous considérez à l'aise financièrement
☐ Vous considérez vos revenus suffisants (pour répondre à vos besoins fondamentaux ou à ceux de votre famille)
☐ Vous considérez vos revenus insuffisants (pour répondre à vos besoins fondamentaux ou à ceux de votre famille)
☐ Vous considérez que vous êtes en situation de pauvreté

11. Lequel des items suivants décrit le mieux votre appartenance religieuse?

☐ Aucune (athée, agnostique, autre)
☐ Catholique
☐ Protestante
☐ Musulmane
☐ Bouddhiste
☐ Église unie
☐ Hindoue
☐ Juive
☐ Autre, veuillez préciser :_____

12. Au Canada, êtes-vous perçue comme une membre d'une minorité ethnoculturelle (ou comme une personne racisée, ethnicisée) en raison de caractéristiques culturelles ou physiques?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, selon quelle(s) caractéristique(s) parmi les suivantes :

	Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent
votre nom	
votre couleur de peau	
les traits de votre visage (p.ex. nez, yeux, lèvres)	
la texture de vos cheveux	
Votre langue parlée	
votre accent	
votre religion	

13. Considérez-vous vivre avec un handicap (visible ou non)?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, lequel ou lesquels parmi les suivants :

	Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent
Intellectuel	
Auditif	
Moteur	
De la parole et du langage	
Visuel	
Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	
Trouble grave de santé mentale	
Autre, veuillez préciser : _____	

ANNEXE K - Guide d'entretien individuel qualitatif

L'interférence contraceptive vécue par les jeunes en relation intime
Guide d'entretien individuel (*version 1er février 2023)*
Thèse Catherine Rousseau

Au début de l'entretien qualitatif :

- Repasser le formulaire d'information et de consentement avec la participante et faire signer le formulaire
- Répondre aux questions
- Avec l'accord de la participante, débuter l'enregistrement

Thème	Questions	Questions de relance	Ce qui est attendu
INTRODUCTION			
Introduction	1) Pour débuter, j'aimerais que tu me parles de ta motivation à participer à ce projet. Pourquoi souhaitais-tu participer? ~~*où as-tu entendu parler du projet?~~ 2) Est-ce que tu peux me parler un peu de toi?	• Est-ce que tu es inscrite à l'école? Si oui, tu es à quel niveau scolaire? Si non, quelle est ton occupation principale (travail)? • Peux-tu me parler de tes ami.es, de ton entourage?	• Motivation à participer à l'étude • Contexte actuel : scolarisation, travail, religion, appartenance ethnoculturelle, etc.
PERCEPTIONS CONTRACEPTION			
Perceptions individuelles de la contraception	3) Est-ce que tu utilises de la contraception? Si oui, laquelle? Depuis combien de temps? 4) Qu'est-ce qui t'as amené à prendre cette contraception (ex., accès, coût, situation relationnelle, raisons environnementales)?	• Quelles craintes avais-tu par rapport à la contraception? Qu'est-ce que tu appréciais de la contraception? • De quelles façons les gens autour de toi perçoivent la contraception? • Quel obstacle as-tu rencontré pour avoir accès à de la contraception? (accord des parents, coût, transport)	• Perceptions individuelles et sociales (environnements familial, culturel, interpersonnel) de la contraception en termes de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité, de qualité des soins et de possibilité.
EXPLORATION CONTEXTE RELATIONNEL ET INTERFÉRENCE CONTRACEPTIVE			
Contexte relationnel	Comme tu le sais, ce projet s'intéresse aux situations qui peuvent se produire avec un partenaire intime lorsqu'on souhaite utiliser de la contraception. Plus spécifiquement, on s'intéresse	• Comment as-tu rencontré ce partenaire? • Est-ce qu'il y avait beaucoup de conflits dans cette relation? Si oui, à quoi cela ressemblait?	• Rencontre partenaire • Durée relation • Description partenaire • Appréciation de la relation • Satisfaction relationnelle

	aux situations où il a été difficile d'utiliser la contraception à cause du partenaire intime. 5) D'abord, peux-tu me mettre un peu en contexte et me parler de ta relation avec cette personne?		• Conflits et violence
Interférence contraceptive	6) Peux-tu me parler de la situation où tu as le sentiment de ne pas avoir eu le contrôle sur la contraception que tu voulais utiliser?	• Est-ce qu'il a déjà contrôler ta contraception? Comment? • Qu'est-ce que tu t'empêchais de demander/faire, par crainte de représailles ou de conséquences? (ajout en lien avec contrôle coercitif Simon – 13 fév. 2023)	• Manifestations d'IC • Stratégies de résistance du partenaire • Occurrence de l'IC
CARACTÉRISTIQUES DE LA RELATION ET RAPPORTS DE POUVOIR			
Rapports de pouvoir et autonomie	7) Lorsqu'il est question de contraception, qui avait généralement le dernier mot? Pourquoi crois-tu que c'était ainsi? 8) Comment se déroulait la négociation de l'usage de la contraception?	• Qu'est-ce qui arrivait si ton partenaire refusait d'avoir une relation sexuelle protégée? • Comment réagissais-tu face à ses réactions et comportements?	• Stratégies de résistance et de contrôle du partenaire • Inégalités de pouvoir • Communication • (im)possibilité de négociation de la contraception • Réactions émotionnelles de la participante
IMPACTS DE L'INTERFÉRENCE CONTRACEPTIVE			
Impacts sur la santé et le bien-être	9) Quels impacts as-tu vécu à la suite de cette situation? 10) Quels sont les impacts que cette situation a eu sur la façon dont tu vois les relations intimes?	• As-tu contracté une ITS? Eu une grossesse non planifiée? Eu un avortement? Eu recours au Plan B/pilule du lendemain/contraception orale d'urgence?	• Impacts sur la santé sexuelle et reproductive, la santé globale, le bien-être et les relations intimes futures ou subséquentes.

