

Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

POPULATIONS PARTICULIERES POUR LA PREVENTION DU VIH/SIDA

Jeunes : revue de littérature

Karen Klaue

Etude financée par :

Office fédéral de la santé publique, Berne
Contrat n° 02.000227

Citation suggérée :

Klaue K. Populations particulières pour la prévention du VIH/sida, jeunes : revue de littérature. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé, 97).

Remerciements

Nous souhaitons remercier ici les personnes qui ont répondu à nos questions dans le cadre de ce mandat, nos collègues, ainsi que Myriam Maeder et Kirsten Sandberg-Christensen pour la mise en page de cette étude.

M:\IMS\UEPP\SECRET\Fichiers Pdf Pour Web\Pdf 97 Jeunes Et Sida\Rds97 Jeunes Et Sida_Web.Doc

TABLE DES MATIERES

Résumé	4
Zusammenfassung	7
1 Introduction	10
1.1 Les jeunes : population-cible particulière de la prévention du VIH/sida ?	11
1.2 Méthode et Corpus	12
2 Quelques éléments théoriques et méthodologiques	14
2.1 Facteurs entrant dans une taxonomie des programmes de prévention du sida	14
2.2 Bases théoriques fondant les programmes de prévention des risques sexuels chez les jeunes	16
2.3 Les modèles de changement du comportement	17
2.4 Les modèles interactionnistes	19
2.5 Contraintes méthodologiques pour mesurer l'impact des programmes de prévention	20
3 Santé sexuelle et Education sexuelle	22
3.1 Controverses	22
3.2 Attitudes et normes sociétales : quelques cas de figure	23
3.3 Contenus de l'éducation sexuelle	24
3.4 Evaluations de programmes d'éducation sexuelle	25
3.5 Sources d'information en matière d'éducation sexuelle	27
3.6 Les Enseignants et l'Education sexuelle	27
3.7 Rôle des parents et communication parents-enfants en matière de sexualité	28
3.8 Perspectives des jeunes sur l'éducation sexuelle	31
3.9 Le langage du sexe	32
3.10 Limites et apports de l'éducation sexuelle	33
3.11 Résumé	34
4 Grossesses d'adolescentes	35
4.1 Un problème de santé publique	35
4.2 Repères épidémiologiques	36
4.3 Pistes de prévention	37
4.4 Qu'est-ce qui semble efficace ?	39
4.5 Limites de la prévention des grossesses adolescentes	40
4.6 Résumé	41
5 Maladies sexuellement transmissibles dont VIH/sida	42
5.1 Repères épidémiologiques	42
5.2 Pistes de prévention	44
5.3 Les connaissances des jeunes sur le VIH/sida	45
5.4 Le préservatif : enjeu de pouvoirs	47
5.5 Revue des revues /Revue de programmes efficaces publiés depuis 1990	48
5.6 Evaluations des différents types d'intervention	48
5.7 Ingrédients de programmes efficaces	53
5.8 Résumé	54
6 Conclusions	55
7 Recommandations	57
8 Références bibliographiques	58
9 Annexes	73
9.1 Revues des programmes de prévention des grossesses précoces	73
9.2 Les principales maladies sexuellement transmissibles	75
9.3 Revues des programmes de prévention du VIH	76
9.4 Caractéristiques de programmes efficaces selon la littérature	86

RESUME

Introduction

Le but de cette étude est de livrer une analyse actualisée des programmes de prévention VIH/sida ciblant une population de moins de 30 ans dans les pays industrialisés. Elle s'est déroulée sur une période de neuf mois allant d'octobre 2002 à juin 2003.

Les principaux objectifs sont les suivants :

- Repérer les programmes de prévention du VIH/sida s'adressant aux jeunes gens à l'exception des pays en voie de développement^a ;
- Evaluer les principaux effets-positifs et négatifs-de ces programmes ;
- Identifier des sous-groupes particulièrement vulnérables.

Méthode

A partir d'un premier recueil de documents publiés et de la littérature grise obtenue par mots-clé à partir de moteurs de recherche généralistes ainsi que de bases de données plus spécialisées portant spécifiquement sur la prévention du VIH/sida, il est apparu que la problématique devait être élargie à trois thèmes connexes, à savoir l'éducation sexuelle, les grossesses d'adolescentes et les maladies sexuellement transmissibles en général.

Les sources documentaires contemporaines touchant les questions du VIH/sida traitent en majorité d'au moins l'un de ces thèmes. Ainsi, de manière inductive, la recherche a intégré ces nouveaux mots-clé en complément à l'identification des auteurs majeurs de la littérature repérée.

La période de référence a porté approximativement sur la dernière décennie (1990-2003) afin de disposer d'un *state of the art* à jour.

Résultats et discussion

Les programmes de prévention des risques sexuels diffèrent selon un nombre trop important de facteurs pour permettre une taxonomie pertinente.

La communauté scientifique juge néanmoins comme efficaces les programmes de prévention du sida dont les objectifs sont clairement formulés et les interventions opérationnalisées en termes des *outcome* attendus qui doivent répondre aux besoins de la population-cible (critères socio-démographiques et épidémiologiques). Il s'agit de veiller à l'ancrage des programmes dans le contexte local et impliquer les jeunes, les adultes et l'ensemble de la communauté en privilégiant les modes participatifs de type *bottom-up*. Les interventions spécifiques faisant appel à des discussions en petits groupes, le travail des intervenants de rue auprès des populations marginalisées et les actions des pairs sont considérées comme les plus prometteuses.

^a Et de la situation en Suisse qui a fait l'objet d'analyses exhaustives sur le sujet (voir Spencer, B., So-Barazetti, B., Glardon, M.-J. (2001). Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école. Lausanne : IUMSP.

Si dans l'ensemble, les jeunes depuis l'apparition du sida ont multiplié le recours au préservatif, on observe actuellement une diminution de leur perception des risques ainsi qu'un relâchement des pratiques de *safer sex*.

Les grossesses involontaires des adolescents, bien qu'en déclin dans la plupart des pays industrialisés, constituent un constat d'échec de l'éducation sexuelle et un indicateur de prises de risque évident. Les programmes spécifiques existants cherchent essentiellement à mobiliser les réseaux communautaires, cibler les populations vulnérables en termes de scolarité, d'orientation professionnelle et d'insertion. Ils sont souvent couplés à l'offre de services de santé sexuelle qui devraient idéalement répondre aux critères suivants pour être efficaces : confidentialité, facilité d'accès, horaires flexibles, personnel formé, assurance d'un suivi. Il reste de gros efforts à faire pour que ces offres ou d'autres dispositifs puissent toucher davantage les garçons.

La littérature classique des programmes d'éducation sexuelle offre un bilan mitigé en termes de changements de comportements (renvoi de l'entrée dans la sexualité, diminution du nombre de partenaires, augmentation de l'utilisation de préservatifs et de contraceptifs) et a tendance à négliger, en amont, l'importance d'une bonne information dans ce domaine. Si la responsabilité de l'éducation sexuelle ne saurait être uniquement l'apanage de l'institution scolaire – les jeunes sont exposés à et cherchent des informations auprès d'autres sources – elle en offre la meilleure couverture. Les jeunes sont très demandeurs d'éducation sexuelle, notamment autour de thèmes psycho-sociaux et relationnels, mais la formation des enseignants et/ou les inhibitions des parents constituent des obstacles sérieux.

Les groupes les plus exposés aux risques sexuels sont les groupes menacés ou déjà marqués par l'exclusion et qui n'ont pas de ressources ni l'*advocacy* nécessaire. Difficiles à trouver et difficiles à aider, ce sont ces populations qui ont passé par les mailles des filets de protection traditionnels dans divers secteurs (école, travail, logement, santé, cohésion familiale, support communautaire) qui ne devraient pas être laissés pour compte.

Conclusions

Le panorama qui se dégage de ce travail est complexe et offre une vision passablement brouillée de la situation des jeunes eu égard aux programmes de prévention VIH/sida. Un certain nombre de constats peuvent néanmoins être faits.

Les critères méthodologiques d'évaluation de programmes de prévention valides qui dominent la littérature sont en partie inadéquats, incapables d'accommoder par des méthodes expérimentales *stricto sensu* les aspects contextuels multifactoriels ni d'expliquer en fin de compte pourquoi tel programme "marche" ou pas.

Schématiquement on peut opposer deux approches dans la prévention des risques sexuels : celles qui visent à obtenir des modifications comportementales individualistes a-contextuelles et celles qui privilégient les dimensions interactives et relationnelles et, au-delà, la mobilisation communautaire et l'amélioration des conditions socio-économiques des personnes concernées.

Les stratégies qui visent la transmission d'informations et l'acquisition des connaissances sur la santé sexuelle – souvent critiquées comme peu efficaces pour induire des changements de conduite – constituent néanmoins, à travers l'éducation sexuelle, une base de prévention indispensable à renouveler à chaque génération sans relâche.

La littérature disqualifie sans ambiguïté le mythe que l'éducation sexuelle et/ou la prévention encouragerait une activité sexuelle précoce voire débridée. De manière générale, le public adhère à ces efforts qu'il juge nécessaire.

Tout en insistant sur la nécessité de cibler de manière spécifique les populations marginalisées, cette étude constitue un plaidoyer pour qu'on ne néglige pas, en amont, les actions préventives à large couverture à l'endroit des jeunes scolarisés en gardant voire inventant des dispositifs destinés aux décrocheurs du système.

Recommandations

Trois lignes de force peuvent être dégagées sur la base de ce travail :

- Maximiser la couverture pour l'ensemble de la population des moins de 30 ans : renforcer, valoriser, pérenniser l'éducation sexuelle intégrée à la santé sexuelle qui informe sur les moyens de protection et souligne *l'empowerment* du point de vue de la compréhension des rapports de force entre partenaires et des capacités de négociation ; faciliter l'accès aux centres de planning ou autres lieux de conseil bas seuil aux jeunes en général, aux garçons en particulier.
- Cibler les groupes particulièrement vulnérables comme les décrocheurs, les jeunes migrantEs, les jeunes en quête d'orientation sexuelle, les toxicomanes, les jeunes placés ou incarcérés. Renforcer des systèmes de sentinelle en milieu scolaire pour soutenir ceux qui sont en difficulté et assurer un suivi hors école : mobiliser le tissu communautaire de soutien au plan des intervenants, de la famille (comme *gatekeepers* d'une éducation sexuelle informelle) et les pairs.
- Soutenir et promouvoir la recherche dans le domaine de la prévention des risques sexuels sous les aspects suivants :
 - Analyse des besoins
 - Analyse des représentations des risques sexuels
 - Analyse des réseaux de soutien potentiels
 - Analyse des ressources, du capital social
 - Analyse des "échecs" de prévention

Il serait pertinent de combiner enquêtes quantitatives et études qualitatives et particulièrement fructueux de susciter une véritable collaboration entre acteurs de terrain et chercheurs.

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung

Das Ziel dieser Studie ist, eine auf den letzten Stand aktualisierte Analyse der Präventionsprogramme für HIV/Aids, die sich an die Bevölkerung unter 30 Jahre der industrialisierten Länder richtet^b, zu erarbeiten. Die Studie wurde in 9 Monaten durchgeführt (ab Oktober 2002 bis Juni 2003).

Die hauptsächlichen Ziele waren die folgenden :

- Die wichtigsten Präventionsprogramme für HIV/Aids ausfindig zu machen ;
- die hauptsächlichen Wirkungen – positiv oder negativ – dieser Programme zu bewerten ;
- spezifisch gefährdete Gruppen zu identifizieren.

Methodik

Nach einer ersten Sammlung von veröffentlichten Dokumenten und der grauen Literatur, die durch Schlüsselworte über allgemeine Forschungsmotoren und über Datenbanken, die sich spezifisch mit der HIV-Infektion befassen, erlangt wurde, war die Folgerung, dass die Problematik auf drei zusätzliche Themen erweitert werden müsse, nämlich Sexualerziehung, jugendliche Schwangerschaften und sexuell übertragbare Krankheiten.

Die Gegenwartsliteratur, die sich mit der HIV-Infektion befasst, behandelt meist auch wenigstens einen dieser Bereiche. So, auf eine induktive Weise, hat die Forschung diese neuen Schlüsselworte integriert, parallel zu der Identifikation der wichtigsten Autoren auf diesen Gebieten.

Die Referenzperiode ging ungefähr auf die letzten zehn Jahre zurück (1990-2003), um einen auf den neuesten Stand gebrachten *state of the art* aufstellen zu können.

Resultate und Diskussion

Die Präventionsprogramme für Sexualrisiken sind zu unterschiedlich, um eine brauchbare Taxonomie zu erlauben.

Die wissenschaftliche Gemeinschaft hält jedoch diejenigen Programme für wirkungsvoll, deren Ziele klar formuliert sind und deren Interventionen in der Form erwartenden *outcome*, die den Bedürfnissen der bestimmten Zielgruppe (demographische und epidemiologische Kriterien) entsprechen, operationalisiert sind. Man sollte die Verankerung der Programme in der lokalen Umgebung berücksichtigen und die Jugendlichen und Erwachsenen in mitbestimmenden Verfahrensweise (*bottom-up*) einbeziehen. Spezifische Interventionen wie kleinere Diskussionsgrup-

^b Mit Ausnahme von der Schweiz, deren Situation ausführlich in einem früheren Bericht analysiert wurde (cf. Spencer, B. ; So-Barazetti, B. ; Glardon, M.-J. Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école. Lausanne : IUMSP.

pen, *Outreachwork* für gefährdete Randgruppen und präventive Aktionen von Gleichaltrigen werden als die meistversprechenden beurteilt.

Obwohl Jugendliche seit der Erscheinung der Aids-Epidemie sich vielmehr schützen, beobachtet man gegenwärtig eine Verringerung der Risikowahrnehmung und ein Nachlassen der *safer sex* Gebräuche bei Jugendlichen.

Ungewollte Schwangerschaften bei Jugendlichen, die in den meisten industrialisierten Ländern zurückgehen, betonen den Misserfolg der Sexualerziehung und stellen einen guten Indikator von Risikoverhalten dar. Gegenwärtige Programme versuchen hauptsächlich Gemeinschaftsnetze zu mobilisieren, verletzte Segmente der Bevölkerung in den Bereichen von Schule, Arbeitsplatz und generell Integration anzusprechen. Solche Methoden sind oft an gesundheitliche Vorrichtungen gebunden, die im besten Fall folgende Kriterien erfüllen müssten: Vertraulich, leicht (räumlich und zeitlich) zugänglich, mit gut ausgebildetem Personal, und die Möglichkeit einer beständigen Begleitung. Viele Anstrengungen werden noch nötig sein, um solche Vorrichtungen oder andere Angebote jungen Männern erreichbar zu machen.

Was die Bewertung von Programmen der Sexualerziehung betrifft, findet man eine gemischte Bilanz in Hinblick auf Verhaltensveränderungen (verzögerter Einstieg in die Sexualität, Verringerung der Anzahl der Sexualpartner, Zunahme von Kondom- und Kontrazeptivgebrauch), ein Kriterium das übrigens diskutabel ist. Man verkennt oft die Wichtigkeit, stromauf, einer gut übertragenden Aufklärung. Während die Verantwortung für Sexualerziehung nicht allein der Schule obliegt – Jugendliche sind anderen Quellen ausgesetzt und suchen auch woanders Informationen – erbringt sie die beste Abdeckung. Jugendliche verlangen im Bereich Sexualität unterrichtet zu werden und wollen dass man hauptsächlich psycho-soziale und Beziehungsthemen anspricht. Leider sind die Lehrerausbildung und die elterlichen Hemmungen bedenkliche Hindernisse.

Die am meist Sexualrisiken ausgesetzten Gruppen sind diejenigen, die von dem Ausschluss der Gesellschaft bedroht oder schon gezeichnet sind und denen keine Mittel oder eine *advocacy* zur Verfügung stehen. Schwer zu finden, und schwer zu helfen ist der Bevölkerung, die durch die traditionellen Maschen der Schutznetze auf verschiedenen Gebieten gefallen ist (Schule, Arbeit, Wohnung, Gesundheit, Familienkohäsion, gemeinschaftliche Unterstützung); diese Menschen sollten nicht links liegen gelassen werden.

Schlussfolgerungen

Das aus dieser Arbeit abgezeichnete Panorama ist komplex und liefert eine ziemlich unklare Vorstellung der Situation Jugendlicher was HIV-Infektion Präventivprogramme betrifft. Trotzdem kann man eine Reihe von Feststellungen aufzählen.

Die in der Literatur geltenden dominierenden methodologischen Kriterien der Bewertung von Präventionsprogrammen sind teilweise unangebracht, weil sie unfähig sind mit experimentellen Methoden *stricto sensu*, kontextuelle vielschichtige Faktoren anzusprechen und vor allem keine Erklärung abgeben können, warum eigentlich ein Programm „funktioniert“ oder nicht.

Man kann schematisch zwei Ansätze der Sexualrisikenprävention gegenüberstellen: Solche die eine Änderung individueller kontextueller Verhaltensmuster anstreben und solche, die Wechselwirkungen und Beziehungsdynamiken bevorzugen und darüber hinaus die den Einsatz

der Gemeinschaft und die Verbesserung sozioökonomischer Verhältnisse der betroffenen Personen befürworten.

Strategien, die Informationsübertragungen und die Anschaffung von Kenntnissen über Sexualgesundheit anvisieren, die oft als wenig wirksam, um Verhaltensveränderungen herbeiführen zu können, kritisiert werden, bilden dennoch, durch die Sexualerziehung, die unbedingte Basis einer Prävention, die bei jeder Generation unablässig erneuert werden muss.

Die Literatur disqualifiziert unmissverständlich den Mythos, dass Sexualerziehung und/oder Prävention frühzeitigen oder sogar zügellosen Geschlechtsverkehr ermutigt. Allgemein unterstützt das Publikum solche Bemühungen, die als notwendig anerkannt werden.

Während die Notwendigkeit spezifisch Randgruppen zu erreichen in dieser Arbeit betont wurde, ist sie auch ein Plädoyer dafür, dass man stromauf eine breit abgedeckte Prävention nicht vernachlässigt, die die eingeschulden Jugendlichen anvisiert und, parallel, Vorrichtungen für Aussenseiter und *drop-outs* bewahrt oder neu schafft.

Empfehlungen

Drei Ziellinien können von dieser Arbeit abgeleitet werden :

- Die Abdeckung der gesamten Bevölkerung unter 30 zu maximieren : Eine in die Sexualgesundheit integrierte Sexualerziehung zu verstärken, aufwerten, fortbestehen zu lassen, die über Schutzmittel informiert und das *empowerment* im Sinn des Verständnisses der Kräfteverhältnisse zwischen Partnern und deren Verhandlungsmöglichkeiten betont ; die Erreichbarkeit zu Planungsstellen oder anderen niederschweligen Beratungsvorrichtungen für Jugendliche generell und speziell jungen Männern, erleichtern.
- Speziell gefährdete Gruppen anvisieren wie *drop-outs*, junge EinwanderInnen, Jugendliche nach Suche ihrer sexuellen Identität, junge Drogenkonsumenten und Rauschgiftsüchtige, plazierte oder inhaftierte Jugendliche. Überwachungssysteme in der Schule verstärken um diejenigen Jugendlichen mit Schwierigkeiten zu unterstützen, und eine Begleitung ausserhalb der Schule zu sichern : Das Gemeinschaftsnetz mobilisieren mit Hinsicht auf verschiedene Akteure, die Familie (als *gatekeepers* einer Sexualerziehung) und den gleichaltrigen Bekanntenkreis.
- Die Forschung auf dem Gebiet der Prävention von Sexualrisiken zu unterstützen und zu fördern, spezifisch :
 - Analysen der Bedürfnisse
 - Analysen der Vorstellung von Sexualrisiken
 - Analysen der sozialen Netze
 - Analysen der Mittel und des sozialen Kapitals
 - Analysen der „Misserfolge“ der Prävention.

Es wäre zutreffend, quantitative Untersuchungen mit qualitativen Studien zu ergänzen und ganz besonders gewinnbringend, eine echte Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Forschern herzustellen.

1 INTRODUCTION

Cette sous-étude de l'évaluation globale de la stratégie de lutte contre le VIH/sida concerne une série de mises à jour des connaissances touchant des populations importantes pour la prévention du sida.

Son objectif est de livrer une analyse actualisée des programmes de prévention du VIH/sida s'adressant à la population de jeunes dans les pays développés à l'exclusion de la situation suisse qui a déjà fait l'étude d'une étude fouillée¹. Il s'agit de recenser les principales méthodes de prévention utilisées pour ces groupes-cible et d'en décrire les effets positifs et négatifs. Ce travail repose sur une recherche fouillée de la littérature publiée ou grise couvrant la dernière décennie.

Les questions d'évaluation qui ont été définies sont les suivantes :

- Quelles sont les méthodes (programmes) de prévention du VIH/sida qui ont été utilisées avec ces groupes-cibles particuliers ?
- Quels ont été les effets positifs et négatifs de ces méthodes (programmes) ?
- Que sait-on de la situation actuelle de l'exposition au risque et de la protection dans ces groupes-cibles ?
- Peut-on identifier des sous-groupes particulièrement exposés ou vulnérables ?

Le rapport est construit autour de trois objectifs :

1. Proposer une grille de lecture critique pour l'analyse de la littérature ;
2. Restituer de manière systématique les possibles réponses aux questions d'évaluation telles qu'elles apparaissent dans les travaux contemporains en matière de prévention des risques sexuels ;
3. Discuter des lignes de force qui se dégagent du corpus et proposer une série de recommandations.

Cette étude rend compte des principales stratégies^c de prévention en dépassant le cadre strict du VIH/sida. Pour comprendre les options prises dans ce domaine, il était important de faire état des démarches plus globales qui ont pour but de renforcer la santé sexuelle des jeunes notamment les efforts entrepris dans le domaine de l'éducation sexuelle et de la réduction des grossesses involontaires adolescentes.

Les tentatives de réponse aux questions d'évaluation ne sauraient découler telles quelles de la littérature analysée. Il s'agit de discuter de la pertinence d'un groupe-cible de la prévention constitué par les "jeunes" ; questionner les critères méthodologiques les plus utilisés pour établir

^c En référence aux programmes de prévention du sida, les termes de stratégies et d'interventions sont souvent utilisés de manière interchangeable comme ce sera le cas dans cette étude. Pour être précis il faut signaler que les deux concepts sont reliés par une inclusion logique. La stratégie définit la planification globale pour atteindre les buts et les objectifs du programme. Les interventions sont les diverses méthodes qui entrent dans une stratégie de prévention.

l'impact et l'efficacité de programmes de prévention ; exposer les fondements théoriques les plus couramment utilisés dans les approches de prévention ; tenter d'explicitier les aspects réducteurs de paradigmes dominants dans la littérature ; faire apparaître les points sur lesquels il existe des débats vigoureux en fonction des contextes et enjeux qui constituent leur arrière-plan. En annexe sont restitués les revues de programmes de prévention les plus cités ainsi que les caractéristiques indiquant leur efficacité.

Un certain nombre d'éléments qui auraient mérité des développements n'ont pu être abordés dans cette étude. La question des comportements sexuels des jeunes est évoquée dans la mesure où les programmes de prévention visent leur modification. Mais l'actualisation des évolutions récentes de ces conduites dans les enquêtes ne figure pas dans ce rapport. Les phénomènes de violence sexuelle qui marquent trop souvent les expériences sexuelles adolescentes ne sont pas développés. Le rôle de certains acteurs de prévention tels que le personnel médical et en particulier les généralistes n'est pas évoqué^d. La question, importante, du test VIH n'est pas traitée dans ce rapport. Enfin, le rôle des politiques de santé qui peuvent rendre compte du soutien ou de la mise à l'écart de telle ou telle stratégie n'est abordée que rapidement sous l'angle sociétal et culturel.

1.1 LES JEUNES : POPULATION-CIBLE PARTICULIERE DE LA PREVENTION DU VIH/SIDA ?

Il est rare dans la littérature que soit posée la question de savoir pourquoi faire une éducation aux risques sexuels auprès des adolescents. En effet, les arguments faisant des jeunes un groupe cible pour la prévention du HIV/sida ne manquent pas³⁻⁶.

Le premier est d'ordre épidémiologique bien que les situations par pays soient assez variables. Aux Etats Unis, les prévalences de MST et de grossesses non désirées sont particulièrement élevées parmi les adolescentEs bien que la situation soit meilleure en Europe (hormis la Grande Bretagne et l'Europe de l'Est).

L'adolescence marque l'entrée dans la sexualité avec de fréquents changements de partenaire qui constituent autant de risques pour la santé sexuelle. On observe, en effet, des phénomènes de monogamie séquentielle. Tant bien même la période de l'adolescence ne soit pas forcément marquée par des crises majeures, ce temps d'expérimentation peut correspondre à une certaine instabilité psychologique, des recherches délibérées de situations à risque accompagnées de sentiments d'invulnérabilité. Ceci rend ce segment de la population particulièrement résistant aux messages de prévention. Le style de vie des jeunes ne reflète pas des préoccupations de santé (cf. consommations alcool, drogues, tabac). La transition à l'état adulte, marquée par une oscillation entre dépendance et autonomie, souvent ne se passe pas sans heurts.

Des conditions socio-économiques et familiales défavorables peuvent amener cette population vulnérable vers une désaffiliation progressive où, décrocheurs du système scolaire et cumulant nombre de difficultés, certains jeunes encourent des risques considérables, d'autant plus qu'ils ne sont plus atteignables dans le cadre des institutions qui sont des lieux de prévention.

^d Voir Meystre-Agustoni, G. Rôle des médecins installés en pratique privée dans l'épidémie VIH/sida. Rapport de synthèse sida 1999-2003².

Lorsque la prévention peut se faire auprès des jeunes, si possible à un stade précoce, elle peut contribuer à mettre en place des habitudes de comportement susceptibles de perdurer ce qui, à l'évidence, est plus simple que de tenter de modifier des conduites à risque par la suite.

Sous un angle très pratique, la population des jeunes constitue un ensemble captif de l'institution scolaire et donc atteignable par des mesures d'éducation à la santé. Au-delà de cet argument, les jeunes sont communément considérés comme déficitaires de connaissances qu'il s'agit de leur apporter, notamment en matière de sexualité. Certains auteurs remarquent que les sociétés industrielles ont tendance à surinvestir l'institution scolaire et projeter sur l'école et par conséquent sur les populations jeunes un problème de santé –en l'occurrence le sida– qui ne les concerne ni plus ni moins que les classes d'âge adultes⁷.

L'adolescence, probablement davantage que d'autres âges de la vie, est marquée par des clichés plus ou moins stigmatisant. Or, cette population que veut cibler la prévention est extrêmement hétérogène⁸⁻¹¹.

Les jeunes, désignés comme population particulière dans la littérature concernant la prévention du sida, constituent un ensemble moins facile à définir que les prostitué(e)s, toxicomanes, migrant(e)s ou homosexuels qui entrent communément dans cette catégorie. Encore qu'on peut se poser la question de savoir par exemple si les jeunes homosexuels sont plus à rapprocher de leurs aînés ayant la même orientation sexuelle ou de la population jeune.

Dans une comparaison internationale (Allemagne, Autriche, Suisse), il apparaît que cibler les jeunes en particulier soit considéré comme moins important en Suisse qu'en Allemagne et en Autriche¹².

Le seul critère de l'âge est problématique : les bornes temporelles censées caractériser les jeunes sont mobiles. L'UNICEF, UNAIDS et l'OMS définissent les personnes âgées de 10-19 ans d'adolescents et le groupe élargi des 10-24 ans de jeunes gens¹³. On trouve par ailleurs dans la littérature des fourchettes de 12-24 ans, 12-19 ans, 15-18 ans. Cette variabilité n'est pas neutre mais a, dans le champ de la prévention et le domaine du sida, des présupposés théoriques : par exemple, faut-il introduire des messages de prévention du sida dès la puberté ou à partir de l'entrée dans la sexualité ?

Nombre de programmes de prévention ont des approches spécifiques au genre, particulièrement dans la population jeune. Il faudrait donc, au minimum, outre l'âge, considérer cette dimension.

On pourrait considérer à la limite que, à travers la couverture de l'institution scolaire, les jeunes font partie de la population générale ; ceux qui sont hors de ce filet, les décrocheurs constituent une population spécifique et prioritaire pour des actions préventives ciblées sur des risques accrus¹⁴.

1.2 METHODE ET CORPUS

L'analyse a porté sur la littérature concernant les méthodes et programmes de prévention du VIH ainsi que les thèmes qui englobent cette problématique. Diverses sources ont été systématiquement investiguées : la littérature scientifique publiée (revues et ouvrages), la littérature grise, les informations disponibles sur internet. La recherche a procédé par mots-clé et auteurs selon une méthode de "snowball" et jugée complète par effet de clôture.

La période référence pour la recherche de littérature a porté essentiellement sur la dernière décennie (1990-2003) afin de disposer d'un *state of the art* le plus actualisé possible. La recherche s'est limitée aux pays développés : Europe et Amérique du Nord. Parmi les trois zones européennes définies par l'OMS, ce sont les données en provenance de l'Europe de l'Ouest qui ont été retenues (regroupant les 15 pays de l'Union Européenne plus Andorre, Islande, Israël, Malte, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Suisse).

L'ensemble du corpus analysé comprend plus de 650 textes. Les types de documents passés en revue comprennent des revues et méta-analyses, des études particulières et des ouvrages, des rapports et thèses, des communiqués de presse et les principaux sites traitant du domaine.

A partir d'une première lecture de ce matériau, le champ à couvrir pour aborder la prévention des risques sexuels chez les jeunes a été défini. Pour rendre compte du cas du sida, il fallait élargir la problématique aux aspects de santé et d'éducation sexuelle et aborder la question des grossesses d'adolescentes. Puis une grille de lecture de l'ensemble du corpus a été dégagée sur la base d'approximativement 250 travaux.

Synthétiser la diversité de cette littérature n'est pas aisé tant les facteurs entrant dans les différentes stratégies de prévention sont nombreux^{15,16}.

Un certain nombre d'efforts ont été entrepris dans les dernières années pour identifier systématiquement les études qui mesurent les effets d'interventions préventives du sida. Dans un projet américain, (*HIV/AIDS prevention research synthesis project*, PRS), il s'agit de développer une base de données cumulative pour permettre de réunir les informations issues de diverses études et comparer les résultats^{17,18}. L'objectif est triple :

- Faire des revues systématiques de la littérature,
- Identifier les études réalisées selon une méthodologie rigoureuse,
- Identifier les lacunes existantes et les directions de recherche futures souhaitables.

Parallèlement et en étroite liaison le *Centers for Disease Control & Prevention* a mis sur pied un Compendium des interventions de prévention du sida selon une check-list définissant des critères d'efficacité¹⁹. Les enjeux théoriques et méthodologiques qui sous-tendent cette littérature sont explicités plus loin ; ils ont un caractère transversal et dépassent la problématique limitée à la population des jeunes.

2 QUELQUES ELEMENTS THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES

2.1 FACTEURS ENTRANT DANS UNE TAXONOMIE DES PROGRAMMES DE PREVENTION DU SIDA

Les programmes de prévention sont des processus complexes, multifactoriels, pouvant prendre des formes extrêmement diverses qui demanderaient autant de descriptions. Il convient néanmoins d'en saisir les catégories majeures. Elles ne sont d'ailleurs pas indépendantes dans la mesure où certaines options impliquent toute une série de conséquences^e. Par exemple, si des stratégies de prévention du sida sont comprises dans des cours d'éducation sexuelle, les acteurs de prévention seront les enseignants, la population-cible les élèves, le plus couramment ce sera l'amélioration des connaissances qui sera visée dans le *setting* scolaire, à une fréquence compatible avec le curriculum et par des méthodes didactiques courantes.

2.1.1 Qui peuvent être les acteurs de prévention ?

Les cas de figure les plus fréquents des acteurs en charge d'interventions préventives concernant les risques sexuels et le VIH/sida sont les enseignants, le personnel de santé (médecins, infirmières scolaires), les spécialistes, les travailleurs sociaux, les pairs, les témoins, les parents, la famille, les tuteurs (mentors), les pairs, les membres d'associations.

2.1.2 Quelles peuvent être les cibles de prévention ?

La question de la spécificité des jeunes pour la prévention du sida a déjà été abordée. De manière globale, on peut distinguer les stratégies s'adressant à la population générale des groupes prioritaires avec des risques et des besoins spécifiques. L'idée sous-jacente à la définition de populations-cible se rapproche d'arguments de vente en postulant que le message a d'autant plus de chances de passer s'il est taillé sur les attentes et les caractéristiques de ses récipiens potentiels.

2.1.3 Quels peuvent être les résultats attendus de la prévention ?

Les interventions de prévention du sida ont tous comme but ultime la réduction de nouvelles infections mais il peut être atteint par différentes routes. Les plus classiques concernent les moyens d'influer sur les connaissances, les croyances, les attitudes, les aptitudes à réagir dans une situation de négociation de rapports protégés et les pratiques sexuelles (entrée dans la sexualité, fréquence de rapports, utilisation du préservatif, utilisation de contraceptifs, nombre de partenaires).

Les changements visés sont le plus souvent d'ordre individuel que social ; la modification de l'environnement social reste un thème peu abordé.

2.1.4 Où peut avoir lieu la prévention ?

L'idée prévalant à la prise en compte des lieux de prévention est que l'environnement entre dans l'équation de la situation problématique, soit comme déterminant des difficultés locales soit

^e Pour la clarté de l'exposé, les différentes catégories pertinentes sont présentées séparément.

comme créant des conditions favorables à la promotion de la santé et la réduction de conduites à risque. C'est l'idée sous-jacente aux réseaux d'école en santé²⁰. Ces *settings* majeurs sont l'école, les foyers, les lieux de rencontre des jeunes, les cliniques de planning, les cliniques MST, la rue ou les communautés au sens large.

2.1.5 A quelle dose peut se faire la prévention ?

Les aspects temporels sont couramment évoqués, à divers titres, dans la littérature. Les Anglo-saxons parlent de "dose" d'intervention établissant une analogie, pas forcément heureuse, avec un médicament. Elle comprendrait un nombre de sessions d'intervention et un nombre d'heures de contenu de l'intervention. Il est supposé que plus elle est intense, plus son impact devrait être efficace.

2.1.6 Comment peut se faire la prévention ?

Les moyens que se donnent les stratégies de prévention peuvent être décrits selon les canaux de communication à échelles différentes. On peut distinguer les approches de communication personnelle des approches de communication de masse²¹. Les premières impliquent une interconnaissance entre acteur(s) de prévention et personne(s) concernée(s) et se font au moyen d'entretiens individuels, de conseils individuels, de discussions, de jeux de rôle ou de cours s'adressant à des groupes.

Des illustrations des approches de communication personnelle sont les suivantes :

- l'éducation et conseil à/hors de l'école (discothèques, autres *settings* informels de jeunes) ;
- les jeux de rôle, les ateliers (utilisation de préservatifs, compétence de résistance à la pression des pairs) ;
- l'éducation par les pairs ;
- les témoignages de personnes atteintes ;
- l'*outreach* communautaire ciblant des populations vulnérables dans leur environnement ;
- l'implication d'organisations de jeunes locales, l'action communautaire ;
- les permanences téléphoniques d'aide, de conseil et d'information ;
- les forums de chat sur internet.

Les secondes comprennent essentiellement des campagnes médiatiques destinées à faire passer une information à la population générale, des campagnes spécifiques visant des groupes-cible particuliers.

Les modalités suivantes en sont des illustrations :

- la production et la distribution de matériel imprimé ;
- les émissions de radio/TV ;
- les posters, les affiches dans les lieux publics et/ou des lieux de réunion ;
- les campagnes nationales par exemple sur la promotion du préservatif ;
- les films éducatifs, vidéos, etc. ;
- les événements culturels, les concerts, le théâtre, etc.

La plupart de ces modes d'intervention et leur impact sont discutés sous 5.6.

Pour obtenir une taxonomie reflétant les stratégies possibles il faudrait pouvoir construire une matrice à partir de l'ensemble de ces éléments ce qui n'est pas envisageable étant donné le nombre de facteurs en jeu.

On trouve dans la littérature¹⁵ des découpages des approches de prévention du sida utilisant des catégories par comportement et/ou par exposition au risque : les conduites homosexuelles, les pratiques sexuelles chez les toxicomanes, les comportements hétérosexuels : chacune de ces dimensions peut être croisée par catégories démographiques telles que l'âge et le sexe.

Il est aisé de constater que le seul regroupement des programmes de prévention contre le VIH/sida par des catégories jugées pertinentes est un processus extrêmement complexe qui n'a pas trouvé de solution définitive. Il va sans dire que cet état de chose rend toute synthèse de la littérature et la comparabilité de l'efficacité des stratégies de prévention périlleuse (en particulier les tentatives de méta-analyse), sans parler de leur mise en œuvre²².

2.2 BASES THEORIQUES FONDANT LES PROGRAMMES DE PREVENTION DES RISQUES SEXUELS CHEZ LES JEUNES

De nombreuses revues de la littérature concernant l'éducation sexuelle et la prévention des risques sexuels insistent sur le lien entre les stratégies de prévention qui ont des fondements théoriques et leur efficacité. Autrement dit, le repérage de bonnes pratiques, selon ces types de recommandations, ne saurait faire l'économie d'une prise en compte de l'ancrage conceptuel qui peut les fonder, ce qui reste au demeurant une exception. Outre le fait que la demande de théoriser les pratiques se heurte à des compétences qui ont des priorités bien différentes et qui souvent se méconnaissent, elle hiérarchise implicitement ou explicitement une démarche par rapport à l'autre. Si les praticiens de la prévention connaissent parfaitement leur terrain sous ses aspects multiples, les approches théoriques les plus communément importées dans le domaine de la prévention offrent peu de diversité puisqu'elles se réfèrent essentiellement à la littérature anglo-saxonne. Il existe d'ailleurs un vrai clivage entre des traditions épistémiques nord-américaines et européennes dont les enjeux sont trop souvent ignorés.

On peut ainsi opposer deux corps théoriques proposant l'un d'expliquer les changements de comportement qui puissent permettre de réduire les infections au VIH/sida et l'autre offrant une vision élargie sur les pratiques sexuelles. Il s'agit d'une part d'approches individualistes établissant des liens de type mécanistes entre des antécédents et l'action humaine qui la détermine. D'autre part, il s'agit d'approches interactionnistes qui s'intéressent aux représentations et constructions de significations des pratiques sexuelles.

Il n'est pas étonnant qu'on se soit essentiellement tourné vers les théories comportementales pour la conception de programmes de prévention du sida. D'une part, l'infection est potentiellement évitable si on adopte des pratiques sexuelles "safe" ; à terme, les moyens les plus efficaces de réduction des risques sont à chercher dans les changements de comportement. D'autre part, dans le contexte américain, les théories issues du behaviorisme ont une longue tradition et ont été tout naturellement les premières candidates pour ancrer les stratégies de prévention.

2.3 LES MODELES DE CHANGEMENT DU COMPORTEMENT

Les principales théories du changement de comportement fondant pour une bonne part les stratégies de prévention anglo-saxonnes sont brièvement décrites. Certaines sont antérieures à l'avènement de l'épidémie du sida et ont été appliquées à des problèmes de santé publique autres (tabagisme, consommation de substances, obésité etc.)²³⁻²⁹.

2.3.1 Modèle de croyance à la santé (*Health belief model*)

Développée dans les années 50, cette théorie postule que les comportements en relation avec la santé reposent sur les caractéristiques socio-démographiques individuelles, les connaissances et les attitudes des sujets³⁰.

Quatre types de croyances doivent être tenues pour amener un changement de comportement :

- le fait d'être personnellement concerné ;
- la réalisation de la gravité du problème, la perception du risque ;
- la perception de sa propre efficacité, le sentiment de pouvoir maîtriser le risque ;
- la perception des obstacles aux changements de conduite et des bénéfices que peut amener la modification de l'action.

Les décisions sont prises uniquement d'un point de vue individuel sans prendre en compte de relation sociale ni d'interaction ; il s'agit d'un mécanisme coût/bénéfice géré par un individu supposé être parfaitement rationnel et sans contrainte qui aurait un maximum de contrôle sur sa vie sur un mode volontariste. L'aspect positif du modèle est de montrer qu'une réalité subjective dépend de sa perception et de son intégration dans un univers de croyances.

2.3.2 Théorie de l'action raisonnée (*Theory of reasoned action*)

Ce modèle, élaboré dans les années 60, postule des liens linéaires entre croyances, attitudes, intentions et les comportements d'individus considérés comme entièrement rationnels³¹. Les présupposés d'un changement de conduite reposent sur l'hypothèse que la structure cognitive (comprise comme les croyances comportementales et normatives) doit changer au moins à quatre niveaux :

- l'intention d'avoir un certain comportement ;
- les attitudes personnelles et les facteurs sociaux qui affectent ce comportement ;
- la perception des *outcome* résultant de l'attitude sous-jacente ;
- les croyances normatives et la motivation de se conformer à ces normes.

Cette théorie est conceptuellement similaire à la croyance à la santé en y ajoutant la notion d'intention comme déterminant le comportement. Les intentions de la personne restent le meilleur indicateur que le comportement désiré se produira. Le modèle donne de l'importance aux valeurs normatives qui influencent les décisions individuelles et prend donc en compte des variables sociales dépassant le positionnement individualiste. La théorie écarte des aspects tels que la force de l'habitude, les conduites routinières, le rôle des émotions comme le plaisir ou la crainte. Il existe une faible corrélation entre l'intention d'utiliser un préservatif et son utilisation effective par exemple. La prise en compte des attentes d'autrui est un point positif dans sa dimension sociale pour moduler le comportement.

2.3.3 Apprentissage social et théories cognitives (*Social cognitive learning theory*)

Cette approche est ancrée dans les théories de l'apprentissage reliant la personne - le comportement - l'environnement^{32,33}.

Deux séries de cognitions sont importantes pour changer un comportement :

- les attentes, à savoir le fait que la personne anticipe que son comportement aura des conséquences positives.
- l'efficacité personnelle (*self-efficacy*), à savoir la croyance de la personne dans sa capacité à réaliser la conduite nécessaire pour atteindre l'objectif visé.

L'important pour la personne est de croire en ses propres capacités pour pouvoir faire face aux obstacles. Le modèle présuppose l'existence d'une norme de sécurité à risque zéro par rapport à laquelle tout autre comportement est une déviance.

2.3.4 Théorie des étapes de changement (*Stages of change model*)

Ce modèle transthéorique, développé au début des années 90, décrit des étapes successives de changement de comportement afin de mieux pouvoir cibler les besoins des personnes et améliorer l'impact de la prévention³⁴⁻³⁶. Ces stades sont les suivants :

1. pré-contemplation : il n'existe aucune intention de changer, pas de conscience du risque, un déni des conséquences des conduites à risque ;
2. contemplation : prise de conscience de l'existence d'un problème, une réflexion sur les moyens d'y remédier sans aucun engagement dans l'action ;
3. préparation : intention d'entreprendre une action dans un futur pas trop lointain ;
4. action : modification du comportement, expérience, environnement pour surmonter le problème ; le changement est relativement récent ;
5. maintien : prévention des rechutes et soutien du changement de comportement sur une longue durée ;

Le modèle n'essaie pas d'établir des liens causaux entre les stades ; conçu au départ comme la description d'un processus linéaire, les étapes ont été repensées comme des composantes d'un processus cyclique qui varie selon les individus et qui rend compte des "rechutes" et régressions par rapport à l'objectif ultime.

2.3.5 Modèle de réduction des risques de sida (*AIDS risk reduction model, ARRM*)

Ce modèle ciblant spécifiquement le sida, conçu dans les années 90, offre un cadre théorique en trois phases entrant dans l'explication et la prédiction des comportements à risque et qui combine un certain nombre de variables introduites par les autres modèles³⁷.

- reconnaître et étiqueter son comportement comme risqué ce qui implique comme influences : la connaissance des activités en lien avec la transmission du VIH ; la croyance qu'on puisse soi-même contracter le VIH ; la prise en compte des normes sociales et des réseaux.
- s'engager à réduire les contacts à risque ce qui implique comme influences : la pondération des coûts et bénéfices ; l'efficacité personnelle ; la prise de connaissance de l'utilité et du maintien du plaisir sexuel dans les rapports protégés.

- agir dans ce sens ce qui implique comme influences : les choix décisionnels et le réseau social à disposition ; le niveau d'estime de soi ; les ressources et le réseau d'aide ; la capacité de communiquer avec son partenaire ; les croyances et comportements du partenaire.

2.3.6 Limitation des théories de changement du comportement

Nombre d'auteurs ont relevé l'absence de prise en compte de toute contextualisation, dans ce qui reste essentiellement des modèles d'apprentissage réducteurs. Les risques sont le plus souvent conceptualisés comme le résultat de connaissances et de décisions individuelles^{9,38-42}.

Les approches théoriques individualistes sont prédominantes aux Etats Unis et ont donc une influence majeure sur la littérature internationale. Le plus paradigmatique des modèles de changement de comportement, le modèle de croyance à la santé s'inspire de modèles microéconomiques et de la théorie du choix rationnel. Le présupposé est que l'individu a des préférences, et face à des contraintes, doit faire des choix pour maximiser ses avantages et minimiser ses pertes.

Ces modèles et ceux qui sont apparentées ont souvent un caractère tautologique dans la mesure où, à travers un appareil statistique impressionnant, il ne s'agit que d'exprimer en d'autres termes les conduites de risque qui sont censées être expliquées. Les croyances de santé et les perceptions peuvent être considérées soit comme des causes soit comme des conséquences des comportements de l'individu. Il pourrait s'agir d'un cercle vicieux où ces croyances peuvent servir à la rationalisation *a posteriori* des comportements ou au contraire les avoir inspiré.

Une autre critique à l'encontre de ces modèles théoriques individuels est qu'ils ne se démarquent pas suffisamment des modèles biologiques normatifs en supposant que les attitudes et comportements des sujets qui s'éloignent d'une rationalité technique ne peuvent être que le résultat de jugements erronés qu'ont les gens de leurs propres intérêts et qu'il s'agit de travailler à l'acceptation sociale d'innovations médicales bénéfiques⁴³.

Ces théories ont prouvé leur insuffisance en termes de concrétisation de comportement : elles ne tiennent pas compte du fait qu'une situation sexuelle est une situation d'interaction sociale, mettant en scène des contextes sociaux dans lesquels se déroulent les rencontres sexuelles. Le comportement sexuel ne se limite précisément pas au seul comportement. C'est une forme de communication mettant en jeu des constructions d'identités, des rôles sexués liés à des aspects de pouvoir, de statut (valorisé et stigmatisé) et de rôle, négociés au cours d'interactions sociales.

2.4 LES MODELES INTERACTIONNISTES

Le domaine de la sexualité comme catégorie de connaissance a été longtemps l'apanage de la biomédecine. Ce n'est que plus tard que des disciplines sociologiques et anthropologiques s'y sont intéressées. Or le sida est plus qu'un phénomène médical et les pratiques sexuelles qui constituent une de ses voies de transmission majeure sont largement façonnées par des aspects sociaux, en particulier les interactions entre partenaires⁴⁴.

Les options théoriques basées sur un paradigme interactionniste assument que les personnes agissent avec autrui (voire les objets) sur la base de significations qui leur sont attribuées. Ces modèles, nettement minoritaires dans la littérature sur la prévention du sida, prennent en compte les relations sociales dans une perspective plus large et portent l'attention sur des aspects structurels tels que les relations de genre, l'aliénation des femmes, les inégalités socio-économiques qui influencent depuis un niveau macro les réponses sociétales à l'épidémie du sida. A des

niveaux plus fins, on s'intéresse aux représentations sociales de la maladie et plus finement encore, aux expériences de la maladie, à la vulnérabilité sociale, aux processus identitaires. La prévention du sida n'est pas un problème qu'on peut résoudre tout seul à partir de décisions individuelles. Les actions des gens dépendent de celles d'autrui, de la hiérarchie de pouvoir, du contrôle de la situation. L'interaction contraint la situation. Ainsi, une réflexion de ce type amène à étendre la notion même de risque où c'est le partenaire qui peut en devenir le vecteur et où la revendication de rapports protégés peut constituer un risque pour la viabilité d'une relation. Une illustration paradigmatique de ces phénomènes sont les négociations pour l'usage du préservatif dont il sera question plus loin.

Une approche apparentée issue du monde francophone pertinente pour investiguer les problématiques esquissées ci-dessus est la théorie des représentations en tant que contenu mental structuré (informations, images, croyances, attitudes, opinions) créé par le discours quotidien entre divers groupes sociaux⁴⁵. Elles servent des fonctions importantes de :

- guider et justifier l'action ;
- maintenir une identité sociale ;
- permettre une communication entre membres d'un groupe.

Ainsi la relation sexuelle n'est pas conçue comme un acte isolé décontextualisé mais une pratique sociale déterminant les comportements⁴⁶.

2.5 CONTRAINTES METHODOLOGIQUES POUR MESURER L'IMPACT DES PROGRAMMES DE PREVENTION

Comment est établi communément l'efficacité ou l'impact d'interventions préventives ? Que peut-on appeler des programmes efficaces, selon quels critères ?