		• Quels impacts a eu cette situation sur ta santé mentale (anxiété, dépression)? • Quels impacts cela a eu dans ta sexualité?	
IDENTITÉS SOCIALES			
Influence des identités et marqueurs sociaux	Avant l'entrevue, j'ai pu consulter tes réponses au questionnaire sociodémographique. Est-ce que ça te va si on revient sur ce que tu as répondu? Tu as indiqué [caractéristiques sociodémographiques] … 12) Selon toi, de quelle(s) façon(s) ton contexte de vie ou tes caractéristiques personnelles ont influencé la situation vécue?	• As-tu vécu de la discrimination ou de la manipulation de ton partenaire en lien avec qui tu es ou ton contexte de vie?	• Discrimination basée sur : classe sociale, situation socioéconomique, immigration, identité de genre, orientation sexuelle, scolarité, religion, racisation, handicap, appartenance à communauté autochtone
SENSIBILISATION			
Messages de sensibilisation	J'arrive à la fin de mes questions. Avant de terminer… 13) Qu'est-ce que tu crois qu'il devrait être fait pour sensibiliser les personnes de ton âge à ces situations?	• Quel type d'éducation faudrait-il faire? Auprès de qui?	• Messages de prévention et de sensibilisation sur l'IC
QUESTION EXTRA : PRÉOCCUPATIONS ENVIRONNEMENTALES			
Si applicable, préoccupations environnementales	14) Si tu me permets, j'aimerais revenir sur un élément intéressant que tu as nommé au début de l'entrevue. Tu as dit que tu as choisi ta contraception pour des raisons environnementales. Est-ce que tu peux m'en parler davantage?		• Choix contraception • Choix partenaire intime • Influence sur le désir d'enfant

Nous avons fait le tour de mes questions. Aimerais-tu ajouter quelque chose? Y aurait-il quelque chose que nous n'avons pas abordé, mais que tu aimerais partager ?

Comment s'est passé l'entrevue de ton côté? Long ou court? Qu'est-ce qui pourrait être modifié?

- → Remerciements
- → Remettre ou transmettre électroniquement la liste des ressources d'aide + le FIC complété et signé
- → Remettre la compensation financière par virement électronique (30 $)

ANNEXE L - Questionnaire quantitatif en ligne

L'interférence contraceptive vécue par les jeunes en relation intime
Questionnaire quantitatif en ligne

FIC FR	FIC EN
QUESTIONS DE SÉLECTION DES PARTICIPANT.ES	
Q1_Age Quel âge as-tu? [___] [___]	**Q1_Age** How old are you? [___] [___]
Q2_Province Dans quelle province ou territoire canadien résides-tu? 1. Québec [1] 2. Autre [2] Préciser quelle province ou territoire : _____	**Q2_Province** In which Canadian province or territory do you reside? 1. Quebec [1] 2. Other [2] Please indicate which province or territory : _____
Q3_Uterus Es-tu une personne avec un utérus? 1. Oui [1] 2. Non [0]	**Q3_Uterus** Are you a person with a uterus? 1. Yes [1] 2. No [0]
Q4_RelationIntime Au cours de ta vie, as-tu déjà été en relation intime pendant 3 mois ou plus avec une personne avec un pénis? 1. Oui [1] 2. Non [0] **Note :** Dans cette étude, une « relation intime » est définie comme un couple, une fréquentation ou toute autre relation dans laquelle tu as ressenti un lien affectif ou amoureux, qu'ils aient eu ou non des relations sexuelles.	**Q4_RelationIntime** In your lifetime, have you ever been in an intimate relationship for 3 months or more with a person with a penis? 1. Yes [1] 2. No [0] **Note:** The term "intimate relationship" can refer to a couple, someone you have been seeing for a few months or any other relationship where the partners have an emotional or romantic bond, whether or not they've had sex.
REMERCIEMENT_1 Je te remercie pour l'intérêt à participer à ce projet. Toutefois, il semble que le sujet de cette étude ne s'applique pas à ta situation. Cela met fin à la participation. **FIN** *CONDITIONS D'EXCLUSION : Si <16 ans, si >23 ans	**REMERCIEMENT_1** Thank you for your interest in participating in this project. However, it seems that the subject of this study doesn't apply to your situation. This ends participation. **END**

Si Q2_Province = 2 Si Q3_Uterus = 0 Si Q4_RelationIntime = 0	

MISE EN CONTEXTE RELATIONNEL

Les prochaines sections de ce questionnaire portent sur la contraception dans une relation intime. Pour l'ensemble des prochaines sections, **réponds aux questions en pensant à ta dernière relation intime d'une durée de 3 mois ou plus, ou ta relation intime actuelle avec une personne qui a un pénis.**	The next sections of this questionnaire focus on contraception in intimate relationships. For all the next sections, **answer the questions by thinking about your last intimate relationship lasting 3 months or more, or your current intimate relationship.**