L'option prédominante de la littérature sur la prévention de conduites sexuelles à risque consiste à recommander que les interventions préventives soient testées selon un modèle expérimental classique qui constituerait une sorte d' "étalon d'or" (*golden standard*)^{4,47}. Ce canon consiste à comparer un groupe expérimental à un groupe contrôle randomisé sur un pré- et post test pour évaluer l'intervention en question. On l'appelle également méthode de cas-témoin. Si cette logique désigne les programmes de prévention comme des succès ou des échecs, de fait il n'est pas établi pourquoi il en serait ainsi. Pour bénéficier des leçons du passé, pour améliorer les stratégies d'intervention en établissant des bonnes pratiques, il faut pouvoir disposer de données supplémentaires que celles qui sont fournies par les approches expérimentales *stricto sensu*. Par exemple pourquoi le programme marche (ou pas), pour qui, dans quelles circonstances, dans quel *setting* etc. restent des questions sans réponse^{6,48-50}. Ces modèles méthodologiques ne tiennent pas compte du contexte et réduisent des processus sociaux complexes à l'exposition ou non au programme, "toutes choses étant égales par ailleurs". Les programmes de prévention ne se déroulent pas dans un laboratoire mais sont enchâssés dans des contextes complexes⁵¹. En termes plus techniques, les évaluations expérimentales sont entièrement focalisées sur la validité interne en essayant de contrôler toutes sources de variations potentielles sauf le "traitement". Pour savoir pourquoi une intervention est efficace, il faut s'intéresser à la validité externe, non pas en tant que généralisation éventuelle des résultats de l'étude mais en tant que caractérisation des sujets, des *settings*, des représentations du monde social dans lequel les interventions évaluées

sont ancrées. Une telle entreprise ne signifie pas de sacrifier la rigueur requise par une démarche scientifique.

En somme, il se pourrait que les critères méthodologiques pour accorder le label d'efficacité à des programmes de prévention soient excessivement exigeants en éliminant ainsi des stratégies d'intervention potentiellement valables⁵²⁻⁵⁴.

La tendance récente dans la littérature essentiellement anglo-saxonne a été de considérer que le paradigme expérimental constitue la seule manière appropriée pour évaluer les interventions préventives VIH/sida. En contraste, certains auteurs⁵⁵ posent la question de ce qui constitue des données probantes en éducation au VIH/sida tout en remettant en question le paradigme expérimental strict :

“It is a perverse notion indeed to admit as evidence only that which can be tailored to the experimental suit. We must be willing to be much more realistic and flexible in our approach to evaluation if we wish to capture that which is most relevant to the frequently complex world in which infections occur and may sometimes be avoided.”
(p. 463).

Ces auteurs plaident pour la recherche de données en provenance de sources multiples selon des méthodologies variées. Un obstacle majeur à ce souhait est que le financement de projets et le travail académique est largement tributaire des approches dominantes, de même que la recherche de pratiques innovantes est freinée par ces méthodologies restrictives.

3 SANTE SEXUELLE ET ÉDUCATION SEXUELLE

Les interventions ciblant la santé sexuelle sont dans une large mesure, à rattacher aux travaux sur la prévention des risques sexuels. Ce thème pourrait être abordé sous l'angle de la promotion de la santé ou l'éducation à la santé dont il ferait partie, mais qui sortirait du cadre de ce travail.

Presque l'entière littérature qui traite de la santé sexuelle des jeunes ne l'aborde ni sous l'angle du plaisir, du désir, des droits, de l'expression sexuelle, des expériences positives épanouissantes, du bien-être mais fait référence aux conduites à risque. Les aspects positifs dans ce domaine sont compris comme la protection efficace contre les grossesses involontaires et les maladies sexuellement transmissibles avec en particulier le VIH/sida⁵⁶.

La mise à disposition de services de santé sexuelle n'est pas satisfaisante et, en tout cas, pas forcément accessible quand une information/éducation sexuelle est fournie. La couverture, le seuil, l'accueil laisse souvent à désirer. Si services il y a, ils sont souvent conçus sans aucune participation des jeunes eux-mêmes².

3.1 CONTROVERSES

Les approches de la sexualité ne sont pas neutres. Il s'agit d'un thème marqué par une longue histoire faite de tabous et de stigmatisation. Ce constat reflète les réticences du monde adulte à traiter la sexualité des jeunes sans réticences. Parler ouvertement de sexe entre les générations équivaut encore souvent, pour des segments du public, à encourager automatiquement l'activité sexuelle.

En examinant la littérature nord-américaine, il est impossible de ne pas mentionner les enjeux polémiques des approches politiquement acceptables de l'éducation sexuelle. La controverse met en balance les stratégies qui ne mentionnent que l'abstinence comme seul moyen de se protéger des effets négatifs de rencontres sexuelles versus les stratégies intégrées (*comprehensive*) qui se focalisent sur la discussion de moyens de contraception et de protection concrète contre les grossesses involontaires et les maladies sexuellement transmissibles (MST). A cet égard, on observe actuellement une régression importante vers les positions les plus conservatrices ne permettant que la solution de l'abstinence au détriment d'une vue plus large sur les thèmes intéressant la sexualité des jeunes⁵⁷⁻⁶¹. Ces attitudes ignorent en outre le droit des adolescents à une éducation sexuelle⁶².

Une étude nationale américaine⁶³ a montré qu'en 1988 l'option d'éducation de la continence était choisie par 2% des écoles secondaires alors que c'est le cas de 23% en 1999. Ainsi, les jeunes américains reçoivent actuellement une information plus restreinte sur la sexualité qu'il y a une décennie. Il apparaît que le débat autour des programmes d'éducation sexuelle a une teneur plus politique que scientifique. En outre, il ne tient pas compte des besoins cruciaux ni des comportements effectifs des jeunes⁶⁴⁻⁶⁶.

La quasi totalité de notre corpus corrige le mythe selon lequel l'éducation sexuelle aurait un effet incitatif sur l'activité sexuelle (abaissement de l'entrée dans la sexualité, multiplication des partenaires etc.). Les adversaires de l'éducation sexuelle intégrée ne tiennent aucunement compte de ce fait et il existe une véritable pression idéologique des forces conservatrices dans ce domaine.

Il semblerait judicieux, dans le futur, de ne plus concevoir d'études ayant pour seul but de montrer que l'éducation sexuelle n'encourage nullement l'activité sexuelle. Comme certains auteurs le notent :

"It is interesting that so much research time and effort has been expended on a non-existent link between sex education and sexual activity, and that this issue remains firmly entrenched in the social debate around young people's sexual behaviour".

Un autre fait a été démontré de manière récurrente et mérite attention : les défenseurs de l'abstinence constituent une minorité active. En effet, une série de travaux attestent du fait que le public américain est très largement en faveur de cours d'éducation sexuelle qui enseignent la contraception et la prévention des MST et qui s'opposent au financement public des programmes qui prônent la seule abstinence et qui interdisent toute mention de moyens de contraception et de préservatifs^{43,67-73}.

Une enquête canadienne confirme que 85% des parents sont d'accord avec le fait que l'éducation de santé sexuelle devrait avoir lieu à l'école ; un sondage similaire montre que ce chiffre va jusqu'à 95%⁷⁴.

3.2 ATTITUDES ET NORMES SOCIETALES : QUELQUES CAS DE FIGURE

L'éducation sexuelle donnée aux jeunes reflète le type de socialisation déterminant les normes des pratiques sexuelles. Dans les autres pays développés que les Etats Unis, la situation ne se pose pas dans les termes non-américains⁷⁵⁻⁷⁷. Les attitudes sociétales concernant la sexualité sont des déterminants majeurs des orientations pratiques de l'éducation sexuelle dans différents pays. En voici quelques exemples.

3.2.1 Grande Bretagne

La situation de l'éducation sexuelle en Grande Bretagne ressemble à la situation américaine baignant dans un climat de controverse. Elle n'a jamais vraiment été acceptée ni intégrée à la société britannique. Les pressions politiques exercées par le lobby anti-éducation sexuelle minoritaire semblent prendre le dessus sur les impératifs pragmatiques de réduction des grossesses adolescentes et de la prévalence de MST qui restent actuellement au plus haut niveau en Europe occidentale. Un effort est entrepris en direction d'un guidage des jeunes vers des services de conseil et de santé sexuelle.

3.2.2 Canada

Les attitudes et normes du Canada sont plus libérales que celles des Etats Unis. Au cours des années la tendance est allée vers plus d'ouverture dans la discussion de la sexualité des jeunes et l'acceptation de normes et comportements sexuels diversifiés. Il n'existe pratiquement pas de programmes basés sur des messages d'abstinence seule qui serait l'unique pattern d'une conduite acceptable sauf dans quelques provinces conservatrices. L'utilisation de contraceptifs est largement abordée au plan descriptif et pratique. Les débats autour des questions de contenu sont beaucoup moins vifs qu'aux Etats Unis. Des efforts se portent sur l'amélioration de la communication parents-enfant ainsi que l'utilisation de pairs pour l'éducation sexuelle.

3.2.3 France

Le sujet de l'abstinence n'est pas abordé ni dans les messages visant le grand public ni ceux s'adressant aux jeunes scolarisés. Certains groupes minoritaires sont hostiles à toute éducation sexuelle sous l'étiquette de valeurs morales ; ils ont pu s'opposer temporairement à l'accessibilité à la contraception d'urgence dispensée par l'infirmière scolaire, pratique qui est maintenant acquise. De manière générale, la tendance en France est à la mobilisation de tous les acteurs de l'école dans le domaine de l'éducation sexuelle. La question de la formation très inégale des enseignants en matière d'éducation sexuelle a été récemment prise en compte par le ministère de l'éducation qui a mis en place un programme national pour y remédier.

3.2.4 Suède

Une attitude d'ouverture envers la thématique de la sexualité est une caractéristique de la société suédoise fondée sur une longue tradition historique. La sexualité est perçue comme un phénomène positif participant au bien-être en tant que source de plaisir et de relation. L'activité sexuelle hors mariage est parfaitement acceptée. L'éducation sexuelle est obligatoire pour tous les enfants depuis 1955 avec des révisions périodiques des curricula. L'abstinence n'est pas un objectif de l'éducation sexuelle suédoise.

Ces cas de figure permettent de saisir les grandes options que peuvent adopter différentes sociétés sur la question de l'éducation sexuelle. Il faut savoir cependant que, dans la plupart des cas, leur mise en œuvre est largement tributaire des contextes locaux.

3.3 CONTENUS DE L'EDUCATION SEXUELLE

Une définition de l'éducation sexuelle à caractère programmatique indique le terrain qu'elle devrait couvrir.

*"Sexuality education is a lifelong process of acquiring information and forming attitudes, beliefs and values about identity, relationships and intimacy. It encompasses sexual development, reproductive health, interpersonal relationships, affection, intimacy, body image, and gender roles (among other topics). Sexuality education seeks to assist children (people) in understanding a positive view of sexuality, provide them with information and skills about taking care of their sexual health and help them to acquire skills to make decisions now and in the future."*⁷⁸

Les programmes d'éducation sexuelle ont souvent été présentés par "génération" aux Etats Unis⁷⁹.

- La première approche reposait sur le principe que l'information factuelle mise à disposition des jeunes changerait leur comportement.
- La deuxième approche a mis en avant les valeurs inhérentes à l'activité sexuelle en mettant l'accent sur les capacités de décision et les stratégies de communication.
- La troisième approche présentait la sexualité comme dangereuse et moralement condamnable.
- La quatrième approche consistait à ancrer les programmes de prévention dans des théories psycho-sociales établies afin d'influer sur les comportements des jeunes.

Il existe une grande variété dans les contenus des programmes d'éducation sexuelle reflétée par la nomenclature diverse utilisée pour décrire la notion générale d'éducation pour la santé sexuelle⁸⁰ dont voici quelques exemples :

- éducation à la vie familiale ;
- santé sexuelle ;
- développement personnel ;
- clarification des valeurs ;
- "dites non et c'est tout" ;
- respect de la sexualité ;
- santé sexuelle humaine.

Ces labels ne sont pas neutres mais incarnent, pour une part, des enjeux politiques et moraux controversés et, par ailleurs, des aspects préventifs historiquement prioritaires autour de la question sexuelle.

3.4 ÉVALUATIONS DE PROGRAMMES D'EDUCATION SEXUELLE

Cette littérature est considérée, selon nombre d'auteurs, comme méthodologiquement faible, avec des études ne spécifiant pas leurs objectifs et des designs très éloignés du *gold standard* et donc un manque d'études de qualité⁸¹.

Il a été montré dans une méta-analyse que des programmes d'éducation sexuelle scolaire amélioreraient les connaissances des jeunes en matière de sexualité. Certains ont eu un impact sur le renvoi de l'entrée dans la sexualité, la diminution du nombre de partenaires sexuels ainsi que l'augmentation de l'utilisation de préservatifs et de contraceptifs⁸².

Les programmes d'éducation sexuelle sont susceptibles d'avoir un véritable impact sur les comportements si ce sont effectivement les pratiques sexuelles qui sont visées, si le message est clair, si les programmes visent à développer les capacités de négociation des jeunes et si les interventions ont des bases théoriques psycho-sociales solides⁸³⁻⁸⁷.

Un fait est désormais clairement établi. A ce stade de la recherche, aucun programme enseignant l'abstinence seule n'a été jugé efficace eu égard aux indicateurs classiques de changement positif de comportement sexuel. Au contraire, ce qui est problématique chez les jeunes exposés aux seuls messages d'abstinence est l'absence d'information concrète sur les possibilités de protection^{68,72,80,88-95}.

Une analyse fouillée d'interventions d'éducation sexuelle effectuée dans le cadre du programme des Nations Unies sur le VIH/sida montre que sur 53 évaluations de programmes, 22 ont permis de retarder la première expérimentation sexuelle, de diminuer le nombre de partenaires sexuels ou de réduire le taux de grossesses accidentelles et de MST⁸⁰.

Ces évaluations positives sont tempérées par deux études récentes sur l'impact de l'éducation sexuelle sur les conduites effectives des adolescentes. Dans le premier cas il s'agit d'une importante revue des interventions ciblant le délai de l'entrée dans la sexualité, l'amélioration de l'usage des moyens de contrôle des naissances et la réduction de l'incidence des grossesses involontaires⁹⁶. Vingt-six études considérées comme méthodologiquement valides de programmes

d'éducation sexuelle intégrée, d'abstinence, impliquant des cliniques de planning familial et des programmes communautaires ciblant une population de jeunes de 11 à 18 ans en provenance des Etats Unis, Canada, Australie, Nouvelle Zélande et Europe ont été examinées. Les résultats les plus décevants sont ceux des programmes d'abstinence produisant de fait une augmentation des grossesses des adolescentes. De manière générale, cette revue systématique a montré qu'aucun programme n'offrait des résultats probants au plan des pratiques liées à une réduction des risques sexuels. Les auteurs aboutissent à une série de recommandations.

- il faut commencer les efforts de prévention beaucoup plus tôt, si possible dès l'école primaire ;
- il faut davantage d'études longitudinales ;
- il convient de mieux comprendre les déterminants sociaux des grossesses adolescentes ;
- il faut impliquer les adolescentEs dans la conception des programmes d'éducation sexuelle ;
- il faut tirer des leçons de pays qui ont des taux de grossesses adolescentes faibles comme les Pays Bas (8/1000 comparé à 93/1000 aux USA et 63/1000 en Grande Bretagne) ;
- il faut éviter les leçons d'anatomie et les stratégies induisant la peur pour mettre davantage l'accent sur les capacités de négociation et de communication dans la relation sexuelle.

Les auteurs concluent qu'il est naturellement prématuré d'affirmer que l'éducation sexuelle est un échec. Cette revue examine des études très hétérogènes. Les variables dépendantes sont différentes. Certaines interventions durent 3 mois d'autres 3 ans. Les populations sont diverses : certaines études n'incluent que les jeunes sexuellement actifs, d'autres mélangent ces sujets avec des jeunes inexpérimentés. Il s'agit à l'avenir de détailler beaucoup plus finement les interventions, leur mise en œuvre, le design de leur évaluation et l'analyse des données.

L'autre étude de grande envergure a été conduite en Ecosse. Elle implique 25 écoles et un total de 5854 élèves âgés de 13 à 15 ans. Il s'agit de savoir si un programme élaboré d'éducation sexuelle (*SHARE : Sexual Health and Relationships : Safe, Happy and Responsible*) dispensé par des enseignants spécialement formés peut réduire les conduites sexuelles à risque et améliorer la qualité des relations sexuelles. Comparé à un groupe contrôle recevant un programme d'éducation classique aucun effet majeur sur les pratiques n'a pu être mis en évidence en faveur de l'approche structurée et intensive testée. Les élèves ont apprécié le programme novateur, exprimé moins de regrets conséquents au premier rapport et des connaissances en matière de sexualité plus élaborées mais leur prise de risque effective n'a pas été influencée^{97,98}.

Un certain nombre d'explications sont avancées par les auteurs : le taux d'utilisation de préservatifs est déjà élevé dans cette population ; un programme de vingt périodes peut représenter une influence minimale sur les conduites sexuelles en comparaison d'influences familiales, de la culture locale et des médias façonnant les attentes liées aux relations sexuelles ; l'incorporation d'un programme d'éducation sexuelle n'est peut-être pas le meilleur moyen de stimuler la motivation des élèves recherchant plus activement des moyens de s'informer et d'apprendre dans le domaine de la sexualité ; le programme était peut-être efficace pour certains sous-groupes non identifiés, effets qui n'ont pu être détectés dans l'échantillon global ; la mise en œuvre du programme a pu être de qualité inégale⁹⁹.

3.5 SOURCES D'INFORMATION EN MATIÈRE D'ÉDUCATION SEXUELLE

Si c'est à l'école que se situe la source la plus évidente d'informations relatives à la sexualité, est-elle vraiment l'origine principale des connaissances que les jeunes peuvent acquérir dans le domaine ? Il s'avère qu'il n'en est rien et que ce sont des sources d'information plus informelles qui remplissent cette fonction. Le rôle des pairs et des amis est à cet égard d'importance primordiale¹⁰⁰.

Une étude impliquant un nombre considérable de sujets (18876) dans le cadre d'une enquête britannique sur les attitudes sexuelles et les styles de vie¹⁰¹, a montré que la principale source d'information sur la sexualité reste les amis et non pas l'école, bien que ce pattern diminue selon les générations. Les parents (principalement la mère) sont en retrait dans ce domaine. L'efficacité de la source d'information en matière d'entrée dans la sexualité plus tardive et d'utilisation de contraceptif à la première relation reste l'école pour les garçons mais pas les filles.

Une autre enquête britannique montre que 94% des parents et 95% des jeunes estiment que l'éducation sexuelle devrait se faire à l'école. Par contraste les jeunes disent obtenir plus de connaissances sur la sexualité par leurs amis ou les médias que par l'école, les parents ou les professionnels de santé. Dans la même enquête, les parents souhaitent un éventail plus large de thèmes généralement couverts par l'éducation sexuelle tels que les capacités de négociation et les pratiques sexuelles protégées, sujets que les jeunes disent ne pas figurer dans le curriculum proposé⁷⁷.

Il a été demandé à un échantillon national canadien d'écoliers de 11-17 ans d'ordonner leurs sources d'information¹⁰². La famille est citée en priorité ; les amis viennent en 5^e (sur 6 possibilités) chez les 11-12, en 3^e chez les 13-14 et en premier chez les 16-17 ans juste avant la famille. Les décrocheurs mentionnent en premier leurs anciens camarades d'école, les amis en 2^e et la famille en 3^e position.

La littérature nord-américaine a montré de manière consistante durant les dernières décennies que les adolescents identifient leurs pairs, de préférence de même sexe, comme leur principale source d'éducation sexuelle. Parents et écoles sont considérées comme des sources de bien moindre influence.

L'ensemble de ces travaux indique que si les parents sont pour les plus jeunes des sortes de *gate-keepers* de l'information sexuelle, leur rôle va diminuant durant le développement au détriment des pairs, amis voire des médias. Ainsi il apparaît que c'est une forme d'éducation informelle qui prend le pas sur les efforts faits à l'école. La difficulté de cet état de choses est que ces sources sont susceptibles de transmettre un certain nombre d'information erronées porteuses de conséquences négatives.

3.6 LES ENSEIGNANTS ET L'ÉDUCATION SEXUELLE

Il existe peu de travaux sur ce thème¹⁰³. La prise en charge de l'éducation sexuelle par les enseignants semble, au premier abord, tomber sous le sens. À l'analyse, toute une série de difficultés sont attachées à cette tâche. La première est le manque de formation et d'expérience dans le domaine d'un point de vue relationnel et substantiel. L'offre de formation en matière d'éducation sexuelle laisse à désirer¹⁰⁴. Certains enseignants peuvent penser que l'éducation sexuelle devrait revenir à des experts ou aux parents. Une autre difficulté est le manque de temps qui

renvoie à l'intégration de cet enseignement ou non dans le curriculum. La place qui est faite à l'éducation sexuelle au sein de l'école est déterminée par de multiples facteurs : ouverture/réticences des autorités scolaires, communautaires, politiques. Les orientations idéologiques et les valeurs des enseignants peuvent favoriser des approches plus ou moins ouvertes au thème de la sexualité. Par ailleurs, la figure d'autorité du maître(sse) peut être entamée par la transmission de sujets délicats et intimes qui s'accommode mal de la distance que les deux partis (enseignants et élèves) peuvent avoir vis-vis d'autres matières. Il faut que les rôles soient clairement définis. L'enseignant ne devrait pas être sollicité pour des conseils individuels en matière de sexualité. Dans certaines circonstances, il est très difficile de poser des limites claires. Une autre difficulté concerne les relations avec les parents ; elle est largement tributaire de l'attitude générale envers ces questions, du type de collaboration instauré avec les familles et du soutien de la communauté scolaire.

Dans une recherche¹⁰⁵, les enseignants décrivent un certain nombre d'obstacles qui les empêchent de dispenser une éducation sexuelle de qualité en classe. Le problème majeur serait l'opposition ou du moins le manque de soutien des parents, de la communauté ou des autorités scolaires. Ils déplorent également l'absence de matériel didactique approprié. Il y a, selon eux, des réticences de la part des élèves qui se traduisent par de l'embarras, un manque de connaissances anatomiques et physiologiques, des fausses représentations etc. Les enseignants disent aussi manquer de temps et de formation, certains allant jusqu'à questionner leurs compétences pour enseigner cette matière.

La formation des enseignants à des tâches d'éducation sexuelle est une priorité pour assurer une bonne qualité de mise en œuvre de curricula dans le domaine de l'éducation sexuelle.

L'éducation sexuelle formelle devrait constituer un processus systématique adapté aux niveaux de développement des jeunes. Il reste le problème ouvert de savoir si l'éducation sexuelle doit constituer un enseignement spécifique ou être intégré dans le reste du curriculum¹⁰⁶.

3.7 RÔLE DES PARENTS ET COMMUNICATION PARENTS-ENFANTS EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ

Avant d'examiner le type d'éducation sexuelle explicite qui peut être transmise par les parents à leur progéniture, il faut noter que tout au long de leur cohabitation, une bonne part des interactions parent-enfant (marques d'affection, réactions à la nudité, attitudes, relations, expressions inter-génère) offrent un premier cadre et repère en matière de sexualité¹⁰⁷. Ainsi, les parents sont théoriquement plus à même que le corps enseignant d'établir avec leur enfant une relation de confiance permettant d'aborder les questions de sexualité avec l'ouverture souhaitée⁷².

Les avocats de valeurs morales prônant une sexualité monogame dans le cadre du seul mariage voudraient totalement déléguer l'éducation sexuelle aux parents⁹³. Les parents ont dans la plupart des pays le droit de retirer leur enfant de classes d'éducation sexuelle. En France, c'est le cas pour les enfants jusqu'à 13 ans mais ensuite l'éducation sexuelle est considérée comme un droit de la personne qui ne peut plus être limité par l'avis parental. Une étude américaine a montré que seuls 1 à 5% des parents retirent leur enfant des cours d'éducation sexuelle¹⁰⁸. Il est certain qu'une bonne collaboration entre parents et enseignants est un élément crucial pour des interventions scolaires efficaces. Trop fréquemment le personnel enseignant craint les critiques parentales ; dans bien des cas les écoles ne consultent pas les parents.

Le rôle des parents dans l'éducation sexuelle est paradoxal. Il est reconnu théoriquement comme très important mais en pratique la communication parents-enfant en matière de sexualité rencontre un certain nombre d'obstacles. Les deux partis expriment dans nombre d'enquêtes leur désir d'avoir des échanges autour de la question de la sexualité mais ressentent en même temps un malaise pour les aborder. Il s'avère pourtant que les enfants sexuellement éduqués par les parents (avec toujours un rôle prépondérant pris par la mère), l'entrée dans la sexualité est retardée et, si le pas est franchi, les jeunes ont tendance à utiliser des moyens de contraception et à avoir moins de partenaires¹⁰⁹⁻¹¹⁷.

La famille exerce une grande influence sur le timing et le mode de comportement sexuel de leur enfant. Les jeunes proches de leurs parents encourent des risques moindres de grossesse précoce. En contraste, la communication sur des thèmes de sexualité n'est pas aisée même si par ailleurs les relations intergénérationnelles sont vécues comme positives. Il apparaît que l'alcool, les drogues, la violence sont plus facilement abordés que les sujets de sexualité.

Un auteur classe les attitudes parentales en matière d'éducation sexuelle en trois catégories à partir d'entretiens avec des jeunes¹¹⁸ :

- Moralistes : la seule fois où le sexe est mentionné c'est dans le contexte de sa prohibition jusqu'au mariage ; le sexe étant décrit (en tout cas par les mères) comme un devoir.
- Laissez-faire : où les parents ne semblent pas s'intéresser à ce que font leurs enfants et avec qui.
- Réalistes-humanistes : où les parents acceptent la sexualité comme quelque chose d'agréable, admettent l'existence de services offrant du conseil et de la contraception et font preuve d'une acceptation ouverte.

Il existe un fossé entre ce que les parents souhaitent voir abordé par l'éducation sexuelle et ce que les jeunes disent être enseigné de fait. Il y a plus de 30% d'écart entre souhaits et réalité sur les thèmes de la gestion d'un viol, le dialogue avec les parents, l'orientation sexuelle/homosexualité¹¹⁹.

Dans un questionnaire s'adressant aux parents portant sur leurs attitudes envers l'éducation sexuelle, ils répondent qu'il était de leur responsabilité d'aborder ces sujets avec leurs enfants ; mais ils admettaient qu'en réalité ils n'en avaient pas discuté. Les différences entre "devrait être discuté" et "a été discuté" peuvent aller jusqu'à 64%, notamment sur le sujet de la contraception. La plupart des parents souhaitent que leur enfant possède assez de connaissances et d'habiletés pour pouvoir se protéger. La grande majorité de parents est en faveur de programmes intégrés qui incluent des thèmes allant au-delà de la biologie tels que le plaisir sexuel, les capacités de prendre des décisions etc.¹²⁰.

Une enquête américaine a montré que 54% des parents admettent ne jamais avoir parlé de sexualité avec leur(s) enfant(s), 28% rarement et 5% une fois par année⁷⁵. Dans certaines familles le message donné aux jeunes est clairement qu'on ne parle pas de "ces choses".

Une enquête canadienne montre que 61% de jeunes trouvent que leurs parents ont été compétents pour leur part d'éducation sexuelle bien que 73% des parents ont une perception opposée et s'estiment avoir été à la hauteur.

On a peu de données sur le contenu de ce qui est discuté dans la dyade parent-enfant. Une des rares études qui investigate ce thème est la suivante¹¹⁴. Les parents initient, lorsque c'est le cas, les

premières conversations au sujet de la sexualité avant qu'ils ne soient des *teenagers*. La menstruation et la contraception sont les premiers sujets que les mères discutent avec leur fille. Il y a une dimension évolutive au contenu de ces échanges. Au-delà des aspects factuels, les questions morales autour de la sexualité sont abordées. Les mères assument la plupart du temps la responsabilité de l'éducation sexuelle pour leur enfant fille ou garçon. Elles sont les agents de socialisation sexuelle majeure au sein de la famille. Nombre de recherches rapportent que les conversations ayant pour thème la sexualité avec la mère peuvent retarder l'initiation sexuelle et globalement réduire les conduites à risque.

Il existe un lien préférentiel mère-fille pour aborder le thème de la sexualité. Les adolescentes ont tendance de parler de cycle menstruel avec leur mère, d'abstinence sexuelle avec leur père, et de rapports sexuels avec leurs amis. Les discussions avec le père restent limitées. Les sujets abordés par les garçons tournent surtout autour du VIH/sida et l'usage de préservatifs, tandis que les filles abordent plutôt le développement normal et l'abstinence¹²¹.

L'enquête *Health Behaviour of School Children* (HBSC) montre que les filles et garçons de 15 ans trouvent plus difficile de parler à leur père qu'à leur mère de thèmes touchant à la sexualité¹²². Les études concernant la communication parentale sur la sexualité avec leur enfant ont longtemps manqué de sophistication : "parler de sexe" signifie des choses très différentes. Fréquence, récurrence, contenu ont été rarement co-examinés. Les approches par questionnaire restent souvent superficielles et ne captent pas les dimensions intéressantes de ces échanges¹²³.

Si la communication avec le père est plus rare cela ne veut pas dire qu'elle n'a pas d'importance. Cette question mérite d'être investiguée.

L'éducation sexuelle par le canal parental semble bénéficier d'une acceptation sociétale plus grande que celle dispensée par les écoles. Une revue des programmes tentant d'améliorer la communication jeunes-parents et l'impact de ces programmes montre que celui-ci n'est pas clairement établi¹²⁴.

Les programmes de prévention impliquant les parents se sont développés durant la dernière décennie sans avoir encore été soigneusement évalués. Il manque en particulier des études longitudinales de ces processus d'influence parentale et des examens des interactions entre parents-enfants.

Nombre de programmes visent à améliorer la communication parents-enfants sur les questions de sexualité en tentant de déconstruire les barrières qui la rendent peu efficace. Certains suggèrent que plutôt de s'attacher à cet objectif il est plus productif de trouver la personne la plus qualifiée pour remplir cette tâche (parent plus éloigné etc.)¹²⁵.

Il apparaît que c'est souvent davantage la force du lien parents-enfants qui a un impact plutôt que la seule communication. L'importance de l'influence des parents sur les comportements sexuels de leurs adolescents dépend largement de la qualité de leurs rapports¹²⁶.

Les parents sous-estiment leur influence sur les décisions de leur enfant quant à leur vie sexuelle. Lorsqu'on leur demande qui est le plus susceptible d'avoir cet ascendant, ils répondent les amis en première ligne (30%). Seuls 8% des jeunes le confirment. Au contraire ils citent que ce sont leurs parents qui ont le plus d'influence sur eux dans ces questions (31% et seuls 8% mentionnent les amis. Mais pour ce qui est des conversations effectives elles sont ressenties par les adolescents comme venant trop tard ou étant trop sommaires¹⁰³.

A côté d'une éducation sexuelle formelle proposée par l'école et qui constitue aux yeux des parents une source d'information cruciale, le rôle parental peut s'avérer primordial. La qualité

des liens parents-enfant, le suivi parental et la communication de valeurs ont un impact potentiel sur la réduction des risques sexuels pris par les jeunes.

3.8 PERSPECTIVES DES JEUNES SUR L'EDUCATION SEXUELLE

Il existe beaucoup de travaux qui documentent une attitude négative des jeunes par rapport à l'éducation sexuelle¹²². Les jeunes disent que le contenu et la nature de leur éducation sexuelle ne correspondent pas à leurs expériences ni à leurs questionnements au sujet de la sexualité⁷⁹. Nombre d'enquêtes auprès des jeunes rapportent une insatisfaction de l'éducation sexuelle reçue : "trop peu trop tard" semble résumer le sentiment de nombre d'adolescents^{67,103,125,127}.

Les jeunes anglais tendent à être peu satisfaits de l'éducation sexuelle qui leur est prodiguée. Ils disent davantage recevoir des discours de prévention contre le fait d'engager des relations qu'une véritable éducation sur la sexualité et les relations dans leur dimension sentimentale et affective. Les principales critiques (en majorité des filles) sont que l'éducation sexuelle se centre trop sur les faits biologiques plutôt que sur les relations ; les garçons regrettent l'absence d'informations en ce qui concerne la contraception¹²⁸.

Dans une étude¹²⁹, l'un des garçons interviewés dit de l'éducation sexuelle scolaire : « *it's all right if you are a frog* ».

Dans une enquête américaine¹¹⁹, les jeunes disent vouloir davantage d'informations sur des questions de santé sexuelle ; ils voudraient aussi en savoir plus sur la manière de gérer les aspects émotionnels d'une relation sexuelle et de comment communiquer avec le-la partenaire à propos de contraception et de MST. Dans l'ensemble, les jeunes américains sont satisfaits de ce que l'éducation sexuelle leur apporte au plan des connaissances de base sur la reproduction, et la manière de faire face aux pressions à avoir des rapports. L'enseignement des compétences de communication ainsi que comment utiliser et où se procurer des moyens de contrôle des naissances sont un peu moins bien évalués.

Dans une enquête canadienne⁷⁴, 89% des adolescents disent que l'éducation sexuelle leur importe. Les sujets qui selon eux devraient être abordés sont les suivants :

- prévenir les maladies transmises sexuellement ;
- l'agression sexuelle et le viol ;
- comment passer des tests de MST et obtenir un traitement ;
- les méthodes de contrôle des naissances ;
- la conception, la grossesse, la naissance ;
- établir de bonnes relations fondées sur l'égalité ;
- dire non au sexe ;
- prendre des décisions au sujet de la sexualité et des relations ;
- les compétences parentales ;
- parler de sexualité avec son partenaire ;
- la pression provenant des pairs ;
- la puberté ;

Les jeunes sont demandeurs de discours allant au-delà des aspects mécaniques de la sexualité et qui traitent des côtés relationnels et affectifs des rencontres pouvant déboucher sur des rapports. Ils ne veulent pas simplement des faits mais être accompagnés dans leurs prises de décision de conduites à tenir.

3.9 LE LANGAGE DU SEXE

Comment parler de sexualité ? En termes médicaux aseptisés, en termes argotiques, en euphémismes ? Ce sont des enjeux fondamentaux pour l'éducation sexuelle et source de problèmes majeurs pour les acteurs de prévention, en premier ligne, enseignants et parents. Si les jeunes préfèrent en majorité parler de sexualité avec leurs pairs c'est que le discours est embrayé sur des expériences concrètes, chose qui est quasi impossible avec les deux catégories d'adultes mentionnées.

La rencontre amoureuse elle-même est essentiellement basée sur des communications non-verbales ce qui pose le problème des modalités de la négociation de rapports protégés en limitant l'ambiguïté. Le mutisme permet à l'action de se dérouler sans contrôle et mener à un rejet de responsabilité mutuel.

Dans la rencontre sexuelle le discours sert souvent plus l'interaction en l'érotisant que le thème du risque.

Il existe une ambivalence persistante concernant la sexualité féminine entre sujet et victime. L'éducation sexuelle considère trop souvent les adolescentes en première ligne comme les victimes potentielles de la sexualité masculine.

Le thème de l'éducation sexuelle est marqué par la rhétorique nord-américaine ; le message de l'abstinence implique qu'il ne faut surtout pas parler de sexe mais le réduire au silence. La crainte du caractère incitatif du langage touchant au sexe a de tout temps fait partie de l'éducation sexuelle. Certains vont jusqu'à penser que parler de sexualité c'est la sexualité¹³⁰. Le discours est basé sur l'absence de désir, la victimisation et l'acceptation de relations sexuelles au sein du seul mariage. L'exploration des limites pour découvrir et faire l'expérience des aspects, positifs et négatifs, de ses besoins est exclue¹³¹⁻¹³³. Ce sont en première ligne les adolescentes qui sont touchées, empêchées de devenir sujets de leur sexualité qui est encore trop souvent placée sous un contrôle social important^{125,134}.

Une revue des contenus des manuels les plus utilisés dans l'éducation sexuelle nord-américaine¹³⁵ a mis en évidence trois types de discours :

- relatifs à la mécanique du corps (physiologie du comportement sexuel et reproduction) d'où le plaisir et l'émotion sont absents ;
- relatifs aux maladies transmises sexuellement (biologie et modes de transmission) ;
- relatifs aux émotions comme des phénomènes incontrôlables : il vaut mieux éviter toute situation propre à susciter des émotions.

L'auteur souligne le caractère limité de ces approches n'offrant pas d'espace aux jeunes pour discuter de leurs expériences qui pourraient leur permettre de faire des choix informés quant à leurs pratiques sexuelles.

3.10 LIMITES ET APPORTS DE L'ÉDUCATION SEXUELLE

Le dossier de l'éducation sexuelle met particulièrement en relief les normes et habitudes des sociétés qui l'organisent. Au discours scientifique peuvent s'opposer des attitudes idéologiques faisant valoir des positions morales qui ne traduisent ni les aspirations ni la réalité des pratiques sexuelles des jeunes. Dans trop de pays, l'éducation sexuelle constitue encore une forme d'obligation dont la valeur n'est pas pleinement reconnue ni valorisée⁷⁷.

Si l'information sur un certain nombre de faits, souvent susceptibles d'apporter des correctifs à des représentations erronées sur les conduites sexuelles, est une condition nécessaire dont on ne saurait faire l'économie pour obtenir un véritable impact qui se traduit au plan des comportements, il ne saurait s'agir d'une condition suffisante. Le succès mesuré par l'acquisition de meilleures connaissances dans le domaine de la sexualité est trop souvent sans rapport avec des conséquences sur les conduites sexuelles. Cela dit, on peut se poser la question de savoir si le but de l'éducation peut et doit être les changements de comportement. On a l'impression en analysant la littérature *mainstream* que l'apport d'informations et de connaissances en matière de sexualité est jugé forcément insuffisant. Il s'agit pourtant d'un jalon indispensable sur le chemin de la maîtrise d'une sexualité avec des risques limités.

Ce qui semble bien établi par divers travaux, c'est que l'information transmise avant l'entrée dans la sexualité auprès d'adolescents plus jeunes est plus efficace et a de meilleures chances d'avoir une incidence favorable sur leurs pratiques ultérieures.

On reste largement dans l'ignorance quant aux effets à longue durée des programmes d'éducation sexuelle. Les changements radicaux dans les styles de vie des adolescents restent improbables et l'impact des programmes ne peut être que partiel selon ce critère.

Le *setting* primordial étant l'école, se pose également la question du rôle des parents dans cette tâche d'éducation sexuelle dont les bénéfices et les obstacles ont été évoqués.

L'école comme lieu privilégié de l'éducation sexuelle pose le problème des décrocheurs qui sont souvent les groupes à risque les plus exposés. Il s'agit, en amont, que les acteurs scolaires repèrent les situations difficiles et trouvent un moyen de monitoring des trajectoires des jeunes les plus exposés. Les *drop-outs*, groupe particulièrement vulnérable aux risques sexuels ont nettement moins accès aux sources d'éducation sexuelle formelle¹³⁶. Un effort particulier doit être entrepris à l'endroit de ce type de population.

Les lacunes principales à relever touchent à l'orientation des stratégies d'éducation sexuelle en termes de risque en occultant les aspects de santé, d'épanouissement et de bien-être. Les perspectives des jeunes sont trop peu prises en compte dans les programmes qui sont souvent conçus unilatéralement par les adultes alors qu'une démarche participative est susceptible d'avoir des effets plus positifs. Il s'agirait également de cibler clairement les pratiques des jeunes dans le domaine de la sexualité à savoir leur premier rapport, la limitation des partenaires, l'utilisation d'une double protection préservatif-contraceptif, l'acquisition de moyens de négociation, d'affirmation de soi, de gestion de la relation dans le sens d'un partage de responsabilités afin d'éviter les abus et les phénomènes de violence. Très peu d'études apportent des indications concernant les connaissances et attitudes de base des jeunes par rapport à leur sexualité. Comment les capacités de négociation acquises par jeux de rôle en classe sont-elles transférées à des situations "réelles" de rencontres sexuelles ?

Trop souvent les programmes d'éducation sexuelle s'adressent aux adolescents comme s'il s'agissait d'un groupe homogène alors qu'il faudrait les moduler en fonction de l'âge, du stade de développement, du sexe, des situations familiales, des conditions socio-économiques etc.

En tout état de cause, l'éducation sexuelle doit constituer un effort continu dont l'impact ne s'est jamais révélé néfaste même si ses retombées positives démontrées sont encore trop modestes ou mal jaugées.

3.11 RESUME

Le contenu de l'éducation sexuelle est souvent trop orienté sur les risques et oublie les aspects positifs de santé sexuelle. La thématique a, de tout temps, soulevé des controverses et de vifs débats entre tenants d'une occultation de tout discours sexuel susceptible de corrompre une jeunesse innocente et ceux qui voient l'éducation sexuelle comme un droit permettant aux adolescentEs de faire des choix éclairés et/ou leur permettant de connaître les moyens de se protéger des risques de santé et de grossesses involontaires. Ces attitudes respectives jouent à l'échelle des sociétés en inspirant des attitudes plus ou moins ouvertes eu égard au thème de la sexualité.

La littérature classique concernant l'évaluation des stratégies d'éducation sexuelle offre un bilan mitigé en termes de changements de comportements qui sont, au demeurant, des critères discutables. Les recommandations qui émanent de ces travaux souhaitent une éducation sexuelle plus précoce, ciblant mieux les jeunes en fonction de leur expérience sexuelle et intégrant les capacités de communication et de négociation.

L'analyse des perspectives des différents acteurs de prévention formelle et informelle, (enseignants et parents) ainsi que celle des jeunes révèle un certain nombre de difficultés. Si la responsabilité de l'éducation sexuelle ne saurait être l'apanage de l'institution scolaire – les jeunes sont exposés et cherchent des informations auprès d'autres sources – elle en offre la meilleure couverture. Mais les conditions sont loin d'être optimales. Le manque de formation des enseignants de temps, de soutien de matériaux adéquats sont autant d'obstacles à une bonne éducation sexuelle. La famille, et surtout les mères, éprouvent également des difficultés à parler des choses du sexe avec leurs enfants : craintes et embarras réciproques marquent souvent ce processus. Enfin, les jeunes eux-mêmes sont très demandeurs d'éducation sexuelle mais ils la jugent souvent inadéquate et souhaiteraient plus de dialogue autour de thèmes psycho-sociaux et relationnels.

4 GROSSESSES D'ADOLESCENTES

4.1 UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

Dans le passé, la grossesse adolescente était essentiellement perçue sous l'angle moral comme une faute due à une promiscuité malvenue. Cet état créait de la honte et de la gêne. Les "filles-mère" étaient tenues à l'écart de la société, souvent envoyées dans des institutions tenues par des religieuses dans des conditions punitives.

De nos jours, dans la majorité des cas, les grossesses d'adolescentes sont considérées comme un problème de santé publique reconnu, engendrant des effets négatifs démontrés. Les jeunes mères sont susceptibles de ne pas compléter leur scolarité et de dépendre ensuite de l'assistance pour leur survie matérielle. Le futur des enfants se trouve également hypothéqué par toute une série de difficultés. L'enfantement précoce résulte souvent en une perte de potentiel humain.

Une constellation de facteurs sociétaux et individuels sont, selon la littérature, à l'origine des grossesses précoces : des aspects de désorganisation sociale : pauvreté, violence, chômage, manque d'éducation, consommation de substances et, dans l'ensemble, la perception d'un avenir bouché. Ces éléments peuvent à la fois constituer des facteurs qui prédisposent aux grossesses précoces ou constituer des résultantes (cause et/ou conséquences). L'absence de mise à disposition de moyens contraceptifs est également un obstacle de taille¹³⁷. Malgré le soutien de public en faveur de l'accès facilité aux contraceptifs, il est souvent plus facile aux jeunes de se procurer des drogues que des préservatifs¹³⁸. En tout état de cause, il s'agit de conditions négatives pour la vie des jeunes^{73,139-142}.

Il est intéressant de noter que les jeunes ne voient pas forcément les grossesses adolescentes comme un problème social mais une question personnelle de l'individu en question¹⁴³. Certes, enfanter à 18 ans n'est pas nécessairement une catastrophe pour la mère et l'enfant si certaines conditions favorables sont réunies (support familial, mari avec un travail etc.).

Le phénomène prend plus de visibilité dans la mesure où l'âge moyen des femmes à leur première naissance n'a fait que s'élever dans les pays développés durant les dernières vingt années en partie parce que les conditions favorables évoquées deviennent beaucoup plus rares^{112,144}. Dans certain cas, l'enfant peut être un catalyseur de changements dans l'existence des jeunes mères qui les aide à définir un projet de vie constructif.

Il règne autour de la question des grossesses d'adolescentes une certaine ambiguïté et une ambivalence : nombre d'adolescentes choisissant délibérément une grossesse pour donner un sens à leur vie, s'attacher un partenaire, rêver un futur meilleur. Il s'agit donc de distinguer les grossesses involontaires et non planifiées des grossesses volontaires¹⁴⁵. Les enquêtes existantes à cet égard montrent qu'aux Etats Unis, 78% des grossesses et 66% des naissances de mères adolescentes étaient involontaires vers le début des années 90.

Les grossesses d'adolescentes s'observent dans toutes les sociétés mais dans des proportions différentes comme il est montré ci-dessous.

4.2 REPERES EPIDEMIOLOGIQUES

Tableau 1 Taux de naissances de mères adolescentes (par 1'000 jeunes âgées de 15 à 19 ans), par années et pays développés Europe de l'Ouest, sauf Europe centrale, et Europe de l'Est^f

	1970	1975	1980	1985	1990	1995
Autriche	58.2	47.1	34.5	24.4	21.2	15.6
Belgique	31	27.8	20.3	12.6	11.3	9.1
Canada	42.8	35.3	27.2	23.2	25.6	24.2
Danemark	32.4	26.8	16.8	9.1	9.1	8.3
Grande Bretagne	49.7	35.5	29.6	29.5	33.2	28.4
Finlande	32.2	27.5	18.9	13.8	12.4	9.8
France	37.4	33.1	25.4	16.9	13.3	10
Allemagne	43.3	26.2	19.5	12.1	16.8	13.2
Japon	4.4	4.1	3.6	4	3.6	3.9
Norvège	44.6	40.3	25.2	17.8	17.1	13.5
Hollande	22.6	12.6	9.2	6.8	8.3	5.8
Italie	27	32.5	20.9	12.7	9	6.9
Portugal	29.8	37	41	33	24.1	20.9
Espagne	14.3	21.9	25.8	18.5	11.9	7.8
Suède	33.9	28.8	15.8	11	14.1	7.7
Suisse	22.2	15.3	10.2	6.7	7.1	5.7
Etats Unis	68.3	55.6	53	51	59.9	54.4

Source : Darroch JE, Singh S, Frost JJ, and the Study Team¹⁴⁶, Singh S, Darroch JE¹⁴⁷

Dans l'absolu, on constate que les extrêmes des taux de naissances chez les jeunes sont occupées par le Japon (taux le plus faible) et les Etats Unis (taux le plus élevé). On observe durant les derniers 25 ans un déclin substantiel dans le taux de naissances. Pour certains pays il s'agit d'une chute de 70% ou plus (11/16 pays). Les pays connaissant une réduction de moins de 50% durant cette période sont : le Canada, la Grande Bretagne, le Portugal, l'Espagne et les Etats Unis et le Japon. Le timing de ces déclins est très variable de pays en pays.

Il vaudrait la peine d'interroger en détail certains cas de figure, comme par exemple l'Italie et le Portugal, pays méditerranéens et catholiques, qui, il y a 30 ans, avaient des taux très comparables de naissances et se retrouvent avec des chiffres très divergents un quart de siècle plus tard.

^f Outre l'indicateur des grossesses, les naissances de mères adolescentes constituent les données les plus fiables et les plus complètes. Les chiffres des grossesses peuvent être obtenus en additionnant les naissances aux avortements qui constituent des données approximatives dans nombre de pays. Le tableau suivant compare la plupart des pays développés.

Le déclin général observé constitue un paradoxe puisque ce n'est que plus récemment que le phénomène de conception et de naissances précoces chez les adolescentes est construit comme un problème social majeur pour les sociétés modernes¹⁴⁸. Auparavant, le même phénomène restait beaucoup plus occulté.

Les données épidémiologiques montrent que les pays dans lesquels l'approche de la sexualité est ouverte et pas seulement axée sur l'abstinence et les risques et ceux qui offrent une accessibilité facilitée à des services de santé sexuelle et reproductive ont des taux de grossesse, de naissances, d'avortements et de MST plus bas que dans des contextes où ces conditions ne sont pas réunies. Les Etats Unis ont le taux le plus élevé de grossesses adolescentes dans le monde développé. Il est de l'ordre du quadruple de ceux des pays européens¹⁴⁹. Les différences entre taux de grossesse ne peuvent s'expliquer par des pratiques sexuelles plus ou moins fréquentes et/ou précoces, (par exemple la proportion de jeunes ayant eu des rapports sexuels et l'âge d'entrée dans la sexualité, change peu de pays à pays) mais par des patterns d'utilisation de contraceptifs (fréquence, régularité). La proportion d'adolescentes qui n'utilisent pas de contraceptif est la plus élevée aux Etats Unis.

L'autre facteur explicatif réside dans le type d'éducation sexuelle prodiguée qui peuvent fournir aux jeunes ou non les instruments pour se prémunir contre les conséquences indésirables de relations sexuelles mal gérées.

Néanmoins les trends des taux de naissance chez les 15-19 indiquent une diminution aux Etats Unis. L'utilisation de contraception s'est sans doute améliorée. L'épidémie du sida a également joué un rôle auprès des jeunes sexuellement actifs : l'utilisation du préservatif a fait un bond dans les derniers 15 ans de 11% à 44%. Des campagnes nationales de prévention ont été lancées avec pour objectif la diminution de grossesses parmi les jeunes de 1/3 d'ici 2005.

4.3 PISTES DE PREVENTION

Pour cibler le problème de société que constituent les grossesses d'adolescentes, des réponses communautaires ont été proposées : des collaborations entre écoles, associations, centres de planning se sont constituées pour mettre en place des initiatives de prévention de grossesses précoces et de lutte contre l'exclusion et la pauvreté.