PRÉCISIONS CONTRACEPTION LORS DE L'IC

Q5_UsageContra Au moment de cette relation intime, quelle(s) méthode(s) de contraception utilisais-tu? Coche tous les choix qui s'appliquent. 1. Aucune [0] 2. Méthodes hormonales (stérilet avec hormones, pilule contraceptive, anneau vaginal, injection contraceptive Depo-Provera, minipilule, timbre contraceptif ou patch, implant sous-cutané Nexplanon) [1] 3. Méthodes barrières (condom externe, condom interne, cape cervicale, diaphragme) [2] 4. Stérilet de cuivre (sans hormone) [3] 5. Méthodes naturelles (coït interrompu ou retrait avant éjaculation (pull out), méthode du calendrier pour déterminer la période de fertilité, observation de la glaire cervicale, symptothermique) [4] 6. Stérilisation (ligature des trompes, vasectomie) [5] 7. Autre, veuillez préciser [6] : _____	**Q5_UsageContra** During this intimate relationship, what contraceptive method(s) were you using? Check all that apply. 1. None [0] 2. Hormonal methods (IUD with hormones, birth control pill, vaginal ring, Depo Provera injection, mini-pill, contraceptive patch or patch, Nexplanon subcutaneous implant) [1] 3. Barrier methods (external condom, internal condom, cervical cap, diaphragm) [2] 4. Copper IUD (hormone-free) [3] 5. Natural methods (coitus interruption or withdrawal before ejaculation (pull out), calendar method to determine fertile period, cervical mucus observation, symptothermal) [4] 6. Sterilization (tubal ligation, vasectomy) [5] 7. Other, please specify[6] :

DÉVELOPPEMENT D'UNE ÉCHELLE SUR L'INTERFÉRENCE CONTRACEPTIVE - ANALYSES EFA

	Q6_IC Pour chacune des situations suivantes, indique à quelle fréquence elle s'est produite dans cette relation intime. **Est-ce que ton/ta partenaire intime…**	Jamais [0]	À l'occasion [1]	Très souvent [2]	Tout le temps [3]	Ne s'applique pas à ma situation [997]	**Q6_IC** For each of the following situations, indicate how often it occurred within this intimate relationship. **Did your intimate partner…**	Never [0]	Occasionally [1]	Very often [2]	All the time [3]	Does not apply to my situation [997]
6-1	t'a mis de la pression pour avoir une relation sexuelle sans condom?						pressure you to have sex without a condom?					
6-2	a tenté de te convaincre de ne pas aller chercher les condoms que vous aviez à disposition?						try to convince you not to get condoms you had available?					
6-3	t'a mis de la pression pour éjaculer dans ton vagin?						pressure you to ejaculate inside your vagina?					
6-4	s'opposait à ce que tu prennes une contraception hormonale (p.ex. la pilule, l'anneau vaginal, le timbre)?						was opposed to you taking hormonal contraception (e.g. pill, vaginal ring, patch)?					
6-5	s'opposait à ce que tu te fasses poser un stérilet?						was opposed to you getting an IUD (e.g. intrauterine device)?					
6-6	t'a mis de la pression pour utiliser la méthode du retrait avant l'éjaculation (pull out)?						pressure you to use the pull-out method?					
6-7	t'a dit de prendre le Plan b (ou pilule du lendemain) après une relation sexuelle non protégée?						tell you to take Plan b (or the morning-after pill) after unprotected sex?					
6-8	t'a mis de la pression pour que tu utilises une contraception hormonale (p.ex. la pilule, l'anneau vaginal, le timbre)?						put pressure on you to use hormonal contraception (e.g. the pill, vaginal ring, patch)?					
6-9	t'a mis de la pression pour utiliser la méthode du calendrier (suivi de ton ovulation)?						pressure you to use the calendar method (tracking your ovulation)?					
6-10	t'a mis de la pression pour que tu te fasses poser un stérilet?						pressure you to get an IUD (e.g. intrauterine device)?					
6-11	t'a fait sentir mal de demander d'utiliser un condom?						make you feel bad about asking to use a condom?					
6-12	a tenté de te convaincre de ne pas utiliser de contraception hormonale (p.ex. la pilule, l'anneau vaginal, le timbre)?						try to convince you not to use hormonal contraception (e.g. pill, vaginal ring, patch)?					

6-13	attendait que tu mentionnes l'utilisation d'un condom pour en mettre un?						wait for you to mention the use of a condom before putting one on?						
6-14	a fait en sorte que tu devais argumenter, négocier ou justifier l'usage du condom?						make you have to argue, negotiate or justify condom use?						
6-15	a refusé de contribuer financièrement à l'achat des condoms?						refuse to contribute financially to the purchase of condoms?						
6-16	a refusé de contribuer financièrement à l'achat de contraception hormonale (p.ex. la pilule, l'anneau vaginal, le timbre)?						refuse to contribute financially to the purchase of hormonal contraception (e.g. the pill, vaginal ring, patch)?						
6-17	A refusé de contribuer financièrement à l'achat de la contraception orale d'urgence (Plan B, pilule du lendemain)?						refuse to contribute financially to the purchase of emergency oral contraception (Plan B, morning-after pill)?						
6-18	a fait semblant de mettre un condom sans réellement le faire avant la relation sexuelle?						pretend to put on a condom without actually doing it before having sex?						
6-19	t'a pénétré sans condom, sans te demander si tu consentais à ne pas porter de condom pour la pénétration?						penetrate you without a condom, without asking if you agreed not to wear a condom during penetration?						
6-20	a retiré le condom sans ton consentement pendant la relation sexuelle?						remove the condom without your consent during sex?						
6-21	a refusé d'utiliser un condom?						refuse to use a condom?						
6-22	t'a forcé à avoir une relation sexuelle sans condom?						force you to have sex without a condom?						
6-23	ne t'a pas informé que le condom s'est brisé ou s'est déplacé lors de la relation sexuelle?						did not inform you that the condom broke or moved during intercourse?						
6-24	a éjaculé à l'intérieur de ton vagin sans ton consentement pendant la relation sexuelle?						ejaculate inside your vagina without your consent during sex?						
6-25	a accepté de se retirer avant d'éjaculer (pull out) mais ne l'a pas fait?						agree to withdraw before ejaculation (pull out) but didn't do it?						