Dès les années 70, de nombreuses écoles américaines ont développé des programmes visant la sexualité des adolescents lorsque les grossesses non désirées et les MST sont devenues plus visibles et mieux documentées. Quand le sida est apparu comme problème majeur dans les années 80, ce mouvement s'est amplifié. A l'époque, les principaux messages mis en avant mettaient l'accent sur l'importance de l'abstinence, de la résistance à la pression des pairs pour devenir sexuellement actif et de la responsabilité concernant les relations sexuelles et une possible maternité/paternité. Des cliniques offrant des services de santé reproductive ont été intégrées au sein de l'école. Bien que ces efforts concernaient encore une faible proportion de l'ensemble des écoles américaines avec un accès limité à la contraception et les préservatifs, l'évolution notée en 1993 allait en augmentant considérablement.

Au contraire de l'éducation sexuelle, la prévention des grossesses involontaires chez les jeunes a cherché à intégrer le contexte extra-scolaire et mobiliser toute une série d'acteurs appartenant à l'espace de vie des adolescentEs.

Un exemple de cette approche est fourni par un organisme canadien (*Amherst Association for Healthy Adolescent Sexuality*) qui s'est inscrit dans les services communautaires existants au sein d'un réseau étoffé. On a combiné la mise en place de cours d'éducation sexuelle en milieu scolaire, une campagne médiatique, la création d'une clinique pour adolescents et la formation d'une coalition de parents, d'éducateurs, d'adolescents et de travailleurs communautaires. Cette initiative basée sur une action concertée et intersectorielle de type communautaire a permis d'augmenter significativement l'usage de moyens contraceptifs^{139,150}.

Des programmes de développement de la jeunesse (*youth development programs*) qui ne se focalisent pas sur la sexualité, s'attachent à offrir aux jeunes des perspectives d'avenir du point de vue de leur scolarité, de leur orientation professionnelle et de leur insertion^{88,151}.

En réponse au problème des maladies sexuellement transmissibles, nombre de programmes incitant les jeunes à des rapports protégés ont également eu un effet sur les grossesses non désirées des adolescentes.

De manière générale, les auteurs britanniques mettent particulièrement l'accent sur l'analyse des besoins locaux, la collaboration entre organisations, bref privilégient les aspects communautaires de la prise en charge du problème des grossesses adolescentes. Les inégalités et conditions socio-économiques défavorables sont largement prises en compte dans la discussion de ce problème de conception précoce. L'apport positif d'un capital social, à savoir l'influence de la communauté et la cohésion sociale comme déterminant de la santé reproductive, est souligné dans ce type d'approche trop souvent ignoré par les programmes visant exclusivement les connaissances, perceptions et comportements d'individus¹⁵².

En Grande-Bretagne, les pistes prometteuses pour réduire les grossesses d'adolescentes citées sont les suivantes¹⁴² :

- une éducation sexuelle scolaire et communautaire couplée à des services de contraception ;
- une implication des parents ;
- des programmes de développement personnel (estime de soi, compétences de négociation).

Il existe une association démontrée entre conduites sexuelles à risque, en particulier la multiplication de partenaires, et consommation d'alcool et de substances^{153,154}.

Une attention particulière doit être portée à des groupes vulnérables tels que les décrocheurs, les jeunes filles demandant une contraception d'urgence ou un test de grossesse, les enfants de parents *teenagers*, les adolescentEs en fugue ou sans abri, les adolescentEs vivant dans des quartiers défavorisés, les adolescents placés, les adolescentEs migrants ou appartenant à des minorités ethniques, les adolescentEs aux prises avec le système judiciaire. On connaît mal les besoins de cette population et la majorité des actions préventives ne leur sont pas destinées. Plus les jeunes sont vulnérables plus ils sont difficiles d'accès pour les acteurs de prévention. On ignore également la signification d'une paternité précoce et les besoins spécifiques des jeunes qui ont enfanté.

Dans une approche par focus group, des jeunes ont exprimé leurs besoins en matière de prévention des grossesses adolescentes : bénéficier d'une éducation sexuelle suivie intégrant les aspects physiologiques et émotionnels ; bénéficier de présentations par des adolescentes enceintes ou parents ; avoir accès à une ligne téléphonique traitant d'informations sexuelles ; se donner les moyens d'améliorer le dialogue parents-enfants sur les questions de sexualité¹⁴³.

Une étude basée sur un questionnaire conséquent (75 questions) distribué à près de 1000 jeunes de 15 à 18 ans a cherché à explorer les éléments importants dans ce domaine¹¹⁵. Dans l'ordre de préférence étaient cités :

- plus d'information sur la grossesse et le contrôle des naissances (52%) ;
- éducation concernant les relations (33%) ;
- communication parentale (32%) ;
- meilleur accès aux contraceptifs (31%) ;
- éducation sur la parentalité (30%).

Parmi les répondants, les filles avaient tendance à être plus abstinentes que les garçons. Les abstinentes globalement pensent que plus d'information sur la grossesse et la contraception sont susceptibles de prévenir les grossesses involontaires. Les garçons notent que les cliniques ciblent plutôt les filles. Tandis que les parents sont cités comme sources préférentielles pour la prévention des grossesses, seuls 37% disent parler fréquemment de sexe avec leurs parents.

Le genre est un facteur important dans les négociations permettant des pratiques à moindre risque. Les discours sur la sexualité et les relations ont été caractérisés ainsi :

- Les adolescentes auraient tendance à représenter le but d'activités sexuelles comme avoir et garder un homme pour des motifs de protection et d'enfantement.
- Le discours masculin, proche des représentations populaires, font valoir les besoins biologiques qui demandent des satisfactions régulières.

Il se pourrait que les jeunes filles intériorisent ces représentations dans leurs pratiques sexuelles par ce que des auteurs ont appelé récemment "*the male in the head*"¹⁵⁵. Les rapports de pouvoir qui se jouent dans les rencontres sexuelles devraient être pris en compte dans les stratégies de prévention de conduites à risque. La plupart du temps, la négociation pour des relations protégées ne s'inscrit pas dans une dyade égalitaire mais dans des rapports de force complexes¹⁵⁶. Comment les adolescentes parviennent-elles à construire des stratégies de résistance et comment les emploient-elles ?

Les programmes qui focalisent les prises de conscience des rôles traditionnels masculin/féminin, actif/passif par les partenaires, les capacités de négociation dans les relations de pouvoir hiérarchisés commencent peu à peu à être proposés.

4.4 QU'EST-CE QUI SEMBLE EFFICACE ?

Le détail des revues de programmes de prévention des grossesses précoces est donné dans L'annexe 9.1. Tandis que la nécessité de conduire des évaluations de bonne qualité scientifique pour déterminer l'efficacité des multiples programmes mis en place pour lutter contre les grossesses précoces s'est peu à peu imposée, de fait il existe encore trop peu de travaux répondant à ce critère¹⁴². Malgré des résultats inconsistants, il commence à émerger de la littérature un certain nombre de caractéristiques d'interventions se révélant, selon leurs auteurs, prometteurs.

Une revue¹⁵⁷ montre que les programmes de réduction de grossesses n'ont eu que peu de succès. Ce qui semble plus efficace comme approches sont celles qui ont tenté de dépasser les problèmes

de santé sexuelle stricte pour inclure les choix de vie en termes d'éducation et de perspectives d'emploi.

Le problème des grossesses répétées pose des défis particuliers aux stratégies préventives¹⁵⁸. Aux Etats Unis environ 30-35% des mères adolescentes ont une grossesse répétée dans une période de deux ans. En général les programmes visant à éviter cette condition n'ont pas rencontré de succès.

Il est souvent relevé que pour réduire efficacement le taux de grossesses précoces, il faut relier le *setting* de l'éducation sexuelle aux services de distribution de contraceptifs et de conseil qui doivent être d'un accès aisé¹⁵⁹.

L'existence de services de consultation et de contraception à bas seuil, sans liste d'attente, garantissant aux jeunes une confidentialité, offrant ses prestations à un prix raisonnable avec des horaires flexibles, disposant d'un personnel bien formé (ne portant pas de jugements de valeur) et un suivi garanti semble être un élément de promotion majeur de la santé sexuelle des jeunes. Ces services sont trop souvent perçus comme s'adressant uniquement aux adolescentes. Il faut songer à rendre l'offre connue et attractive aux jeunes hommes^{13,160,161}.

Dans une revue de la littérature¹⁶², l'auteur identifie les services de planning et de conseil comme des éléments clé pour la réduction des grossesses d'adolescentes. Il note également le peu de place faite aux jeunes adolescents dans les efforts de prévention.

Les évaluations de cliniques intégrées ou reliées à l'école ont donné lieu à des résultats mitigés : leurs services d'éducation intégrée, de conseil et de services médicaux ne précipitent nullement l'activité sexuelle des jeunes mais semble, en revanche, peu efficace au niveau de la diminution des taux de grossesse et de naissance. Quelques études ont montré des effets positifs pour ce qui concerne la contraception d'autres non¹⁶³.

4.5 LIMITES DE LA PREVENTION DES GROSSESSES ADOLESCENTES

Les grossesses, et naissances de mères adolescentes constituent des *outcome* primordiaux pour juger de l'impact de l'éducation sexuelle. Dans l'ensemble il apparaît que les efforts d'enseignement et de *empowerment* dans ce domaine soient plus prometteurs que ceux visant simplement à empêcher les jeunes d'avoir des rapports sexuels. La comparaison entre divers pays dont on peut définir les attitudes et normes sociétales envers la sexualité donne des pistes intéressantes quant aux liens entre stratégies basées sur la transparence et l'ouverture et des postures fermées et conservatrices. Le facteur d'ouverture culturelle (*cultural openness*) aux questions sexuelles est de première importance. L'échelle des interventions de prévention, au plan des campagnes nationales médiatiques, ne saurait directement agir sur le climat d'une société.

Les représentations d'une société évoluent lentement et restent malheureusement souvent sourdes à l'épreuve des faits de santé publique car, bloquées par des agendas moraux. Cela dit l'urgence des situations telles que celles créées par l'apparition de l'épidémie du sida a partiellement bouleversé les résistances et obstacles entravant les approches de prévention des risques sexuels plus "classiques".

La segmentation des conduites sexuelles en catégories isolées de risque et de maladies qui aboutit par exemple à séparer la prévention du sida des programmes de contraception peut constituer une ségrégation néfaste des différents services et désorienter les jeunes qui demandent de l'aide¹⁶⁴.

La question de savoir si les stratégies de prévention de grossesses involontaires doivent se fonder sur des approches élargies qui comprennent la santé reproductive, la contraception, les MST ou des approches spécifiques à chacun de ces thèmes reste posée.

4.6 RESUME

Les grossesses involontaires des adolescentes représentent un problème de santé publique rattaché à des facteurs de désorganisation sociale. L'ampleur du phénomène varie fortement d'un pays à l'autre sans qu'on n'ait pu mettre en évidence des différences notables d'activité sexuelle des jeunes. Ces disparités reflètent l'ouverture culturelle sur le thème de la sexualité et sans doute l'impact de l'éducation sexuelle et de la prévention. De manière générale, la tendance des taux de grossesses précoces est au déclin dans la plupart des pays industrialisés.

Les stratégies de prévention tentent de prendre en compte les conditions socio-économiques en mobilisant les réseaux communautaires pouvant offrir des ressources aux jeunes concernés. On travaille également sur les perspectives d'avenir de cette population-cible vulnérable en termes de scolarité, d'orientation professionnelle et d'insertion. Les demandes des adolescentEs en matière de prévention concernent les informations de base sur la contraception et les grossesses, une éducation sur les relations, sur la parentalité ainsi qu'une amélioration de la communication parentale. Ces démarches sont souvent couplées à des services de santé sexuelle qui devraient répondre à un certain nombre de critères pour être efficaces : bas seuil, confidentialité, facilité d'accès, horaires flexibles, personnel formé, assurance d'un suivi. Il reste de gros efforts à faire pour que ces offres touchent davantage les garçons.

5 MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES DONT VIH/SIDA

Il existe plus de 25 maladies infectieuses transmises par des rapports sexuels, dont la plupart sont incurables. Le spectre des conséquences sanitaires vont d'affections sans danger à celles qui peuvent être fatales. Les maladies sexuellement transmissibles autres que le sida font l'objet de moins d'attention de la part du public et des acteurs de prévention¹⁶⁵. Une étude américaine récente montre l'existence de lacunes massives des jeunes dans leurs connaissances des MST. Il est souligné que la prévention a tendance à trop exclusivement focaliser le VIH/sida au détriment des autres infections¹⁶⁶. Elles représentent pourtant un fardeau important pour la santé publique et touchent en priorité les jeunes.

La description des principales maladies sexuellement transmissibles autres que le VIH/sida est donnée en Annexe 9.2.

5.1 REPERES EPIDEMIOLOGIQUES

On constate de manière générale que les adolescents sont une population touchée par les trois majeures MST avec les filles constituant un sous-groupe particulièrement vulnérable¹⁶⁷. Globalement, les 2/3 des nouvelles MST concernent les *teenagers* des USA.

5.1.1 Syphilis

L'incidence de cette MST dans la population de jeunes est faible dans la plupart des pays développés. Cinq pays ont des taux plus élevés que dans la population générale : Canada, Danemark, Roumanie, Fédération de Russie, Etats Unis. Durant les années 1985-1996, les taux de syphilis ont généralement diminué pour la population générale et les adolescents. Seule la Fédération de Russie a connu dans les années 90 une augmentation très notable.

5.1.2 Gonorrhée

Le tableau est assez semblable à la syphilis mais avec des taux nettement plus élevés. La situation est la plus mauvaise aux Etats Unis (où le taux de gonorrhée est le plus élevé des pays industrialisés, environ 8 fois plus qu'au Canada et environ 50 fois plus qu'en Suède¹⁶⁸). Le trend de la gonorrhée dénote une baisse constante dans la plupart des pays développés à l'exception de la Fédération de Russie (augmentation spectaculaire entre 1985 et 1996) et dans une certaine mesure la Grande Bretagne où on constate une augmentation depuis 1999.

5.1.3 Chlamydia

L'incidence de cette MST est extrêmement élevée auprès des adolescents avec les filles sensiblement plus touchées que les garçons. La tendance a également été à la diminution générale entre 1991 et 1996, en particulier au Canada et en Suède, mais on observe actuellement des chiffres en augmentation aux Etats Unis.

5.1.4 VIH/sida

Tableau 2 Jeunes (15-24) vivant avec le VIH/sida, par pays, en pourcentage

Pays	Filles	Garçons
Autriche	0.10-0.14	0.18-0.27
Belgique	0.10-0.14	0.09-0.14
Canada	0.14-0.21	0.22-0.33
Danemark	0.05-0.08	0.11-0.16
Grande Bretagne	0.04-0.06	0.08-0.12
Finlande	0.02-0.03	0.03-0.04
France	0.14-0.21	0.21-0.31
Allemagne	0.04-0.05	0.08-0.12
Japon	0.03-0.04	0.01-0.02
Norvège	0.03-0.05	0.06-0.09
Hollande	0.07-0.11	0.16-0.24
Italie	0.21-0.31	0.23-0.34
Portugal	0.15-0.22	0.33-0.49
Espagne	0.19-0.29	0.41-0.62
Suède	0.04-0.05	0.05-0.08
Suisse	0.32-0.47	0.37-0.55
Etats Unis	0.18-0.27	0.38-0.57

Source : UNAIDS/UNICEF, 2002 : Young people and HIV/AIDS. Opportunity in Crisis

L'incidence et la mortalité liée au VIH/sida sont en baisse dans la plupart des pays industrialisés. On ne peut néanmoins affirmer que l'épidémie est maîtrisée. Mais il y a une stabilisation de l'épidémie dans les pays riches au contraire de l'Afrique.

On observe maintenant une concentration du VIH/sida sur les groupes les plus socialement vulnérables¹⁶⁹.

Les nouveaux diagnostics du VIH signalés durant la période de 1995-2000 dans dix pays européens (Belgique, Danemark, Allemagne, Islande, Irlande, Norvège, Luxembourg, Suède, Suisse, Grande-Bretagne) sont attribués aux voies de transmission suivantes¹⁷⁰ :

- 37% par voie homosexuelle,
- 35% par voie hétérosexuelle,
- 8% par partage de seringues,
- 3% autres,
- (18% non spécifiés).

Il faut signaler que trois pays européens qui ont des taux d'infection parmi les plus élevés, France-Italie-Espagne, ne disposent pas de système de déclaration au plan national¹⁷¹.

Aux Etats Unis l'infection au VIH est le 7^e facteur de mortalité pour les 15-24 ans. Il est estimé que la moitié des 40 000 nouvelles infections annuelles concernent les jeunes de moins de 25 ans et 25% de moins de 22 ans. Selon des données du *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), 60% de tous les cas de sida chez les jeunes (garçons) et 47% (filles) de moins de 24 ans sont sexuellement transmis. Or parmi les jeunes sexuellement actifs près de 45% ont eu des derniers rapports sans préservatif.

Malgré le déclin de l'incidence du sida aux Etats Unis dans la population générale, il n'y a pas eu de diminution comparable de nouveaux cas de VIH parmi les jeunes. Les filles sont les plus touchées dans la catégorie des 13-19 ans.

5.2 PISTES DE PREVENTION

Le sida continue à constituer un problème de santé publique et à mobiliser la recherche biomédicale pour avancer dans la voie de traitements améliorés et à terme définitifs. Le domaine de la prévention depuis longtemps s'est ouvert sur les apports des sciences humaines ; mais les questionnements qui peuvent circuler entre disciplines dépendent des aires culturelles. Il devrait être évident que la prévention du VIH/sida ne saurait faire l'économie d'une compréhension de la signification de la sexualité.

Historiquement on peut identifier trois temps d'adressage des programmes de prévention qui, au demeurant, peuvent se chevaucher¹⁷².

- Dans les années 80 le sida concernait des groupes spécifiques (homosexuels, Haïtiens etc.). Le but implicite était de protéger la population générale au détriment de segments qui avaient le monopole des risques les plus aigus. La désignation de ces catégories avait la fonction d'étiquetage de boucs émissaires.
- Dans une deuxième phase qui coïncidait avec l'identification du virus le risque était davantage associé à certaines pratiques sexuelles (pénétration anale) : c'était alors les conduites individuelles plutôt que les caractéristiques d'un groupe qui étaient mises en question. Ce trend est apparu à la suite de réactions d'activistes des groupes stigmatisés qui dénonçaient la discrimination qui leur était faite et faisaient valoir qu'un virus frappait sans préférences particulières. L'objectif de la prévention continuait à être l'éradication totale, basé sur la croyance en l'efficacité des campagnes de prévention. La dimension de solidarité avec les personnes touchées par la maladie est devenue un enjeu de la prévention avec la prise de conscience que tout le monde peut être touché par l'épidémie.
- La troisième période focalise les caractéristiques de la relation et des interactions en mettant l'accent sur *l'empowerment* des partenaires (surtout les filles/femmes) et les capacités de négociation. A l'instar des nouvelles approches de la toxicomanie on se situe dans une optique de réduction des risques sans viser à atteindre le risque zéro.

On assiste actuellement à une phase de normalisation du sida dont la perception a perdu de son caractère d'urgence exceptionnelle pour concevoir l'infection comme une maladie chronique⁵³. Cette situation présente des dangers certains de relâchement des actions préventives, une recru-

descence de pratiques sexuelles à risque et une moindre réceptivité aux messages de prévention¹⁷³.

Une des questions importantes qui se pose pour faire le point de la situation actuelle c'est de savoir si les stratégies de prévention du sida consistent en des programmes spécifiques ou des programmes enchâssés dans des approches plus larges (grossesses adolescentes, éducation sexuelle générale).

5.3 LES CONNAISSANCES DES JEUNES SUR LE VIH/SIDA

Dans les années 80, les jeunes avaient de bonnes connaissances sur les modes de transmission du sida mais ignoraient en partie les moyens de protection¹⁷⁴.

Les quelques illustrations ci-dessous montrent qu'au-delà d'un manque d'information, il est important pour les stratégies de prévention de connaître et de tenir compte des croyances des jeunes sur la maladie.

L'enquête Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) commanditée par l'OMS tous les quatre ans dans un certain nombre de pays européens et au Canada, permet de saisir les évolutions de conduites salutogéniques des jeunes, en particulier sur le thème de l'éducation sexuelle, les changements de connaissances et d'attitudes touchant au VIH/sida. Les résultats de l'étude portant sur un échantillon écossais¹²² montrent que des jeunes avaient en 1990 de grosses lacunes dans leurs connaissances sur le sida notamment sur les manières dont le sida est transmis et dans les appréciations de leur propre risque. Les adolescents enquêtés étaient demandeurs d'information sur les manières de se protéger. En l'espace de quatre ans, il apparaît que les manques de connaissances n'ont pas été comblés, voire se sont accentués. De surcroît, les adolescents pensent qu'ils n'ont pas besoin d'en savoir plus que ce qui leur est enseigné dans les écoles. Le sida n'est plus considéré comme une maladie aussi sérieuse qu'auparavant.

Une enquête de 1995 de la Commission européenne portant sur 18500 jeunes de 15 à 24 ans a montré que 80% d'entre eux demandent davantage d'informations sur le VIH¹⁷⁵.

Certaines enquêtes de type KABP (knowledge, attitudes, beliefs, practices) visent à "mesurer" l'assimilation des connaissances, notamment sur la transmission du VIH, qui est souvent un objectif prioritaire des stratégies de prévention du sida¹⁷⁶. D'autres types d'analyse à partir des mêmes instruments méthodologiques cherchent à dégager les représentations qui ancrent les connaissances sur le sida. Elles permettent de suivre l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face à cette maladie. Ce type d'enquête a montré chez les 15-18 ans un bon niveau de connaissances sur la transmission du VIH tels qu'elles sont véhiculées par les actions de communication publique et les activités de prévention. A côté de représentations conformes aux messages de prévention, on trouve néanmoins des croyances à une sorte de porosité des corps et de contagion par simple contact. Les sources d'information sur le sida jugées les plus crédibles sont les experts (médecins, chercheurs, associations de prévention) bien davantage que les enseignants. Les attitudes d'acceptation des personnes séropositives augmentent avec une meilleure connaissance des modes de transmission du VIH. Les perceptions d'une transmission diffuse du sida ne peut être expliquée par un déficit de connaissances mais se rapportent à des représentations de déclassement scolaire/social.

L'enquête KABP française de 2001 montre un relâchement des comportements de protection des jeunes : ils sont moins sensibilisés à la problématique du sida, la nécessité de se protéger est

moins évidente et il semble y avoir un certain désengagement face aux comportements de prévention¹⁷⁷.

En France, l'ACSJ (Analyse des comportements sexuels des jeunes) a abordé la question du sida à partir de quatre thèmes¹⁷⁸ :

- les modes de transmission du virus ;
- la confiance accordée à différentes sources d'information sur le sida ;
- les opinions relatives à la gestion sociale du sida ;
- les attitudes à l'égard des séropositifs.

Il s'avère que les représentations du sida sont parfois fragiles et peu stabilisées. On retrouve chez environ 10% des adolescents interrogés l'idée de la contagion du sida par simple contact avec les malades. Ces jeunes ont alors une attitude d'hostilité et d'intolérance envers les malades, porteurs d'un péril qui potentiellement les met en danger. La moitié de l'échantillon connaît les modes de transmission du sida et adopte des positions de solidarité pour les personnes touchées.

Une enquête sur l'évolution des attitudes d'étudiants à l'égard du sida portant sur 15 ans a montré plus de tolérance envers les personnes atteintes, de meilleures connaissances et une diminution de la perception du risque¹⁷⁹.

Il est intéressant de constater que les perceptions du risque lié au sida sont relativement indépendantes des points de vue sur les modes de transmission. Ainsi, les enquêtes qui ne recueillent que ce type d'indicateur ne permettent pas de saisir comment les personnes appréhendent le risque et quel sens ils lui donnent.

Il existe des indications systématiques sur le fait que les bonnes connaissances sur le sida/VIH sont en contraste avec le sentiment d'être personnellement peu concerné dans la population de jeunes^{90,174,180}. Une enquête réalisée en Finlande montre que des adolescentEs de 15 ans sont parfaitement au courant des voies de transmission du virus ainsi que des moyens de s'en protéger mais très peu se sentent potentiellement à risque¹⁸¹.

Dans une enquête auprès de lycéens français¹¹, l'auteur s'est demandé comment les jeunes réagissent face à la stratégie du "tout préservatif" dans le double registre de solution technique et de médiation symbolique. Partant du constat corroboré par de nombreuses enquêtes que l'utilisation du préservatif chez les jeunes reste irrégulière voire épisodique, l'injonction préventive se heurte à des obstacles qui font intervenir des aspects positifs inhérents à la relation tels que la confiance. Si elle règne, le préservatif est considéré comme superflu ; dans le cas contraire c'est globalement le rapport sexuel qui est mis en question et la question du préservatif ne se pose plus. Les motifs de contraception semblent être plus convaincants pour l'adoption du préservatif que le risque d'infection au VIH. L'enquête révèle des "fausses" représentations sur le sida notamment quant à sa transmission qui se recourent avec d'autres travaux. Les jugements sur les campagnes de prévention favorisent un durcissement (montrer les malades atteints du sida), susciter des réactions de peur. Les jeunes affichent un certain sentiment de saturation notamment eu égard aux codes publicitaires utilisés qui utilisent les portraits-robots des jeunes modernes dans lesquels ils ne se reconnaissent pas.

5.4 LE PRÉSERVATIF : ENJEU DE POUVOIRS

Le présupposé de nombreuses interventions de prévention au VIH/sida, à savoir que l'usage du préservatif est une conduite rationnelle dont on peut discuter avant tout rapport de manière "normale", est très loin des réalités qui définissent une situation de ce type. Cela sous-entend qu'on est dans un contexte de communication ouverte sur les choses du sexe ce qui n'est pas forcément le cas des cultures occidentales, comme on l'a vu. Utiliser ou non le préservatif n'est pas seulement une question pratique, de convenance mais résulte de jeux de pouvoir souvent inégaux, de résistances, d'expressions de désirs, de jeux d'implication et de détachement etc. Les modèles de conduite rationnelle s'opposent donc aux négociations d'une relation chargée de sens, investie. Le préservatif n'est pas un objet neutre. Les enjeux de réputation, de définition du genre se posent avec d'autant plus d'acuité quand il s'agit d'entrée dans la sexualité, sans expérience dans ce domaine^{22,125,182-184}.

Nombre de programmes mettent en équivalence le concept de "*safe sex*" avec l'usage du préservatif. Cette stratégie se focalise sur les mâles et risque de moins bien cibler les adolescentes. Les jeunes femmes font face à des risques multiples au-delà de contracter une MST, allant d'une grossesse involontaire à la mise en cause de leur réputation. En particulier, pour une adolescente se procurer des préservatifs peut signifier planifier un rapport et donc être stigmatisée comme "fille légère"¹⁸⁵. Au contraire, nombre de garçons pensent gagner en prestige par le fait d'être sexuellement actifs. Ce type de phénomène peut encore être exacerbé dans des environnements non urbains où la confidentialité est plus difficilement garantie. L'autonomie sexuelle des adolescentes est un statut difficile à atteindre. Le préservatif perçu en tant qu'instrument masculin, il crée des attentes à ce que ce soient les garçons qui se les procurent ; en même temps, la protection des rapports est souvent considérée comme la responsabilité des filles.

L'indicateur du taux d'usage des préservatifs doit être compris par le filtre de la négociation entre partenaires sexuels basée souvent sur des relations de pouvoir asymétriques.

Pour les adolescentes, il est de bon ton de feindre l'ignorance en matière sexuelle de peur d'apparaître faire preuve de promiscuité sexuelle ; pour les garçons, il faut ne pas chercher d'aide de peur d'apparaître moins "masculin". Les normes sociales dominantes liées au genre sont l'ignorance en matière de sexualité pour les filles et au contraire la connaissance pour les garçons^{8,186}.

Il y a souvent collusion entre les messages décontextualisés de *safe sex* véhiculés par les programmes de prévention et les discours affectifs de romance, d'amour et de confiance, considérés comme des facteurs de protection. Dans les relations investies émotionnellement, le non-usage du préservatif peut être considéré comme un témoignage de confiance. L'amour peut ainsi devenir un facteur de risque^{138,161}.

Dans une recherche sur le contexte des relations sexuelles¹⁸⁷, les auteurs ont examiné la relation entre les pouvoirs relatifs, à savoir la capacité d'influencer l'attitude ou le comportement du partenaire et les conséquences sur l'usage du préservatif. 228 jeunes âgés de 17 ans ayant une relation hétérosexuelle stable ont participé. Une des sources importantes d'inégalité est l'implication affective dans la relation : le partenaire plus distant a plus de ressources puisque l'autre sera plus enclin à des compromis pour maintenir le lien. Donc celui avec l'intérêt le plus faible a le plus de contrôle sur la relation.

Les conséquences négatives de rapports non protégés sont les grossesses non désirées et les MST. Ces deux problématiques ont souvent été abordées séparément. Le type de protection pour les deux *outcome* négatifs sont le contraceptif et le préservatif : si le premier est efficace pour préve-

nir le danger de grossesse, le deuxième couvre les deux risques. Le contraceptif est sous contrôle féminin tandis que le préservatif est sous contrôle masculin. La littérature montre que les jeunes sont plus sensibles aux risques de grossesse que celui d'une MST. Par conséquent il serait recommandé d'introduire un module de prévention des grossesses dans les programmes de prévention du VIH/sida^{21,41}.

5.5 REVUE DES REVUES /REVUES DE PROGRAMMES EFFICACES PUBLIES DEPUIS 1990

Le détail des différentes revues des programmes de prévention contre le sida est donné dans L'annexe 9.3 par ordre chronologique pour permettre de saisir les enjeux et évolutions sur la dernière décennie.

Les revues de la littérature sur les programmes de prévention du sida sont toutes anglo-saxonnes et, dans une grande majorité, ne considèrent que les études primaires américaines¹⁸⁸.

Cette revue des revues frappe par la redondance des résultats et l'absence de pistes innovantes observable sur une décennie. La plupart du temps, les auteurs constatent les limitations méthodologiques des études d'origine (primaires) mesurées à l'aune d'exigences méthodologiques trop fortes et peut-être inadéquates. De toute évidence, la littérature démontre la difficulté à comparer les interventions et stratégies préventives entre elles. Les variables, au demeurant très diverses, d'ordre biologique, socio-démographique et psychologique sont traitées sur le même plan. Les jeunes n'apparaissent comme groupe-cible spécifique de la prévention du sida que dans les dernières années.

5.6 ÉVALUATIONS DES DIFFERENTS TYPES D'INTERVENTION

Les risques de transmission du VIH/sida se situent à plusieurs niveaux, ciblés par les efforts de prévention. Il a été recommandé d'intégrer diverses perspectives aux plans individuels, interpersonnels et communautaires. Si idéalement il serait bon de travailler aux plus de niveaux possibles^{189,190}, dans la réalité les stratégies de préventions se sont limitées à des modes spécifiques d'intervention qui sont exposés ci-dessous¹⁹¹.

5.6.1 Conseil individuel

Il s'agit d'un face-à-face dans lequel un intervenant formé donne à son client des informations, un soutien, des références, des compétences de réduction des risques liés aux pratiques sexuelles. Ce mode d'intervention est souvent associé au test au VIH dont il est un pré-requis. Il permet de cibler les problèmes spécifiques et les besoins de chacun des clients et ceci de manière anonyme. En revanche c'est une méthode coûteuse en temps et en argent. Il s'agit d'une relation asymétrique où l'une des personnes a l'expertise et l'autre est la personne touchée.

5.6.2 Interventions pour groupes restreints

Comme son nom l'indique, la première caractérisation de ce type d'intervention est la taille du groupe, fixé arbitrairement par certains auteurs à moins de 20 personnes. Ils peuvent être animés par divers acteurs : professionnels de la santé, enseignants, pairs etc. Il peut s'agir de présentation d'informations, de séances de motivation à des changements de comportement, d'enseignement

de capacités de communication, d'affirmation de soi, de résolution de problèmes, de formation de bénévoles, d'apport de soutien émotionnel et social.

Les avantages sont le cumul d'interactions personnelles et le support des pairs ; il peut s'agir d'un forum sécurisé permettant de discuter et d'analyser les valeurs sociales qui entrent dans les comportements sexuels ; le groupe restreint se prête également bien à la pratique de compétences sociales ; il offre un potentiel de communication et de feed-back intéressant de la part de tous les participants.

Les désavantages sont l'accès à un nombre restreint de personnes ; les participants doivent être suffisamment motivés et engagés ; le coût matériel, temporel et en ressources peut être supérieur à d'autres interventions ; la bonne marche et l'impact de l'intervention reposent dans une large mesure sur l'animateur qui doit être bien formé et compétent ; la dynamique du groupe peut être perturbée par une minorité¹⁹².

L'efficacité de ce mode d'intervention sur des changements de comportement s'est avérée pour diverses populations et notamment des jeunes pour la prévention de pratiques sexuelles dangereuses et l'usage de seringues non propres. En particulier, il a été montré que des jeunes drop-out participant à des activités de groupe restreint ont augmenté leur utilisation de préservatifs et diminué les rapports non protégés. Une des conditions de succès est la multiplication des séances. Seule une fraction de la population courant des risques élevés au VIH est touchée par ce type d'intervention.

5.6.3 Outreach intervention programs

Il s'agit d'approches privilégiées pour accéder à des groupes marginalisés, en particulier les populations de jeunes en rupture qui échappent à toutes les autres formes d'interventions préventives¹⁹³. Il est important de tenir compte des contextes socio-culturels dont le développement mériteraient des analyses plus fines. Dans un contexte américain, on parle de "*inner-city youth*" avec des particularités ethniques et des prévalences spécifiques de conduites à risque. En Europe, notamment en France, ce type de population se localiserait plutôt dans les banlieues. Les acteurs de prévention travaillent en milieu dit ouvert, à savoir les lieux de vie des jeunes, généralement la rue. Leurs activités sont diverses : fournir des informations sur les modes de transmission du VIH et les méthodes de réduction des risques, référer aux services de conseil et de santé le cas échéant, distribuer et montrer l'usage correct de préservatifs. Un des objectifs est d'influer sur les normes sociales guidant les pratiques sexuelles en se basant sur les réseaux sociaux de cette population-cible.

Les avantages sont précisément d'atteindre des jeunes qui ont pu passer par les mailles de tout autre dispositif de prévention et qui sont très marginalisés. Les intervenants qui souvent connaissent personnellement cette population, peuvent surmonter les barrières de peur et de méfiance et bénéficier de la confiance nécessaire à induire des modifications de conduites à risque ce que d'autres professionnels "classiques" ne parviendraient pas à faire.

Si les premiers contacts avec une population difficile peuvent être établis par des intervenants immergés dans le milieu qu'ils connaissent bien, leur maintien durable est souvent beaucoup plus difficile. Il s'agit par définition d'une population hautement fragilisée et vulnérable par un processus de marginalisation voire d'exclusion qui sont très éloignés de projets de prévention. Il reste difficile de trouver un personnel qui puisse s'affirmer et devenir crédible dans le contexte de telles interventions.

La population la plus concernée est celle des utilisateurs de drogues par injection qui ont des pratiques sexuelles à risque. L'efficacité de ce mode d'intervention réside dans leur approche de réduction des risques (où se procurer des seringues propres etc.) et de relais entre la marge et les services de santé et autres ressources qui, sans cela, n'atteindraient pas ce type de population.

5.6.4 Programmes impliquant des pairs

Il s'agit d'une stratégie de prévention au VIH où des membres du groupe-cible caractérisables par âge, genre, race/ethnicité, orientation sexuelle, culture, comportement à risque sont recrutés et reçoivent une formation pour aider leurs pairs par de l'information, la référence, le support émotionnel et d'autres compétences pour réduire les risques liés au VIH. Il s'agit d'avoir une identité partagée (able) avec le groupe-cible, capable de parler la même "langue", être familier avec les nuances culturelles du groupe, pouvoir faire le lien entre institution de prévention et groupe¹⁹⁴.

Etant donné la propension des jeunes à établir une meilleure communication avec leurs pairs qu'avec les adultes sur des questions de sexualité, l'intérêt d'une éducation sexuelle délivrée par d'autres adolescents est certain. Cependant, cet apport ne saurait fonctionner comme un simple substitut d'autres acteurs de prévention. Il existe clairement des limites aux situations gérables par les pairs où la référence à des adultes formés s'avère indispensable. Une complémentarité entre les deux peut amener des résultats intéressants. Ce constat peut s'appliquer au réseau communautaire élargi dans lequel la population-cible est ancrée.

La plupart des interventions par les pairs se déroulent en milieu scolaire. Beaucoup plus rares sont les interventions par les pairs auprès de jeunes marginalisés qui peuvent se révéler extrêmement fructueuses¹⁹⁵.

Les différentes revues qui existent sur la question montrent que très peu de projets par les pairs ont été correctement évalués avec les critères classiques. Il n'existe pas d'évidence que les pairs soient plus efficaces que les adultes en ce qui concerne la prévention de conduites sexuelles à risque^{52,196-199}. Certains travaux rapportent au contraire des impacts positifs des programmes par les pairs^{23,90,200}. D'autres encore font état de résultats mitigés²⁰¹.

Une recherche avec un design de groupe contrôlé randomisé sur un curriculum de prévention de grossesses et de VIH/sida mené par des pairs²⁰² a montré que s'il y a bien augmentation des connaissances dans le groupe expérimental, aucun changement significatif de comportement sexuel ou contraceptif n'est démontré. Ils montrent que des adolescents de 15 ans exposés à des interventions préventives contre le VIH/sida en classe sous la conduite d'enseignants ou impliquant des pairs ont un impact favorable mais qui, impliquant les pairs, n'a pas d'effets durables.

Dans une revue évaluant diverses stratégies de prévention du sida²⁰³ le modèle d'éducation par les pairs est cité en troisième position en termes d'efficacité après les interventions en petits groupes et les *outreach* programmes.

Les stratégies de prévention qui font intervenir les pairs ont connu une grande popularité en particulier pour les prises de risques sexuels qui tranche avec une efficacité loin d'être établie. L'attrait de cette approche repose sur des idées d'égalité, de symétrie, de réciprocité et de partage dans un domaine particulièrement sensible de santé publique. L'approche par les pairs implique une communication horizontale loin des interventions top-down d'experts. Elle comporte néanmoins un certain nombre de flous conceptuels et de manque de définitions claires ce qui fait qu'elle recouvre un large éventail d'interventions et de modalités de prévention diversifiées. Souvent le type de lien entre population-cible et pairs n'est pas spécifié. S'agit-il d'amis proches,

de "collègues" ou de connaissances lointaines qui sont simplement impliquées dans les mêmes activités et le même *setting* ? Le seul critère d'âge semble bien insuffisant pour démontrer le potentiel favorable d'interventions de pairs dont on connaît mal les interactions construites avec leurs "égaux". Une conversation dans le préau, est-ce que c'est de l'éducation par les pairs ? Quel lien entretiennent les pairs avec le projet de prévention ; quelle est leur implication, leur identification avec une telle entreprise ? Il faut savoir que les pairs ne sont pas automatiquement perçus comme des sources crédibles porteurs de messages de prévention par la population-cible.

5.6.5 Interventions pour groupes nombreux

En contraste avec les interventions par petits groupes, celles-ci concernent un rassemblement de plus de 20 participants. Il s'agit essentiellement de transmission d'informations relatives au sida par des conférenciers dans des *settings* tels que l'école ou autres ou lieux d'apprentissage ou de travail.

Les présentations à de larges auditoires constituent une méthode simple, flexible et peu coûteuse pour améliorer les connaissances sur l'épidémie. De nombreuses personnes peuvent être touchées en un minimum de temps.

Une interaction limitée entre intervenant et public ainsi que la difficulté d'aborder les dimensions affectives constituent les principaux désavantages de cette approche.

Il s'agit d'une méthode courante pour informer les gens sur le sida. A cet égard son efficacité dans l'acquisition de connaissances à ce sujet est solidement établie. Comme il a été signalé à plusieurs reprises, il existe un fossé important entre niveau de connaissance et changement de comportement qui de toute manière ne devrait pas constituer l'objectif de cette modalité de prévention.

5.6.6 Programmes de distribution de préservatifs

Tandis que la mise à disposition de préservatifs est favorablement appréciée par la population adulte américaine, la réalité sur le terrain, est toute autre : un nombre infime d'écoles prévoient l'accès à des préservatifs²⁰⁴. Ce type de programme a toujours été la cible des partisans de l'abstinence et jugé inacceptable car censé inciter les jeunes à une activité sexuelle précoce. Or il n'existe aucune évidence scientifique qui montre que l'accès aux préservatifs puisse avoir cet effet. Cela dit, un tel programme n'induit pas un usage accru de ce moyen de protection des MST et de contraception²⁰⁵.

Les préservatifs peuvent être disponibles par diverses sources dont les principales sont le personnel éducatif et médical et les distributeurs automatiques. Dans certains contextes il existe des barrières à leur obtention du type consentement parental et/ou entretien individuel.

Il apparaît que la distribution de préservatifs est un moyen de contact et de communication qui en lui-même peut être déterminant de son usage.

5.6.7 Campagnes de mass-media

Cette stratégie a été une des réponses privilégiées à la pandémie du sida, surtout dans ses premières phases. L'objectif était d'éduquer le public sur les voies de transmission de l'infection, limiter et/ou corriger les conceptions erronées à ce sujet ; élever le niveau de préoccupation du risque d'infection ; modeler les capacités de réduction de risque au VIH ; refléter et solidifier les normes concernant les activités de moindre risque ; créer un climat de compassion pour les person-

nes infectées pour éviter la discrimination ; encourager les gens à se montrer coopératif envers les mesures de santé publique et, en fin de compte, éviter les nouvelles infections.

Aucun canal de communication n'a un pouvoir de diffusion dans la société comparable à la télévision, radio, journaux. Les avantages de ce type d'approche consistent dans l'accès simultané à des millions d'individus présentant une information factuelle et renforçant les messages de prévention à une très large échelle. Ces campagnes peuvent inciter les gens à rechercher davantage de renseignements et de conseils au sujet des dangers du sida, permettre une mobilisation et une vigilance du public, susciter une solidarité pour les personnes touchées. Les médias audio-visuels permettent d'avoir accès aux gens avec des capacités de lecture réduites. Tous les segments de la populations sont touchés.

Les campagnes de presse et de média peuvent clairement augmenter les connaissances du public et produire une prise de conscience des risques ; elles peuvent créer un contexte favorable à la prévention (image du préservatif, solidarité etc.) mais il reste difficile de prouver que ces campagnes ont été directement responsables de changements réels dans les pattern de comportement²⁰⁶.

Les médias, télévision, musique, journaux, cinéma, Internet, sont à l'évidence des sources d'éducation sexuelle informelles pour les jeunes²⁰⁷. Mais souvent le contenu des messages n'est pas déterminé par des soucis de santé publique et de promotion de la santé sexuelle mais de profit commercial. Si l'aspect divertissement représente la sexualité de manière positive, élément trop souvent négligé dans le contexte scolaire, la quasi absence de mention des risques pour la santé sexuelle peut encourager des pratiques dangereuses à cet égard. Certains thèmes restent, aux Etats Unis, tabous tels que l'avortement comme conséquence négative de rapports sexuels ou l'homosexualité. De manière générale, l'influence des médias sur les attitudes et comportements des jeunes reste mal connue.

5.6.8 Services téléphoniques (*AIDS Hotlines*) et Internet

Cette méthode permet aux personnes concernées de se mettre directement en lien avec des organismes de prévention du sida. Ils sont desservis par un personnel habilité à informer, référer, conseiller les usagers.

Nombre d'usagers utilisent les services téléphoniques à des fins d'information en lien avec leur propre expérience (test, voies de transmission, symptômes etc.). Ce type de dispositif remplit des fonctions de prévention importantes tout en limitant la stigmatisation dont certains peuvent se sentir victimes²⁰⁸.

Les lignes téléphoniques comme espace de parole et de soutien psychologique se développent également en Europe et bénéficient d'une visibilité et notoriété intéressante auprès des jeunes (en France, deux jeunes sur trois ont entendu parler de numéro vert Sida Info Service)¹⁸⁰.

L'avantage est de toucher des gens réceptifs et motivés au message sollicité et donné. Ces services oeuvrent comme des relais précieux entre le public et les prestations de professionnels. Ils peuvent servir à mieux connaître les besoins d'une population donnée, en particulier les adolescents. Grâce aux garanties d'anonymat ils permettent d'atteindre les gens trop anxieux pour un entretien personnalisé face-à-face. Ils peuvent être utilisés par des personnes dans des zones rurales, trop éloignées de lieux de prévention classiques. Enfin, ce type de recours est particulièrement utile pour les usagers en crise.

Internet offre des sites éducatifs avec des contenus informatifs de qualité et des possibilités interactives intéressantes, mais héberge aussi d'innombrables pages à caractère pornographique et

malsain. Si le contrôle de ce phénomène reste pour l'heure utopique, une éducation aux media peut donner l'occasion aux jeunes d'acquérir des instruments d'analyse et de recherche d'information, susceptibles de limiter les inconvénients délétères des nouvelles technologies.

Internet est un moyen de prévention qui a un potentiel de développement considérable. Source d'information, ce mode apporte aussi une dimension interactive (e-mail, *chat rooms*, discussions de groupe, groupes de soutien). Les aspects négatifs du média sont les informations erronées, la promotion d'intérêts partisans, la non protection de la confidentialité. Si l'accès à Internet se popularise de plus en plus, les populations les plus à risque ne sont probablement pas touchées²⁰⁹.

5.7 INGREDIENTS DE PROGRAMMES EFFICACES

Une étude a évalué de manière quantitative et qualitative trente-sept projets de prévention avec des interventions diverses pour établir lesquelles sont les plus efficaces²⁰³. Ce sont les discussions en petits groupes qui apparaissent les plus performantes devant le travail des intervenants de rue auprès de populations marginalisées. En troisième lieu ce sont les interventions par les pairs dans la communauté qui sont évalués comme efficaces. Aucune stratégie unique de prévention du sida ne permet de réduire les conduites sexuelles à risque mais des approches composites¹⁴.

On trouvera en Annexe 9.3 les principales caractéristiques de programmes de prévention du sida considérés comme efficaces. Les éléments suivants constituent les dénominateurs communs à l'ensemble des recommandations qui sont faites dans la littérature.

Il faut que les objectifs des programmes soient clairement formulés et les interventions opérationnalisés en termes des *outcome* attendus qui doivent répondre aux besoins de la population-cible. La prise en compte des spécificités de celle-ci est basé d'une part sur des critères socio-démographiques (âge, genre, culture, race/ethnicité, expériences, conduites à risque, inscription géographique etc.) et épidémiologique (cibler les populations à risque).

Les programmes doivent viser la transmission d'informations correctes (risques et moyens de protection), les compétences de communication et de négociation, les normes communautaires et les pratiques sexuelles.

Il s'agit de veiller à un ancrage des programmes dans le contexte local et impliquer les jeunes, les adultes et l'ensemble de la communauté ; il faut privilégier les modes participatifs de type *bottom-up*.

Les approches multiples et à échelles différentes (individus-groupes-communautés) sont à privilégier. L'amélioration des conditions de vie des populations-cible constitue un cadre de référence dans lequel les chances de succès des diverses interventions sont accrues (logement, nourriture, emploi).

Tandis que la littérature sur les évaluations des programmes de prévention insiste sur la nécessité de cadres théoriques formels, cet aspect n'est quasiment pas mentionné.

On peut regretter que les besoins de recherche (déterminer les besoins) et de monitoring des programmes soient des aspects peu mentionnés.

5.8 RESUME

Les maladies sexuellement transmissibles autres que le VIH constituent une épidémie occultée par la prédominance du sida ; certaines d'entre elles connaissent une recrudescence qui touchent en priorité les adolescentes.

Le VIH/sida, en baisse dans la plupart des pays industrialisés, semble être devenu l'infection des groupes les plus socialement vulnérables et marginalisés. On observe avec inquiétude chez les jeunes, après les succès incontestables de la prévention et l'introduction de nouveaux traitements, la diminution de leur perception des risques ainsi qu'un relâchement des pratiques de *safer sex*.

La majorité des stratégies de prévention prévalentes dans la littérature sont, selon les auteurs américains, mal évaluées selon le *gold standard* qui est avancé consensuellement comme critère d'efficacité. Subsiste alors le constat que très peu de programmes de prévention du VIH/sida ont un impact direct sur la diminution effective de pratiques sexuelles à risque. Dans une large mesure les travaux ne remettent en cause ces exigences méthodologiques restrictives.

L'analyse par type d'intervention fait apparaître que chacune offre des avantages et des inconvénients, certains plaidant pour des stratégies de prévention composites d'autres pour des approches spécifiques extrêmement ciblées.

6 CONCLUSIONS

Cette étude a exploré de la manière la plus exhaustive possible, la diversité des approches d'éducation et de prévention des pratiques sexuelles à risque. Le panorama qui s'en dégage offre une vision passablement brouillée de la situation, en tout cas loin d'être en mesure de fournir un bilan assuré de bonnes pratiques qui s'imposeraient comme des garanties d'efficacité.

Un certain nombre de constats peuvent néanmoins être faits.

La littérature dans le domaine des risques sexuels ne peut rendre compte que de manière extrêmement partielle et limitée des démarches de prévention dans leur contingence et complexité. Il existe quantité innombrable d'interventions qui ont pu avoir un impact local mais aussi des aspects transférables sans être publiées. Les critères méthodologiques d'évaluation de programmes de prévention valides qui dominent la littérature sont en partie inadéquats, incapables d'accommoder des méthodes expérimentales stricto sensu les aspects contextuels multifactoriels ni d'expliquer en fin de compte pourquoi tel programme "marche" ou pas. Ainsi, une bonne part de la littérature accessible, dénotant une sur-représentation anglo-saxonne, a un caractère réductionniste, répétitif voire superficiel.