DISTINCTION IC ET CR

*Si au moins 1 point à Q6, renvoie à Q7. Si 0 au total à Q6, saut vers Q8-1.

Q7-1_CR

En pensant aux gestes que tu viens d'identifier, à ton avis, est-ce que ton/ta partenaire intime a posé au moins un de ces gestes pour que tu deviennes enceint.e?

1. Oui [1]
2. Non [0]
3. Je ne suis pas certain.e [998]

*Si la personne choisit « non » à Q7-1.

Q7-1_CR

Thinking about the behaviors you've just identified, do you think your intimate partner engaged in at least one of these behaviors to get you pregnant?

1. Yes [1]
2. No [0]
3. I am not sure [998]

Q7-2_CR

Q7-2_CR Dans quel(s) but(s) crois-tu que ton/ta partenaire intime a posé ce(s) geste(s)? _____	Why do you think your intimate partner did this/these behavior(s)? _____

IMPACTS DE L'INTERFÉRENCE CONTRACEPTIVE - ANALYSES EFA
(ÉCHELLE MAISON INSPIRÉE D'ÉTUDES QUALITATIVES - MOULTON ET AL., 2021; LÉVESQUE ET AL., 2020 + MES DONNÉES QUALITATIVES EN ROUGE)

*Tout le monde peut répondre à cette section.

Q9_ImpactsPsycho

Les prochaines questions portent sur ta santé et ton bien-être dans le cadre de **ta dernière relation intime d'une durée de 3 mois ou plus ou à ta relation intime actuelle. On rappelle qu'il s'agit de relation intime avec une personne avec un pénis.**
Dans cette relation, indique à quelle fréquence tu as vécu les situations suivantes.

The next questions are about your health and well-being in **your last intimate relationship lasting 3 months or more, or your current intimate relationship. Remember that we're talking about an intimate relationship with a person with a penis.**
In this relationship, indicate how often you have experienced the following situations.

	Jamais [0]	Rarement [1]	Quelques fois [2]	Souvent [3]		Never [0]	Rarely [1]	Sometimes [2]	Often [3]
Q9-1 J'ai ressenti de la peur.					**Q9-1** I was scared.				
Q9-2 J'ai vécu de la honte.					**Q9-2** I felt ashamed.				
Q9-3 J'ai été en colère.					**Q9-3** I was angry.				
Q9-4R Je me sentais détendu.e.					**Q9-4R** I felt relaxed.				
Q9-5 J'ai ressenti de l'anxiété ou des symptômes dépressifs (par ex. manque					**Q9-5** I've felt anxious or depressed (e.g. lack of energy, loss of interest in certain activities, sleep problems).				

d'énergie, perte d'intérêt pour certaines activités, problèmes de sommeil).									
Q9-6 J'ai ressenti qu'on me manquait de respect.					**Q9-6** I felt I was being disrespected.				
Q9-7R Je me sentais en sécurité.					**Q9-7R** I felt safe.				
Q9-8 J'ai regretté de ne pas avoir davantage mis mes limites.					**Q9-8** I regretted not setting my boundaries better.				
Q9-9 Je ne me sentais pas écouté.e.					**Q9-9** I did not feel heard.				
Q9-10 J'ai ressenti une perte d'intérêt sexuel ou de désir sexuel.					**Q9-10** I felt a loss of sexual interest or desire.				
Q9-11R J'ai ressenti qu'on considérait mes besoins comme importants.					**Q9-11R** I felt that my needs were considered important.				

Q10_ImpactsSexu
Toujours en pensant à **ta dernière relation intime ou ta relation intime actuelle**, indique à quelle fréquence tu as vécu les situations suivantes.

Still thinking about **your last intimate relationship or your current intimate relationship,** indicate how often you have experienced the following situations.

Q10-1 Je me suis inquiété.e d'avoir contracté une infection transmissible sexuellement (ITS) (comme la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès génital ou des condylomes, etc.).	Non, jamais [0]	Oui, une fois [1]	Oui, à plus d'une reprise [2]	**Q10-1** I was worried I had contracted a sexually transmitted infection (STI) (such as chlamydia, gonorrhea, syphilis, genital herpes, or condylomas, etc.).	No, never [0]	Yes, once [1]	Yes, more than once [2]
Q10-2 J'ai eu un diagnostic d'infection transmissible sexuellement (ITS) (comme la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès génital ou des condylomes, etc.).	Non, jamais [0]	Oui, une fois [1]	Oui, à plus d'une reprise [2]	**Q10-2** I have been diagnosed with a sexually transmitted infection (STI) (such as chlamydia, gonorrhea, syphilis, genital herpes, or condyloma, etc.).	No, never [0]	Yes, once [1]	Yes, more than once [2]
Q10-3 J'ai eu recours à la contraception orale d'urgence (pilule du lendemain, plan B).	Non, jamais [0]	Oui, une fois [1]	Oui, à plus d'une reprise [2]	**Q10-3** I have used emergency oral contraception (morning-after pill, plan B).	No, never [0]	Yes, once [1]	Yes, more than once [2]

Q10-4 Je me suis inquiété.e d'être enceint.e.	Non, jamais [0]	Oui, une fois [1]	Oui, à plus d'une reprise [2]	**Q10-4** I was worried about being pregnant.	No, never [0]	Yes, once [1]	Yes, more than once [2]
Q10-5 J'ai eu une grossesse non désirée ou non planifiée lors de cette relation intime.	Non, jamais [0]	Oui, une fois [1]	Oui, à plus d'une reprise [2]	**Q10-5** I had an unwanted or unplanned pregnancy during this intimate relationship.	No, never [0]	Yes, once [1]	Yes, more than once [2]
Q10-6 J'ai eu recours à l'avortement (interruption volontaire de grossesse) lors de cette relation intime.	Non, jamais [0]	Oui, une fois [1]	Oui, à plus d'une reprise [2]	**Q10-6** I had an abortion (voluntary interruption of pregnancy) during this intimate relationship.	No, never [0]	Yes, once [1]	Yes, more than once [2]

Q11_ImpactsIntimité

Toujours en pensant à **ta dernière relation intime d'une durée de 3 mois ou plus ou à ta relation intime actuelle**, indique dans quelle mesure tes perceptions sur les hommes et sur les relations intimes ont changé. **On rappelle qu'il s'agit de relation intime avec une personne ayant un pénis.**

Still thinking about **your last intimate relationship lasting 3 months or more, or your current intimate relationship**, indicates the extent to which your perceptions of men and intimate relationships have changed. **Remember that we're talking about an intimate relationship with a person with a penis.**

Q11-1 Ma vision des hommes ou des personnes avec un pénis a changé négativement.	Pas du tout [0]	Un peu [1]	Quelque peu [2]	Beaucoup [3]	**Q11-1** My view of men or people with a penis has changed for the worse.	Not at all [0]	A little [1]	Somewhat [2]	Very much [3]
Q11-2R Ma vision des hommes ou des personnes avec un pénis a changé positivement.	[0]	[1]	[2]	[3]	**Q11-2R** My view of men or people with penises has changed for the better.	[0]	[1]	[2]	[3]
Q11-3 Ma vision des relations intimes a changé négativement.	[0]	[1]	[2]	[3]	**Q11-3** My view of intimate relationships has changed for the worse.	[0]	[1]	[2]	[3]
Q11-4R Ma vision des relations intimes a changé positivement.	[0]	[1]	[2]	[3]	**Q11-4R** My view of intimate relationships has changed for the better.	[0]	[1]	[2]	[3]

RAPPORTS DE POUVOIR DANS LA RELATION INTIME - ANALYSES EFA
(SEXUAL RELATIONSHIP POWER SCALE, PULERWITZ ET AL., 2000; Cronbach's alpha = 0.84)

*Tout le monde peut répondre à cette section.

Q12_RelationshipControlSubscale

Indique dans quelle mesure tu es d'accord avec les affirmations suivantes qui portent sur **ta dernière relation intime ou ta relation intime actuelle.**

Indicate the extent to which you agree with the following statements about **your last or current intimate relationship.**

	Fortement en désaccord [1]	Plutôt en désaccord [2]	Plutôt en accord [3]	Fortement en accord [4]		Strongly disagree [1]	Disagree [2]	Agree [3]	Strongly agree [4]
Q12-1 Si je demandais à mon/ma partenaire d'utiliser un condom, il/elle/iel devenait violent.					**Q12-1** If I asked my partner to use a condom, they would get violent.				
Q12-2 Si je demandais à mon/ma partenaire d'utiliser un condom, il/elle/iel se fâchait.					**Q12-2** If I asked my partner to use a condom, they would get angry.				
Q12-3 La plupart du temps, nous faisons ce que mon/ma partenaire veut faire.					**Q12-3** Most of the time, we do what my partner wants to do.				
Q12-4 Mon/ma partenaire ne me laisse pas porter certains vêtements ou accessoires.					**Q12-4** My partner won't let me wear certain clothes or accessories.				
Q12-5 Lorsque mon/ma partenaire et moi sommes ensemble, je suis plutôt silencieuse.eux.					**Q12-5** When my partner and I are together, I'm pretty quiet.				
Q12-6 Mon/ma partenaire a le dernier mot sur les décisions importantes qui nous concernent les deux.					**Q12-6** My partner has more say than I do about important decisions that affect us.				
Q12-7 Mon/ma partenaire me dit avec qui je peux passer du temps.					**Q12-7** My partner tells me who I can spend time with.				