En outre, on peut décrire, de manière un peu schématique, une ligne de partage importante entre tradition étatsunienne et européenne dans les approches préventives, en particulier les objectifs et *outcome* visés. Les premières ont un caractère individualiste et a-contextuel. Les secondes sont d'ordre relationnel considérant que les acteurs construisent leur réalité sociale en interaction permanente avec les autres. Ces postures théoriques se traduisent de manière pratique dans des interventions préventives qui, pour une part, focalisent l'usage du préservatif et donc les changements de comportement, pour l'autre, la prise en compte de capacités de négociation, de mobilisation communautaire et d'amélioration des conditions socio-économiques des personnes concernées et donc de pratiques sociales et de représentations. Le cas spécifique du VIH/sida a contribué à un affaiblissement des positions individualistes en en faisant un débat de santé communautaire impliquant une solidarité avec les personnes touchées et une acceptation de styles de vie marginaux (toxicomanes, homosexuels).

Les stratégies qui visent la transmission d'informations et l'acquisition de connaissances sur la santé sexuelle et ses risques divers sont souvent décriés dans la littérature comme insuffisantes pour la prévention qui doit cibler les changements de comportement. Or ces aspects sont absolument cruciaux notamment par les apports de l'éducation sexuelle avec des contenus adéquats, et délivrée dans de bonnes conditions. Ils constituent la base indispensable pour des actions plus spécifiques ciblant des besoins et des situations particulières.

Certains disent que le travail d'information dans les pays développés est maintenant suffisant au stade de l'épidémie ; plus personne ne meurt du sida par ignorance entend-on. Rien ne doit être considéré comme acquis dans ce domaine. A cet égard il est utile de rappeler que les approches éducatives et préventives doivent constituer des efforts incessants à renouveler à chaque génération. Comme chaque enfant devrait pouvoir apprendre à lire, écrire et calculer, il devrait avoir accès à une éducation sexuelle. Cela reste vrai pour la prévention qui permet l'adoption de conduites favorisant une bonne santé sexuelle même lorsqu'un traitement efficace pour les diverses MST sera découvert :

"The often-cited phrase that behavioral interventions are the only effective means for preventing AIDS until a vaccine or treatment is available is not accurate. Behavioral

*change will be essential for primary prevention of human immunodeficiency virus (HIV) infection well beyond the time vaccines and treatments for AIDS have been developed and disseminated*²¹⁰.

De toute manière les réponses au VIH/sida ne devraient jamais se limiter au seul domaine biomédical mais comprendre les dimensions psycho-sociales.

Il reste très important de connaître l'évolution des attitudes des jeunes par rapport aux risques en général, aux dangers du sida en particulier. On constate actuellement des tendances à la banalisation, une diminution marquée de la perception des risques et un relâchement des conduites de protection chez les adolescentEs auxquelles il faut apporter une attention vigilante.

Si sur bien des points la littérature concernant le domaine de la sexualité et ses risques est loin d'être cohérente, toutes les données convergent pour disqualifier le mythe que l'éducation sexuelle et/ou la prévention encourage une activité sexuelle précoce ou débridée. De surcroît, il s'avère que ceux qui utilisent encore ces arguments sont une minorité : le public dans sa grande majorité adhère à ces efforts qu'il juge nécessaires et utiles.

Il est établi que les jeunes sont plus sensibilisés aux risques de grossesse qu'aux MST. Cela plaide pour des approches préventives plus intégratives à la place de programmes fragmentés avec des messages uniques visant des populations trop circonscrites. Par exemple les toxicomanes constituent un groupe particulièrement exposé non seulement aux transmissions par voie sanguine mais aussi aux transmissions sexuelles (homo ou hétéro). Il serait utile de considérer des manières de réunir ces différents thèmes dans les stratégies de prévention.

Il y a eu un changement notable dans le paysage de la prévention des risques sexuels. Au début de l'épidémie du sida, la communauté homosexuelle, la plus touchée, s'est rapidement bien organisée et a trouvé des ripostes communautaires exemplaires (modèle de San Francisco). Les données épidémiologiques récentes indiquent que les MST touchent de plus en plus les groupes fragiles, menacés ou déjà marqués par l'exclusion qui n'ont pas les ressources ni l'advocacy nécessaire pour une réduction efficace des risques. Difficiles à trouver et difficiles à aider, ce sont ces populations qui ont passé par les mailles des filets de protection traditionnels dans divers secteurs (école, travail, logement, santé, cohésion familiale, support communautaire) qui devraient ne pas être laissés pour compte.

L'ensemble de ces éléments est à considérer pour les orientations futures des politiques de prévention avec une relevance particulière pour les jeunes. Le sida justifie-t-il des approches spécifiques ou intégrées ? Est-ce qu'un choix s'impose ?

Certaines stratégies, notamment françaises veulent cibler des groupes prioritaires de manière plus spécifique. La politique publique de prévention française a pris le parti d'un plan national spécifique à l'infection VIH/sida contre le choix d'un programme intégré regroupant planning familial, lutte contre les MST, etc. C'est "l'option de stratégies différenciées fondées sur des priorités épidémiologiques" contre le maintien d'une stratégie s'adressant à la population générale qui a été adoptée²¹¹. Les groupes prioritaires sont les personnes séropositives, les homosexuels masculins, les départements français d'Amérique, les migrants et les usagers de drogues²¹².

Cette étude constitue un plaidoyer pour qu'on ne néglige pas les actions préventives à large couverture à l'endroit des jeunes scolarisés tout en gardant, voire inventant des dispositifs destinés aux décrocheurs du système.

7 RECOMMANDATIONS

Trois lignes de force peuvent être dégagées sur la base de ce travail :

1. Cibler les jeunes comme population générale : renforcer, valoriser, pérenniser l'éducation sexuelle intégrée à la santé sexuelle, moyens de protection, *empowerment* du point de vue de la compréhension des rapports de force entre partenaires et des capacités de négociation ; faciliter l'accessibilité aux centres de planning ou autres lieux de conseil bas seuil aux jeunes en général, aux garçons en particulier.
2. Cibler les groupes particulièrement vulnérables comme les décrocheurs, les jeunes migrantEs, les jeunes en quête d'orientation sexuelle, les toxicomanes, les jeunes placés ou incarcérés. Renforcer des systèmes de sentinelle en milieu scolaire pour soutenir ceux qui sont en difficulté et assurer un suivi hors école ; mobiliser le tissu communautaire de soutien au plan des intervenants, de la famille (comme *gatekeepers* d'une éducation sexuelle informelle) et des pairs.
3. Soutenir et promouvoir la recherche dans le domaine de la prévention des risques sexuels sous les aspects suivants :
 - analyse des besoins,
 - analyse des représentations des risques sexuels,
 - analyse des réseaux,
 - analyse des ressources, du capital social,
 - combiner enquêtes quantitatives et études qualitatives,
 - susciter une véritable collaboration entre acteurs de terrain et chercheurs,
 - analyse des "échecs" de prévention.

8 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Spencer B, So-Barazetti B, Glardon M-J, avec la collaboration de Scott S. Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 66).
- 2 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agostoni G, Spencer B, Moreau-Gruet F, Balthasar H, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse: septième rapport de synthèse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 90a).
- 3 Holtgrave DR, Qualls NL, Curran JW, Valdiserri RO. An overview of the effectiveness and efficiency of HIV prevention programs. *Public Health Rep* 1995;110(2):134-50.
- 4 Education pour la santé des jeunes: démarches et méthodes. Paris: Inserm; 2001.
- 5 Kirby D. Effective curricula and their common characteristics. *Resource Center for Adolescent Pregnancy Prevention* 2002;1-7. Available at: URL: www.etr.org/recapp/programs/effectiveprograms.htm.
- 6 Bührlen-Armstrong B. Evaluationsforschung und Qualitätssicherung in der Personalkommunikativen AIDS-Prävention: eine Meta-Evaluation [Thesis]. Freiburg i. Br.: Albert-Ludwig Universität; 1998.
- 7 Agence nationale de recherches sur le sida. Les jeunes face au sida: de la recherche à l'action. Paris: Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS); 1993.
- 8 Aggleton P, Campbell C. HIV/AIDS policy issues relating to youth; 1999.
- 9 Aggleton P, Warwick I. Education and HIV/AIDS prevention among young people. *AIDS Educ Prev* 2002;14(3):263-7.
- 10 Rivers K, Aggleton P. Adolescent sexuality, gender and the HIV epidemic. London: Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London; 1999.
- 11 Fabre G. Les jeunes: cibles ou leurres de la prévention. In: Les jeunes face au sida: de la recherche à l'action. Paris: Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS); 1993. p. 15-19.
- 12 Stehr E. HIV-Prävention bei Jugendlichen: Ein Vergleich zwischen Oesterreich, Deutschland und der Schweiz unter Berücksichtigung des neuen Mediums "Internet" [These]. Graz: Geisteswissenschaftliche Fakultät des Karl-Franzens-Universität Graz; 2002.
- 13 Reaching young men and boys. In: Partnering: A new approach to sexual and reproductive health. New York: United Nations Population Fund (UNFPA); 2001. p. 139-62.
- 14 Balthasar H, So-Barazetti B, Jeannin A, avec la participation de Ralph Thomas. Evaluation de la mise en œuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2003: l'utilisation des offres et du matériel. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 96).

- 15 Des Jarlais DC, Semaan S. HIV prevention research: Cumulative knowledge or accumulating studies? An introduction to the HIV/AIDS prevention research synthesis project. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;30(suplement 1):1-7.
- 16 Hedges LV, Johnson WD, Semaan S, Sogolow E. Theoretical issues in the synthesis of HIV prevention research. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;30(Suppl. 1):8-14.
- 17 Sogolow E, Peersman G, Semaan S, Strouse D, Lyles CM. The HIV/AIDS prevention research synthesis project: Scope, methods and study classification results. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;30(suplement 1):15-29.
- 18 Johnson WD, Semaan S, Hedges LV, Ramirez G, Dolan Mullen P, Sogolow E. A protocol for the analytical aspects of a systematic review of HIV prevention research. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;30(Suppl. 1):62-72.
- 19 Compendium of HIV prevention interventions with evidence of effectiveness. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 1999.
- 20 Stewart Burgher MS. The European network of health promoting schools: The alliance of education and health. International Planning Committee; 1999.
- 21 Franzkowiak P, Wenzel E. Aids health promotion for youth: Conceptual framework and practical implications. *Health Promot Int* 1994;9(2):119-35.
- 22 Mauldon J, Luker K. The effects of contraceptive education on method use at first intercourse. *Fam Plann Perspect* 1996;28(1):19-24.
- 23 Les principaux modèles d'intervention de prévention et leur application dans la lutte contre le sida. Paris: Centre régional d'information et de prévention du sida; 1999. Available at URL:www.crips.asso.fr/webpaca/preven/preven.htm.
- 24 Kelly JA, Murphy DA, Sikkema KJ, Kalichman SC. Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed: New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *Am Psychol* 1993;48(10):1023-34.
- 25 Fisher WA. A theory-based framework for intervention and evaluation in STD/HIV prevention. *Can J Hum Sex* 1997;6(2):105-11.
- 26 King R. Sexual behavioural change for HIV: Where have theories taken us? Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 1999. (UNAIDS Best Practice Collection).
- 27 Freudenberg N, Zimmermann MA. Aids Prevention in the Community: Lessons from the first decade. Washington, D.C.: The American Public Health Association; 1995.
- 28 2001 San Francisco HIV prevention plan. San Francisco: HIV Prevention Planning Council in partnership with the San Francisco Department of Public Health; 2001.
- 29 Fisher JD, Fisher WA. Theoretical approaches to individual-level change in HIV-risk behavior. In: Peterson J, Di Clemente R, editors. *HIV Prevention Handbook*. New York: Plenum; 2000.

- 30 Becker MH. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monogr* 1974;2:324-473.
- 31 Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.
- 32 Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84:191-215.
- 33 *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
- 34 Prochaska JO, Redding CA, Harlow LL, Rossi JS, Velicer WF. The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Educ Q* 1994;21(4):471-86.
- 35 Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.
- 36 Weinstein ND, Rothman AJ, Sutton SR. Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychol* 1998;17(3):290-9.
- 37 Catania JA, Kegeles SM, Coates TJ. Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Educ Q* 1990;17(1):53-72.
- 38 Bajos N, Marquet J. Research on HIV sexual risk: Social relations-based approach in a cross-cultural perspective. *Soc Sci Med* 2000;50(11):1533-46.
- 39 Paicheler G. Understanding risk management: Towards an integration of individual, interactive and social levels. In: Moatti J-P, Souteyrand Y, Prieur A, Sandfort T, Aggleton P, editors. *Aids in Europe: New challenges for the social sciences*. London: Routledge; 2000. p. 247-259.
- 40 Moatti J-P, Hausser D, Agrafotis D. Understanding HIV-risk related behaviour: A critical overview of current models. In: van Campenhoudt L, Cohen M, Guizzardi G, Hausser D, editors. *Sexual Interactions and HIV Risk: New conceptual perspectives in European research*. London: Taylor & Francis; 1997. p. 100-26.
- 41 Ku LC, Sonenstein FL, Pleck JH. The association of aids education and sex education with sexual behavior and condom use among teenage men. *Fam Plann Perspect* 1992;24(3):100-6.
- 42 Canin L, Dolcini MM, Adler NE. Barriers to and facilitators of HIV-STD behavior change: Intrapersonal and relationship-based factors. *Review of General Psychology* 1999;3(4):338-71.
- 43 Wilson SN. Sexuality education: Our current status and an agenda for 2010. *Fam Plann Perspect* 2000;32(5):252-4.
- 44 Ingham R, Van Zessen G. From individual properties to interactional processes. In: van Campenhoudt L, Cohen M, Guizzardi G, Hausser D, editors. *Sexual interactions and HIV risk*. London: Taylor & Francis; 1997. p. 83-99.
- 45 Farr RM, Moscovici S. *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press; 1984.

- 46 Morin M. Entre représentations et pratiques: le sida, la prévention et les jeunes. In: Abric J-C, editor. *Pratiques Sociales et Représentations*. Paris: PUF; 1994. p. 109-44.
- 47 Coates TJ, Aggleton P, Gutzwiller F, Des Jarlais D, Kippax S, Schechter M, Van den Hoek AR. HIV prevention in developed countries. *Lancet* 1996;(348):1143-8.
- 48 Cook TD, Shadish WR. Social experiments: Some developments over the past fifteen years. *Annu Rev Psychol* 1994;45:545-80.
- 49 Lipsey MW, Cordray DS. Evaluation methods for social intervention. *Annu Rev Psychol* 2000;51:345-75.
- 50 Sechrest L, Figueredo AJ. Program evaluation. *Annu Rev Psychol* 1993;44:645-74.
- 51 Haffner DW, Goldfarb ES. But does it work? Improving evaluations of sexuality education. *SIECUS Report* 1997;25(6).
- 52 Aggleton P. *Success in HIV prevention: Some strategies and approaches*. Horsham, West Sussex: AVERT AIDS education and research trust; 1997.
- 53 Aggleton P. HIV/AIDS in Europe: The challenge for health promotion research. *Health Educ Res* 2001;16(4):403-9.
- 54 Stahler GJ, DuCette JP. Evaluating adolescent pregnancy programs: Rethinking our priorities. *Fam Plann Perspect* 1991;23(3):129-33.
- 55 Van de Ven P, Aggleton O. What constitutes evidence in HIV/AIDS education? *Health Educ Res* 1999;14(4):461-71.
- 56 Khayatt D. Decreed desires and sanctioned sexualities. *Curriculum Studies* 1998;6(1):113-20.
- 57 Collins C. *Do as I say... Should we teach only abstinence in sex education?* San Francisco: Center for AIDS prevention studies, Monograph series occasional paper # 4; 1997.
- 58 Irvine JM. *Talk about sex: The battles over sex education in the United States*. Berkeley CA: The University of California Press; 2002.
- 59 Mulrine A. Risky business: Teens are having more sex and getting more diseases, but is telling them to wait the answer? *US News & World Report*; 2002.
- 60 Polk R, Evans B. *Comprehensive sexuality education programs as a viable alternative to abstinence-only education*. Ames, IO: Children, Youth and Families Education and Research Network; 2000.
- 61 Wight D. Does sex education make a difference? *Health Educ* 1997;(2):52-6.
- 62 Levesque RJR. Sexuality education: What adolescents' educational rights require. *Psychol Public Policy Law* 2000;6(4):953-88.
- 63 Darroch J, Landry DJ, Singh S. Changing emphases in sexuality education in U.S. public secondary schools, 1988-1999. *Fam Plann Perspect* 2000;32(5):204-12.

- 64 The Allan Guttmacher Institute. Sex education: Politicians, parents, teachers and teens. New York/Washington: Alan Guttmacher Institute, Issues in brief; 2001.
- 65 Trend toward abstinence-only sex ed means many U.S. teenagers are not getting vital messages about contraception. New York: The Alan Guttmacher Institute; 2000.
- 66 Dailard C. Fueled by campaign promises, drive intensifies to boost abstinence-only education funds. New York: The Guttmacher Report on Public Policy 2000;3(2):1-3.
- 67 Weaver A, Byers S, Sears H, Cohen J, Randall H. Sexual health education at school and at home: Attitudes and experiences of New Brunswick parents. *Can J Hum Sex* 2002;11(1).
- 68 Evans L, Med ES. Sexual health education: A literature review on its effectiveness at reducing unintended pregnancy and STD infection among adolescents. *The Reproductive Health Reports* 1999;1(2).
- 69 With one voice 2002: America's adults and teens sound off about teen pregnancy. Washington DC: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2002.
- 70 Survey of Americans' views on sexuality education. Washington, DC: SIECUS/Advocates for Youth; 1999.
- 71 Dailard C. Sex education: Politicians, parents, teachers and teens. New York: The Guttmacher Report on Public Policy; 2001.
- 72 Issues and answers: Fact sheet on sexuality education. New York: Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS); 2001. Available at URL:www.thebody.com/siecus/report/sex_ed.html.
- 73 Peckham S. The public government of private sex: Teenagers, contraception and the health of the nation. *Aspects of national health service reforms* 2003;256-68.
- 74 McKay A. Questions communes sur l'éducation en matière de santé sexuelle. Toronto: Sex Information and Education Council of Canada; 2001.
- 75 Berne L, Huberman B. European approaches to adolescent sexual behaviour and responsibility. Washington, D.C.: Advocates for Youth; 1999.
- 76 Darroch JE, Frost JJ, Singh S, and the Study Team. Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries: Can more progress be made? New York: The Alan Guttmacher Institute; 2001. (Occasional Report).
- 77 Francoeur RT, Noonan RJ. The international encyclopedia of sexuality. New York: The Continuum Publishing Company; 1997.
- 78 National Guidelines Task Force. Guidelines for comprehensive sexuality education: Kindergarten-12th grade. New York: Sexuality, Information and Education Council of the United States (SIECUS); 1996.
- 79 Kirby D, Barth RP, Leland N, Fetro JV. Reducing the risk: Impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Fam Plann Perspect* 1991;23(6):253-63.

- 80 Unaids. Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people: A review update. Harare: Unesco HIV/AIDS and education programme; 1997.
- 81 Oakley A, Fullerton D, Holland J, Arnold S, France-Dawson M, Kelley P, McGrellis S. Sexual health education interventions for young people: A methodological review. *Br Med J* 1995;(310):158-62.
- 82 Kirby D, Coyle K. School-based programs to reduce sexual risk-taking behavior. *Child Youth Serv Rev* 1997;19(5/6):415-36.
- 83 Kirby D. Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington, DC: National Campaign to prevent Teen Pregnancy; 2001.
- 84 Summary of ReCAPP forum: Emerging answer. Resource Center for Adolescent Pregnancy Prevention; 2002.
- 85 Kirby D. Sex and HIV/AIDS education in schools. *Br Med J* 1995;(311):403.
- 86 Kirby D, Short L, Collins J, Rugg D. School-based programs to reduce sexual risk behaviors: A review of effectiveness. *Public Health Rep* 1994;109(3):339-61.
- 87 Kirby D. Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing. *J Sex Res* 2002;1-14.
- 88 Program approaches in teen pregnancy prevention: Best practices and effective and promising programs. Houston, TX: Cornerstone Consulting Group; 2001.
- 89 Silva M. The effectiveness of school-based sex education programs in the promotion of abstinent behavior: A meta-analysis. *Health Educ Res* 2002;17(4):471-81.
- 90 What works in HIV prevention for youth. Washington DC: Aids Action; 2001.
- 91 Grunseit AC, Aggleton P. Lessons learned: An update on the published literature concerning the impact of HIV and sexuality education for young people. *Health Educ* 1998;(2):45-54.
- 92 Kirby D. Do abstinence-only programs delay the initiation of sex among young people and reduce teen pregnancy? Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2002.
- 93 Donovan P. School-based sexuality education: The issues and challenges. *Fam Plann Perspect* 1998;30(4).
- 94 Collins C, Alagiri P, Summers T. Abstinence only vs. comprehensive sex education: What are the arguments? What is the evidence? San Francisco: AIDS Research Institute, University of California; 2002. (Policy Monograph Series).
- 95 Manlove J, Terry-Humen E, Romano Papillo A, Franzetta KWS, Ryan S. Preventing teenage pregnancy, childbearing and sexually transmitted diseases: What the research shows. Washington, DC: Child Trends; 2002.

- 96 DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: Systematic review of randomised controlled trials. *Br Med J* 2002;324:1426-34.
- 97 Wight D, Raab GM, Henderson M, Abraham C, Buston K, Hart G, Scott S. Limits of teacher delivered sex education: Interim behavioural outcomes from randomised trial. *Br Med J* 2002;324(7351):1430-6.
- 98 Wight D, Henderson M, Raab G, Abraham C, Buston K, Scott S, Hart G. Extent of regretted sexual intercourse among young teenagers in Scotland: A cross sectional survey. *Br Med J* 2000;320:1243-4.
- 99 Buston K, Wight D, Hart G, Scott S. Implementation of a teacher-delivered sex education programme: Obstacles and facilitating factors. *Health Educ Res* 2002;17(1):59-72.
- 100 Schissel BJ, Eisler LD. Youth speak out: Attitudes and behaviours related to youth at risk in Saskatchewan. Saskatoon: Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps; 1999.
- 101 Wellings K, Wadsworth J, Johnson AM, Field J, Whitaker L, Field B. Provision of sex education and early experience: The relation examined. *Br Med J* 1995;311:417-20.
- 102 King AJC, Beazley RP, Warren RW, Hankins CA, Robertson AS, Radford JL. Canada Youth and AIDS study. Kingston, Ontario: Social Program Evaluation Group, Queen's University; 1988. (Canada Youth and AIDS Study Technical Report).
- 103 Carrera C, Ingham R. Exploration of the factors that affect the delivery of sex and sexuality education and support in and out of schools: A selective literature review. Southampton: Centre for Sexual Health Research; 1997.
- 104 Rodriguez M, Young R, Renfro S, Asencio M, Haffner DW. Teaching our teachers to teach. *SIECUS Report* 1996;28(2).
- 105 Blinn-Pike L, Berger T, Rea-Holloway M. Conducting adolescent sexuality research in schools: Lessons learned. *Fam Plann Perspect* 2000;32(5):246-54.
- 106 Schenker II, Nyirenda JM. Preventing HIV/AIDS in schools. International Academy of Education, International Bureau of Education; 2003.
- 107 Hayes I. Sex education in the early years. *Health Educ* 1995;(1):22-7.
- 108 Haffner DW, De Mauro D. Winning the battle: Developing support for sexuality and HIV/AIDS education. Sex Information and Education Council of the United States (SIECUS); 1991.
- 109 Kirby D. Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk-taking. *Fam Plann Perspect* 2001;33(6):276-81.
- 110 Miller B. Families matter: A research synthesis of family influences on adolescent pregnancy. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 1998.
- 111 Gourlay P. Sexuality education. *Fam Matters* 1995;(41):39-42.