Q12-8 Si je demandais à mon/ma partenaire d'utiliser un condom, il/elle/iel pensait que c'était pour avoir des relations sexuelles avec d'autres personnes.					**Q12-8** If I asked my partner to use a condom, they would think I'm having sex with other people.				
Q12-9 Je me sentais coincé.e ou pris.e dans la relation.					**Q12-9** I feel trapped or stuck in this relationship.				
Q12-10 Mon/ma partenaire fait ce qu'il/elle/iel veut, même si je ne suis pas d'accord.					**Q12-10** My partner does what they want, even if I do not want them to.				
Q12-11 Je suis plus engagé.e dans la relation que mon/ma partenaire.					**Q12-11** I am more committed to our relationship than my partner is.				
Q12-12 Lorsque mon/ma partenaire et moi ne sommes pas d'accord, il/elle/iel obtient ce qu'il/elle/iel veut la plupart du temps.					**Q12-12** When my partner and I disagree, they get their way most of the time.				
Q12-13 Mon/ma partenaire retire plus d'avantages de notre relation que moi.					**Q12-13** My partner gets more out of our relationship than I do.				
Q12-14 Mon/ma partenaire veut toujours savoir où je suis.					**Q12-14** My partner always wants to know where I am.				
Q12-15 Je soupçonne que mon/ma partenaire ait des relations sexuelles avec quelqu'un d'autre.					**Q12-15** My partner might be having sex with someone else.				

THE CONFLICT IN ADOLESCENT DATING RELATIONSHIPS INVENTORY SHORT FORM (CADRI-S-VICTIMIZATION ONLY)

*Tout le monde peut répondre à cette section.

Q13_CADRI-S

Toujours en pensant à **ta dernière relation intime ou à ta relation intime actuelle,** indique à quelle fréquence les situations suivantes se sont produites.
Thinking about **your last or current intimate relationship**, indicate how often the following situations occurred.

	Jamais [0]	Rarement [1]	Quelques fois[2]	Souvent [3]		Never [0]	Rarely [1]	Sometimes [2]	Often [3]
Q13-1 Mon/ma partenaire m'a parlé sur un ton hostile ou méchant.					**Q13-1** My partner spoke to me in a hostile or mean tone of voice.				
Q13-2 Mon/ma partenaire m'a insulté en me rabaissant.					**Q13-2** My partner insulted me by putting me down.				
Q13-3 Mon/ma partenaire a dit des choses à mes amis à mon sujet pour les monter contre moi.					**Q13-3** My partner said things to my friends about me to turn them against me.				
Q13-4 Mon/ma partenaire m'a donné des coups de pied, des coups de poing ou m'a frappé.					**Q13-4** My partner kicked, hit, or punched me.				
Q13-5 Mon/ma partenaire m'a giflé ou m'a tiré les cheveux.					**Q13-5** My partner slapped or pulled my hair.				
Q13-6 Mon/ma partenaire a menacé de me faire du mal.					**Q13-6** My partner threatened to hurt me.				
Q13-7 Mon/ma partenaire a menacé de me frapper ou de me lancer quelque chose.					**Q13-7** My partner threatened to hit or throw something at me.				
Q13-8 Mon/ma partenaire a répandu des rumeurs à mon sujet.					**Q13-8** My partner spread rumors about me.				
Q13-9 Mon/ma partenaire m'a touché sexuellement quand je ne le voulais pas.					**Q13-9** My partner touched me sexually when I didn't want them to.				
Q13-10 Mon/ma partenaire m'a forcé à avoir des relations sexuelles quand je ne le voulais pas.					**Q13-10** My partner forced me to have sex when I didn't want to.				

QUESTION OUVERTE SUR AUTRES FORMES VÉCUES D'IC

*Tout le monde peut répondre à cette section.

Q8-1_AutreIC

Au cours de ta vie, tu as peut-être connu une situation où il était difficile d'utiliser la contraception avec un partenaire intime qui n'a pas été décrite ci-dessus. Il peut s'agir de situations survenues dans la même relation intime à laquelle tu pensais lors des questions précédentes ou dans d'autres relations intimes.

Est-ce que tu as vécu un autre type de situations où ton ou ta partenaire intime a rendu l'usage de la contraception difficile ou impossible?

1. Oui [1]
2. Non [0]
3. Je ne suis pas certain.e [998]

*Si la personne choisit « oui » ou « je ne suis pas certain.e » à Q8-1.

Q8-2_AutreIC

Tu peux partager ce qui s'est produit ci-dessous.

_____

*Si la personne écrit quelque chose à Q8-2_AutreIC, présenter Q8-3.

Q8-3_AutreIC

La situation que tu viens de décrire s'est-t-elle produite dans la même relation intime à laquelle tu pensais lors des questions précédentes, ou dans une autre relation intime?

1. Dans la même relation intime [1]
2. Dans une autre relation intime, qui a duré moins de 3 mois [2]
3. Dans une autre relation intime, qui a duré 3 mois ou plus [3]
4. Je préfère ne pas répondre [998]

Q8-1_AutreIC

In your lifetime, you may have experienced a situation where it was difficult to use contraception with an intimate partner that has not been documented above. These may have been situations in the same intimate relationship as the one you thought of in the previous questions, or in other intimate relationships.

Have you experienced any other type of situation where your intimate partner made it difficult or impossible to use contraception?

1. Yes [1]
2. No [0]
3. I am not sure [998]

Q8-2_AutreIC

You can share what happened below.

_____

Q8-3_AutreIC

Did the situation you just described occur in the same intimate relationship as the one you thought of in the previous questions, or in another intimate relationship?

1. In the same intimate relationship [1]
2. In another intimate relationship, lasting less than 3 months old [2].
3. In another intimate relationship, lasting 3 months or more [3].
4. I prefer not to answer [998]

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Préambule Nous arrivons aux dernières questions du questionnaire qui portent sur ton contexte de vie. À noter que tes réponses ne sont utilisées qu'à des fins de recherche.	**Preamble** These are the last questions of the survey, which are about your life context. Remember that your answers will only be used for research purposes.
Q14_PAYSNAISS Dans quel pays es-tu né·e? 1. Canada [1] 2. Autre, veuillez préciser : [2] _____	**Q14_PAYSNAISS** In which country were you born? 1. Canada [1] 2. Other, please specify : [2] _____
Q15_STATUTCAN Quel est ton statut actuel au Canada? 1. Citoyenneté canadienne [1] 2. Je détiens un visa temporaire (p.ex. études) [2] 3. Réfugié·e [3] 4. Résident·e permanent·e [4] 5. Autre, veuillez préciser : [5] _____	**Q15_STATUTCAN** What is your current status in Canada? 1. Canadian citizen [1] 2. I have a temporary visa (e.g., student) [2] 3. Refugee [3] 4. Permanent resident [4] 5. Other, please specify : [5]_____
Q16_PARENTS Où sont nés tes parents (père et mère, ou autre figure parentale)? 1. Tous les deux sont nés au Canada [1] 2. L'un de mes parents est né à l'extérieur du Canada [2] 3. Tous les deux sont nés à l'extérieur du Canada [3]	**Q16_PARENTS** Where were your parents born (mother and father, or other parental figure)? 1. Both were born in Canada [1] 2. One of my parents was born outside of Canada[2] 3. Both were born outside of Canada [3]
Q17-1_AUTOC Es-tu une personne autochtone (Premières Nations, Métis, Inuit)? 1. Oui [1] 2. Non [0]	**Q17-1_AUTOC** Are you an Indigenous person (First Nations, Métis, Inuit)? 1. Yes [1] 2. No [0]
*Présenter si 1 à Q17-1. **Q17-2_NationAUTOCH** Si oui, de quelle nation? (svp préciser) : _____	**Q17-2_NationAUTOCH** If yes, from which nation? (please specify): _____
Q18_Genre Quelle est ton identité de genre? 1. Femme [1] 2. Homme [2] 3. Bispirituel·le [3] 4. Genderfluid, fluide dans le genre [4] 5. Non-binaire [5] 6. Agenre [6]	**Q18_Genre** What is your gender identity? 1. Woman [1] 2. Man [2] 3. Two-Spirit [3] 4. Genderfluid [4] 5. Non-binary [5] 6. Agender [6]

7. En questionnement [7]	7. Questioning [7]
Q19_OS Quelle est ton orientation sexuelle? 1. Hétérosexuelle [1] 2. Homosexuelle, lesbienne, gai [2] 3. Bisexuelle [3] 4. Asexuelle [4] 5. Pansexuelle [5] 6. En questionnement [6]	**Q19_OS** What is your sexual orientation? 1. Heterosexual, straight [1] 2. Homosexual, lesbian, gay [2] 3. Bisexual [3] 4. Asexual [4] 5. Pansexual [5] 6. Questioning [6]
Q20_ENF Combien d'enfants as-tu? 1. Aucun [0] 2. Un [1] 3. Deux [2] 4. Trois ou plus [3]	**Q20_ENF** How many children do you have? 1. None [0] 2. One [1] 3. Two [2] 4. Three or more [3]
Q21_SCOL Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que tu as complété? 1. Études primaires [1] 2. Études secondaires (DES) [2] 3. Études professionnelles ou école de métier (DEP) [3] 4. Études collégiales (DEC) [4] 5. Études universitaires de 1er cycle (Baccalauréat ou équivalent) [5] 6. Études universitaires de 2e cycle (Maîtrise ou équivalent) [6]	**Q21_SCOL** What is the highest level of education you have completed? 1. Elementary/primary school [1] 2. Secondary education (DES) [2] 3. Vocational studies or trade school (DEP) [3] 4. College studies (DEC) [4] 5. Undergraduate university studies (Bachelor's or equivalent) [5] 6. Graduate studies (Master's degree or equivalent) [6]
Q22_SSE Au meilleur de tes connaissances, comment évaluerais-tu ton statut financier (ou celui de ta famille) ? 1. Je suis/nous sommes moins à l'aise financièrement que la majorité des personnes de mon âge. [1] 2. Je suis/nous sommes aussi à l'aise financièrement que la majorité des personnes de mon âge. [2] 3. Je suis//nous sommes plus à l'aise financièrement que la majorité des personnes de mon âge. [3]	**Q22_SSE** To the best of your knowledge, how would you rate your (or your family's) financial status? 1. I am/we are less financially comfortable than most people my age. [1] 2. I am/we are as financially comfortable as most people my age. [2] 3. I am/we are more financially comfortable than the majority of people my age. [3]

Q23-1_RACISATION
Au Canada, es-tu perçue comme une personne racisée (qui a vécu ou qui risque de vivre du racisme) en raison de caractéristiques culturelles ou physiques réelles ou supposées?

1. Oui [1]
2. Non [0]

Q23-1_RACISATION
In Canada, are you perceived as a racialized person (who has experienced or is at risk of experiencing racism) because of real or perceived cultural or physical characteristics?

1. Yes [1]
2. No [0]

*Présenter si 1 à Q23-1.
Q23-2_PrécisionRacis
Selon toi, laquelle ou lesquelles des caractéristiques suivantes ont été visées lors de situations de racisme?

	Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent
Q23-2.1 Ton nom	
Q23-2.2 Ta couleur de peau	
Q23-2.3 Les traits de ton visage (p.ex. nez, yeux, lèvres)	
Q23-2.4 La texture de tes cheveux	
Q23-2.5 Ton accent	
Q23-2.6 Ta religion	

Q23-2_PrécisionRacis
In your opinion, which of the following characteristics have been targeted in situations of racism?

	Check all that apply
Q23-2.1 Your name	
Q23-2.2 The colour of your skin	
Q23-2.3 Your facial structure (i.e. nose, eyes, lips)	
Q23-2.4 Your hair texture	
Q23-2.5 Your accent	
Q23-2.6 Your religion	

Q24_Religion
Lequel des items suivants décrit le mieux ton appartenance religieuse?

1. Aucune (athée, agnostique, autre) [1]
2. Bouddhiste [2]
3. Catholique [3]
4. Église unie [4]
5. Hindoue [5]
6. Juive [6]
7. Musulmane [7]
8. Protestante [8]
9. Autre, veuillez préciser : [9] _____

Q24_Religion
Which of the following items best describes your religious affiliation?

1. None (atheist, agnostic, other) [1]
2. Buddhist [2]
3. Catholic [3]
4. United Church [4]
5. Hindu [5]
6. Jewish [6]
7. Muslim [7]
8. Protestant [8]
9. Other, please specify : [9] _____

Q25_IMPREL
Quelle est l'importance de tes croyances religieuses ou spirituelles sur la façon dont tu mènes ta vie?

1. Très importantes [4]
2. Assez importantes [3]
3. Pas très importantes [2]
4. Pas importantes du tout [1]

Q25_IMPREL
How important are your religious or spiritual beliefs to the way you live your life?

1. Very important [4]
2. Fairly important [3]
3. Not very important [2]
4. Not at all important [1]

Q26_SANTEMENTALE
Au cours de ta vie, as-tu déjà connu un ou plusieurs des enjeux de santé mentale (diagnostiqués ou non diagnostiqués) énumérés ci-dessous ?

	Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent
Q26-2.0 Non, pas d'enjeu de santé mentale	
Q26-2.1 Anxiété	
Q26-2.2 Dépression	
Q26-2.3 Troubles alimentaires (anorexie, boulimie, accès hyperphagique)	
Q26-2.4 Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA ou TDAH)	
Q26-autre Autre, veuillez préciser : _____	

Q26_SANTEMENTALE
In your lifetime, have you ever experienced one or more of the mental health issues (diagnosed or undiagnosed) listed below?

	Check all that apply
Q26-2.0 No, no mental health issues	
Q26-2.1 Anxiety	
Q26-2.2 Depression	
Q26-2.3 Eating disorders (anorexia, bulimia, hyperphagia)	
Q26-2.4 Attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADD or ADHD)	
Q26-autre Other, please specify : _____	

Q27_HANDIC
Considères-tu vivre avec un handicap visible (p.ex., mobilité réduite) ou non-visible (p.ex., douleur chronique, maladie auto-immune) parmi ceux énumérés ci-dessous? Coche tous les choix qui s'appliquent.

Q27_HANDIC
Do you consider yourself to be living with a visible disability (e.g., reduced mobility) or a non-visible disability (e.g., chronic pain, autoimmune disease) among those listed below? Check all that apply.

Q27-2.0 No, no disability	
Q27-2.1 Intellectual	
Q27-2.2 Auditory	

Q27-2.0 Non, pas de handicap		**Q27-2.3** Motor	
Q27-2.1 Intellectuel		**Q27-2.4** Speech and language	
Q27-2.2 Auditif		**Q27-2.5** Visual	
Q27-2.3 Motrice		**Q27-2.6** Autism spectrum disorder (ASD)	
Q27-2.4 De la parole et du langage		**Q27-2.7** Autoimmune disease	
Q27-2.5 Visuel		**Q27-2.8** Chronic pain	
Q27-2.6 Trouble du spectre de l'autisme (TSA)		**Q27-autre** Other, please specify :	
Q27-2.7 Maladie auto-immune			
Q27-2.8 Douleur chronique			
Q27-autre Autre, veuillez préciser :			

QUESTION OUVERTE SUR CLIMAT ET CONTRACEPTION

Q28_Climat Des personnes partagent que leurs préoccupations environnementales ont influencé leur choix de contraception. Si c'est aussi ton cas, dis-moi comment tes préoccupations environnementales t'ont influencé dans le choix, l'usage ou le rejet de contraceptifs (p.ex. aucune contraception, condoms, pilules, timbres, anneau vaginal, méthode du calendrier) : _____	**Q28_Climat** Some people share that their environmental concerns have influenced their choice of contraception. If this is also your case, please tell me how your environmental concerns have influenced your use or non-use of contraceptives (e.g. no contraception, condoms, pills, patches, vaginal ring, calendar method): _____
REMERCIEMENT_2 Je te remercie pour ta précieuse participation ! Tes réponses seront grandement utiles pour mieux comprendre les enjeux liés à la contraception et la reproduction. N'hésite pas à consulter la liste de ressources [lien hypertexte à insérer] pour obtenir de l'aide. En tout temps, je demeure disponible pour répondre à tes questions et te fournir de plus amples informations sur l'étude. Tu peux m'écrire à : [redacted]	**REMERCIEMENT_2** Thank you for your valuable participation! Your answers will be very helpful in better understanding contraceptive and reproductive issues. Don't hesitate to consult this list of resources [hypertext link to insert] for help. We are always available to answer your questions and provide you with more information. You can reach me at : [redacted]