- 112 The working group on teenage pregnancy and parenthood. Myths and reality: Teenage pregnancy and parenthood. Belfast: Department of Health, Social Sciences and Public Safety; 2000.
- 113 Lagina N. Parent-child communication: Promoting sexually healthy youth. Washington DC: Advocates for Youth; 2002.
- 114 Di Iorio C, Kelley M, Hockenberry-Eaton M. Communication about sexual issues: Mothers, fathers and friends. *J Adolesc Health* 1999;24:181-9.
- 115 Hacker KA, Amare Y, Strunk N, Horst L. Listening to youth: Teen perspectives on pregnancy prevention. *J Adolesc Health* 2000;(26):279-88.
- 116 Dittus PJ, Jaccard J. Adolescents' perceptions of maternal disapproval of sex: Relationships to sexual outcomes. *J Adolesc Health* 2000;26:268-78.
- 117 Burtney E. Teenage sexuality in Scotland. Edinburgh: Health Education Board for Scotland; 2000.
- 118 Ingham R. The role of parents in sex education. Glasgow: Health Education Board for Scotland; 2002. Available at:
URL:www.hebs.scot.nhs.uk/researchcentre/pdf/youngpeopleandsexualhealth.pdf.
- 119 Sex education in the U.S.: Policy and practice. Washington DC: Henry Kaiser Family Foundation; 2002.
- 120 Parents, schools and sex education. Slough: National Foundation for Educational Research in England and Wales, Health Education Authority; 1994.
- 121 Meschke L, Bartholomae S, Zentall S. Adolescent sexuality and parent-adolescent processes: Promoting healthy teen choices. *J Adolesc Health* 2002;31:264-79.
- 122 Thomson C, Currie C, Todd J, Elton R. Changes in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among Scottish 15-16 year olds, 1990-1994: Findings from the WHO: Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC). *Health Educ Res* 1999;14(3):357-70.
- 123 Lefkowitz ES. Beyond the yes-no question: Measuring parent-adolescent communication about sex. *New Dir Child Adolesc Dev* 2002;(97):43-56.
- 124 Kirby D, Miller BC. Interventions designed to promote parent-teen communication about sexuality. *New Dir Child Adolesc Dev* 2002;(97):93-110.
- 125 Lear D. Sexual communication in the age of AIDS: The construction of risk and trust among young adults. *Soc Sci Med* 1995;41(9):1311-23.
- 126 Blake S, Simkin L, Ledsky R, Perkins C, Calabrese JM. Effects of a parent-child communications intervention on young adolescents' risk for early onset of sexual intercourse. *Fam Plann Perspect* 2001;33(2):52-61.
- 127 Sieg E. Sex education and the young: Some remaining dilemmas. *Health Educ* 2003;103(1):34-40.

- 128 Wight D. Limits to empowerment-based sex education. *Health Educ* 1999;(6):233-43.
- 129 Wight D. Boys' thoughts and talk about sex in a working class locality of Glasgow. *Sociol Rev* 1994;42(4):703-37.
- 130 Hines G. Let's talk about sex. *Health Educ* 1995;(5):9-12.
- 131 Weis L. Learning to speak out in abstinence based sex education group: Gender and race work in an urban magnet school. *Teach Coll Rec* 2000;102(3):620-50.
- 132 Tolman DL. *Dilemmas of desire*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 2002.
- 133 West J. (Not) talking about sex: Youth, identity and sexuality. *Sociol Rev* 1999;47:525-47.
- 134 Fine M. Sexuality, schooling and adolescent females: The missing discourse of desire. *Harv Educ Rev* 1988;58:29-53.
- 135 Roth NL. Sex education in an age of sexual epidemic: Overcoming discursive limits. In: Kay E. Vandergrift, editor. *Mosaics of meaning*. Lanham, MD: Scarecrow Press; 1996. p. 361-82.
- 136 Duberstein Lindberg L, Ku L, Sonenstein F. Adolescents' reports of reproductive health education, 1988 and 1995. *Fam Plann Perspect* 2000;32(5):220-6.
- 137 Feldman W, Martell A, Dingle JL. Prevention of unintended pregnancy and sexually transmitted diseases in adolescents. 2003.
Available at URL:www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pdf/clinical_preventive/s6c46e.pdf.
- 138 Collins C. *Dangerous inhibitions: How America is letting AIDS become an epidemic of the young*. San Francisco: University of California AIDS Research Institute and the Center for AIDS prevention studies; 1997.
- 139 Dilworth K. *Revue de documentation*. 2000; Institut canadien de la santé infantile. pp.1-38.
- 140 Sawhill I. What can be done to reduce teen pregnancy and out-of-wedlock births? Washington DC: The Brookings Institution, WR&B Brief 2001;8:1-9.
- 141 American Academy of Pediatrics. Adolescent pregnancy: Current trends and issues 1998. *Pediatrics* 1999;103(2):516-20.
- 142 Swann C, Bowe K, McCormick G, Kosmin M. Teenage pregnancy and parenthood: A review of reviews. Evidence briefing. London: Health Development Agency; 2003.
- 143 Aquilino ML, Bragadottir H. Adolescent pregnancy: Teen perspectives on prevention. *Am J Matern Child Nurs* 2000;25(4):192-7.
- 144 Donati P, Samuel O. Les temps de la procréation féminine. *Temporalistes* 2001;43.
- 145 Barrett G, Wellings K. What is planned pregnancy? Empirical data from a British study. *Soc Sci Med* 2002;55:545-57.

- 146 Darroch JE, Singh S, Frost JJ, and the Study Team. Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: The roles of sexual activity and contraceptive use. *Fam Plann Perspect* 2001;33(6):244-81.
- 147 Singh S, Darroch JE. Adolescent pregnancy and childbearing: Levels and trends in developed countries. *Fam Plann Perspect* 2000;32(1):14-23.
- 148 UNICEF. A league table of teenage births in rich nations. Florence: UNICEF Innocenti research Centre; 2001. (Innocenti Report Cards).
- 149 Darroch JE, Singh S. Why is teenage pregnancy declining? The roles of abstinence, sexual activity and contraceptive use. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1999. (Occasional Report).
- 150 Joffres C, Langille D, Rigby J, Langille DB. Factors related to community mobilization and continued involvement in a community-based effort to enhance adolescents' sexual behaviour. *The Qualitative Report* 2002;7(2).
- 151 Kirby D, Coyle K. Youth development programs. *Children and Youth Services* 1997;19(5/6):437-54.
- 152 Beeker C, Guenther-Grey C, Raj A. Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/AIDS. *Soc Sci Med* 1998;46(7):831-42.
- 153 Manlove J, Terry-Humen E, Romano Papillo A, Franzetta K, Williams S, Ryan S. In : John S. and James L. Knight Foundation, editor. Background for community-level work on positive reproductive health in adolescence: Reviewing the literature on contributing factors. Washington DC: Child Trends; 2001.
- 154 MacDonald TK, MacDonald G, Zanna MP, Fong GT. Alcohol, sexual arousal, and intentions to use condoms in young men: Applying alcohol myopia theory to risky sexual behavior. *Health Psychol* 2000;19(3):290-8.
- 155 Holland J, Ramazanoglu C, Sharpe S, Thomson R. *The Male in the head: Young people, heterosexuality and power*. London: Tufnell Press; 1998.
- 156 Stone N, Ingham R. Factors affecting British teenagers' contraceptive use at first intercourse: The importance of partner communication. *Perspect Sex Reprod Health* 2002;34(4):191-7.
- 157 Nitz K. Adolescent pregnancy prevention: A review of interventions and programs. *Clin Psychol Rev* 1999;19(4):457-71.
- 158 Dailard C. Reviving interest in policies and programs to help teens prevent repeated births. New York, Washington DC: The Alan Guttmacher Institute; 2000. (The Guttmacher Report on Public Policy).
- 159 Rogstad KE, Ahmed-Jushuf IH, Robinson AJ. Standards for comprehensive sexual health services for young people under 25 years. *Int J STD AIDS* 2002;(13):420-4.
- 160 Brooks-Gunn J, Boyer CB, Hein K. Preventing HIV infection and AIDS in children and adolescents: Behavioral research and intervention strategies. *Am Psychol* 1988;43(11):958-64.

- 161 Aggleton P, Oliver C, Rivers K. Reducing the rate of teenage conceptions: The implications of research into young people, sex, sexuality and relationships. London: Health Education Authority; 1998.
- 162 Peckham S. Preventing unintended teenage pregnancies. *Public Health* 1993;107:125-33.
- 163 Nash T. Clinic based sex education: An exploratory study. London: Faculty of Health and Social Care, Kingston University; 2002.
- 164 Meyrick J, Swann C. An overview of the effectiveness of interventions and programmes aimed at reducing unintended conceptions in young people. London: Health Education Authority; 1998.
- 165 Eng TR, Butler WT, editors. *The Hidden Epidemic: Confronting sexually transmitted diseases*. Washington: National Academy Press; 1997.
- 166 Clark LR, Jackson M, Allen-Taylor L. Adolescent knowledge about sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 2002;29(8):436-43.
- 167 Panchaud C, Singh S, Feivelson D, Darroch JE. Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Fam Plann Perspect* 2000;32(1):24-32 & 45.
- 168 STD Update: Incidence trends and new screening tests. The contraception report. New Jersey: Emron; 2000. p. 4-10.
- 169 Ruiz MS, Gable AR, Kaplan EH, Stoto MA, Fineberg HV, Trussell J. No time to lose: Getting more from HIV prevention. Washington: National Academy of Sciences; 2001.
- 170 Nicoll A, Hamers FF. Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe? *Br Med J* 2002;324:1324-7.
- 171 Semaille C, Alix J, Downs AM, Hamers F. L'épidémie d'infection à VIH en Europe: Une importante disparité d'Ouest en Est. Saint-Maurice: EuroHIV, Institut de Veille Sanitaire; 2002.
- 172 Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of "vulnerability". *Soc Sci Med* 2000;50(11):1557-70.
- 173 Rosenbrock R, Dubois-Arber F, Moers M, Pinell P, Schaeffer D, Setbon M. The normalization of AIDS in Western European countries. *Soc Sci Med* 2000;50(11):1607-29.
- 174 Smith M, Harding G. Health education and young people: AIDS and other health related knowledge. London: Thomas Coram Research Unit; 1989. (TCRU Occasional Paper).
- 175 Reif K, Marlier E. Eurobarometer 43. = and 43.1: Drug abuse and AIDS. Bruxelles: European Commission; 1995.
- 176 Calvez M. Les connaissances et les attitudes relatives au sida. In: Lagrange H, Lhomond B, editors. *L'entrée dans la sexualité: Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris: Editions de la Découverte; 1997. p. 317-49.

- 177 Observatoire régional de santé d'Ile-de-France. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2001. Paris: Observatoire régional de santé d'Ile-de-France; 2001.
- 178 Peretti-Watel P. Sociologie du risque. Paris: Armand Colin; 2000.
- 179 Bruce KE, Walker LJ. College students' attitudes about AIDS: 1986 to 2000. *AIDS Educ Prev* 2001;13(5):428-37.
- 180 Les jeunes face au sida. Montrouge: SOFRES; 2003.
Available at URL:www.sofres.com/etudes/pol/110200_sida.htm.
- 181 Pötsönen R, Kontula O. Adolescents' knowledge and attitudes concerning HIV infection and HIV-infected persons: How a survey and focus group discussions are suited for researching adolescents' HIV/AIDS knowledge and attitudes. *Health Educ Res* 1999;14(4):473-84.
- 182 Murphy DA, Rotheram-Borus MJ, Reid H. Adolescent gender differences in HIV-related sexual risk acts, social-cognitive factors and behavioural skills. *J Adolesc* 1998;(21):197-208.
- 183 Rhodes T, Cusick L. Accounting for unprotected sex: Stories of agency and acceptability. *Soc Sci Med* 2002;55:211-26.
- 184 Mitchell K, Wellings K. First sexual intercourse: Anticipation and communication. Interviews with young people in England. *J Adolesc* 1998;21:717-26.
- 185 Hillier L, Harrison L, Warr D. When you carry condoms all the boys think you want it: Negotiating competing discourses about safe sex. *J Adolesc* 1998;(21):15-29.
- 186 Wight D, Abraham C. From psycho-social theory to sustainable classroom practice: Developing a research-based teacher-delivered sex education programme. *Health Educ Res* 2000;15(1):25-38.
- 187 Tschann JM, Adler N, Millstein S, Gurvey J, Ellen J. Relative power between sexual partners and condom use among adolescents. *J Adolesc Health* 2002;31:17-25.
- 188 Middlestadt S, Hoffman C, D'Andrea EM, Ruscavage D. What interventions studies say about effectiveness: A resource for HIV prevention community planning groups. Atlanta GA: Centers for Disease Control and Prevention; 1996.
- 189 De Carlo P, Coates TJ. Does HIV prevention work? San Francisco: Center for AIDS Prevention Studies; 1998. Available at URL:www.caps.ucsf.edu/preventionrev.html.
- 190 Kirby Douglas. HIV transmission and prevention in adolescents. 2002.
Available at URL:hivinsite.ucsf.edu/InSite.jsp.
- 191 Corby NH, Schneider Jamner M. HIV prevention interventions: What works and what doesn't? California State University: Center for Behavioral Research and Services; 1996.
Available at URL:hivinsite.ucsf.edu/InSite.jsp.
- 192 Holtgrave DR. Reflections on HIV prevention strategies in the United States in 2002. Atlanta GO: AIDScience; 2002.

- 193 Théry I, Tasserit S. Sida et exclusion. In: Paugam S, editor. L'exclusion: l'état des savoirs. Paris: Editions de la Découverte; 1996. p. 363-73.
- 194 Shiner M. Defining peer education. *J Adolesc* 1999;22:555-66.
- 195 Mercier C, Fortier J, Cordova J. L'intervention par les pairs auprès de jeunes de la rue du centre-ville de Montréal. Montréal: Régie Régionale de la Santé et des services sociaux de Montréal-Centre; 1996.
- 196 Svenson GR. European guidelines for youth AIDS peer education. Malmö: Lund University; 1998.
- 197 Pearlman DN, Camberg L, Wallace LJ, Symons P, Finison L. Tapping youth as agents for change: Evaluation of a peer leadership HIV/AIDS intervention. *J Adolesc Health* 2002;31(1):31-9.
- 198 Backett-Milburn K, Wilson S. Understanding peer education: Insights from a process evaluation. *Health Educ Res* 2000;15(1):85-96.
- 199 Senderowitz J. Reproductive health programs for young adults: School-based programs. Washington: Focus on Young Adults; 1998.
- 200 Strange V, Forrest S, Oakley A, The RIPPLE study team. Peer-led sex education: Characteristics of peer educators and their perceptions of the impact on them of participation in a peer education programme. *Health Educ Res* 2002;17(3):327-37.
- 201 White D. Youth to Youth: A review of peer program theoretical underpinnings, forms, functions and process- and outcome-related findings. Madison: Wisconsin Department of Public Instruction; 2002. Available at:
URL:www.dpi.state.wi.us/dpi/dlsea/sspw/youthtoyouth.html.
- 202 Fisher JD, Fisher WA, Bryan AD, Misovich SJ. Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychol* 2002;21(2):177-86.
- 203 Janz NK, Zimmerman MA, Wren PA, Israel BA, Freudenberg N, Carter RJ. Evaluation of 37 AIDS prevention projects: Successful approaches and barriers to program effectiveness. *Health Educ Q* 1996;23(1):80-97.
- 204 Kirby DB, Brown NL. Condom availability programs in U.S. schools. *Fam Plann Perspect* 1996;28(5):196-202.
- 205 Dodd KJ. School condom availability. Washington: Advocates for Youth; 1997.
- 206 Moatti J-P, Souteyrand Y. HIV/AIDS social and behavioural research: Past advances and thoughts about the future. *Soc Sci Med* 2000;50(11):1519-32.
- 207 Brown JD, Keller SN. Can the mass media be healthy sex educators? *Fam Plann Perspect* 2000;32(5)

- 208 Kalichman SC, Belcher L. AIDS information needs: Conceptual and content analyses of questions asked of AIDS information hotlines. *Health Educ Res* 1997;12(3):279-88.
- 209 Salyers Bull S, McFarlane M, King D. Barriers to STD/HIV prevention on the Internet. *Health Educ Res* 2001;16(6):661-70.
- 210 Coates TJ. Strategies for modifying sexual behavior for primary and secondary prevention of HIV disease. *J Consult Clin Psychol* 1990;58(1):57-69.
- 211 DGS. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA 2001/2004. Paris: DGS/Division de la lutte contre le VIH et les MST; 2002. Available at:
URL:www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sida02/1sida.htm.
- 212 Biringer V. Stratégies publiques: cibler. *Combat* 2001;(24).
- 213 Card JJ, Starr N, Mallari A, Farrell WS. The program archive on sexuality, health and adolescence: Promising "prevention in a box". *Fam Plann Perspect* 1996;28(5):210-20.
- 214 Card JJ. Teen pregnancy prevention: Do any programs work? *Annu Rev Public Health* 1999;(20):257-85.
- 215 The effectiveness of AIDS prevention efforts. Washington DC: Office of Technology Assessment; 1995.
- 216 Jepson R. The effectiveness of interventions to change health-related behaviours: A review of reviews. Glasgow: Medical Research Council; 2000.
- 217 Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychol Bull* 1992;111(3):455-74.
- 218 Choi K-H, Coates TJ. Prevention of HIV infection. *AIDS* 1994;8:1371-89.
- 219 Fullerton D, Holland J, Oakley A. Towards effective intervention: Evaluating HIV prevention and sexual health education interventions. In: Aggleton P, Hart G, editors. *Aids: Safety, sexuality and risk*. London: Taylor & Francis; 1995. p. 90-108.
- 220 Stanton B, Kim N, Galbraith J, Parrott M. Design issues addressed in published evaluations of adolescent HIV-risk reduction interventions: A review. *J Adolesc Health* 1996;18:387-96.
- 221 Kim N, Stanton B, Li X, Dickersin K, Galbraith J. Effectiveness of 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions: A quantitative review. *J Adolesc Health* 1997;(20):204-15.
- 222 Yamada J, DiCenso A, Feldman L, Cormillott P, Wade K, Wignall R, Thomas H. A systematic review of the effectiveness of primary prevention programs to prevent sexually transmitted diseases in adolescents. Dundas, Ontario: PHRED Program; 1999. (Effective Public Health Practice Project).
- 223 Jemmott III JB, Jemmott LS. HIV risk reduction behavioral interventions with heterosexual adolescents. *AIDS* 2000;14(2):40-52.

- 224 Semaan S, Kay L, Strouse D, Sogolow E, Dolan Mullen P, Spink Neumann M, et al. A profile of U.S.-based trials of behavioral and social interventions for HIV risk reduction. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;30(Suppl. 1):30-50.
- 225 Mullen PD, Ramirez G, Strouse DHLV, Sogolow E. Meta-analysis of the effects of behavioral HIV prevention interventions on the sexual risk behavior of sexually experienced adolescents in controlled studies in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;30(Suppl. 1):94-105.
- 226 Kelly JA, Kalichman SC. Behavioral research in HIV/AIDS primary and secondary prevention: Recent advances and future directions. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(3):626-39.

9 ANNEXES⁸

9.1 REVUES DES PROGRAMMES DE PREVENTION DES GROSSESSES PRECOCES

9.1.1 School-based programs to reduce sexual risk behaviors : a review of effectiveness

Dans cette revue d'interventions (concernant les Jeunes de 12-18 ans) visant à réduire les conduites sexuelles à risque basées dans les écoles⁸⁶, il apparaît que certains programmes peuvent avoir un impact sur l'entrée dans la sexualité remise, la réduction de la fréquence des rapports sexuels, la réduction du nombre de partenaires et un usage accru de contraception.

Les caractéristiques des stratégies qui apparaissent inefficaces sont celles qui ne se focalisent pas sur un aspect précis de réduction des risques, celles qui reposent sur des processus de prise de décision neutres sans message clair. Des facteurs qu'on pensait importants tels que la durée et l'intensité des programmes ne semblent pas être décisifs.

Il s'agit :

- de clairement cibler les conduites sexuelles à risque ;
- de définir des objectifs, des méthodes didactiques, des matériaux qui ciblent des groupes d'âge définis, des jeunes avec des expériences sexuelles connues ;
- des interventions basées sur des approches théoriques qui ont fait leur preuve dans d'autres domaines de conduites à risque ;
- d'avoir une durée suffisante pour permettre à tous les participants d'un programme d'accomplir les activités définies ;
- de fournir une information correcte sur les risques de rapports non protégés et les méthodes pour les éviter ;
- d'utiliser une variété de méthodes d'enseignement destinés à impliquer les participants et leur permettre de personnaliser cette information ;
- d'inclure des activités qui concernent les pressions sociales liées au sexe ;
- de fournir des modèles et des pratiques de communication, de négociation et de capacités de dire non ;
- de sélectionner des enseignants ou des pairs qui croient dans leur programme et leur offrir une formation qui comprend des séances pratiques.

Le même auteur, dans une revue très récente note que les études sont devenues les dernières années plus rigoureuses (randomisation, échantillons importants, mesures longitudinales, analyses statistiques sophistiquées)⁸⁷.

Nombre de programmes de prévention des grossesses précoces sont couplés avec la prévention des MST/VIH/sida et visent la réduction des conduites sexuelles à risque.

⁸ Les titres originaux sont restitués en anglais.

9.1.2 The program archive on sexuality, health and adolescence : promising "prevention in a box"

Dans le cadre d'un vaste programme *PASHA (Program Archive on Sexuality, Health and Adolescence)* un panel d'expert a réuni les programmes les plus performants visant les Jeunes de 10-19 ans dans le domaine de la prévention des grossesses et des MST aux Etats Unis^{213,214}. Les interventions reconnues ciblent les *outcome* suivants :

- pour les jeunes qui ne sont pas encore sexuellement actifs, de retarder l'initiation sexuelle ;
- de diminuer la fréquence des rapports ;
- de diminuer le nombre de partenaires sexuels ;
- d'augmenter l'usage de contraceptifs au premier rapport ;
- d'augmenter l'usage du contraceptif au rapport le plus récent ;
- d'augmenter l'utilisation consistante de contraception pour tous les rapports ;
- de prévenir les grossesses ;
- d'augmenter les méthodes prophylactiques au premier rapport pour les MST/VIH/sida ;
- d'augmenter les méthodes prophylactiques durant tous les rapports pour les MST/VIH/sida ;
- de substituer les pratiques à moindre risque à celles de risque élevé ;
- augmenter la prévention pour les MST/VIH/sida telle que l'achat de préservatifs et usage volontaire de préservatifs ;
- de prévenir les MST/VIH/sida.

Les critères d'efficacité des interventions (n=30) incluses dans le programme PASHA dénotent d'un impact positif sur les capacités de négociation et de refus, liées à la fertilité et aux MST/VIH/sida, les intentions, les valeurs et les attitudes sur ces aspects.

Les moyens et techniques de mise en œuvre de ces programmes impliquent des :

- discussions de groupe (utilisées dans 25 programmes), des exposés, (utilisés dans 21 programmes) des jeux de rôle (utilisés dans 20 programmes et des vidéos (utilisés dans 14 programmes).

Il faut souligner qu'en ayant rempli les conditions d'efficacité, il n'y a pas de garantie de répliation telle quelle d'un programme dans un autre site et contexte local. Ainsi un des critères majeurs d'une approche scientifique ne saurait être rempli.

Les *setting* des programmes sont pour 1/3 l'école, 1/3 en partenariat communautaire, 1/3 une clinique.

9.1.3 Sexual health education interventions for young people : a methodological review

Dans cette revue systématique de l'efficacité de programmes de prévention visant les Jeunes âgés de 12-19 ans⁸¹, basées sur des évaluations impliquant des groupes contrôle randomisés, 12 interventions sur 73 ont pu correspondre à ce critère ce qui montre la rareté des travaux qui, selon les auteurs, sont scientifiquement valides. Peu de programmes ont des bases théoriques

fondées, établissent les besoins locaux et/ou cherchent à tester des hypothèses qui émergent de la littérature.

Les critères d'efficacité retenus comportent les points suivants :

- les programmes devraient être initiés avant l'entrée des jeunes dans la sexualité ;
- ils devraient mentionner les aspects positifs des relations sexuelles ;
- les interventions visant les grossesses précoces, l'augmentation de l'usage de contraceptifs et la prévention du VIH/sida devraient être combinées plutôt qu'être ciblées de manière séparée ;
- les besoins des jeunes en matière de santé sexuelle devraient être pris en compte, en particulier en ce qui concerne l'accessibilité aux divers services.

9.1.4 Emerging answers : research findings on programs to reduce teen pregnancy

Cette revue classe les programmes visant à réduire les risques de grossesse chez les jeunes adolescentes entre 12 et 18 ans en trois catégories⁸³ : ceux qui reposent sur des antécédents sexuels, ceux qui reposent sur des antécédents non sexuels et ceux qui reposent sur une combinaison des deux. La première recouvre les programmes d'éducation sexuelle, les interventions éducatives ciblant les parents et familles, les services cliniques basés à l'école offrant la contraception et les préservatifs, les centres de planning familial, les initiatives communautaires d'éducation sexuelle. La deuxième comprend les programmes d'orientation professionnelle et les programmes de développement pour les jeunes. La troisième catégorie combine les deux approches.

L'auteur repère des interventions efficaces dans chacune de ces catégories. Il n'y a donc pas de *setting*, ni de contenu préférentiel qui soient des candidats exemplaires. Mais l'auteur recommande la réplique fidèle des programmes ou ceux qui ont des caractéristiques communes qui se sont révélés efficaces avec une population similaire de jeunes.

Rares sont les études qui tentent de capter les perspectives des jeunes concernant les programmes de prévention des grossesses.

9.2 LES PRINCIPALES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

- **Chlamydia** : infection bactérienne qui peut conduire à des inflammations de l'urètre. Une de ses conséquences possibles parmi les plus graves est la stérilité. Les symptômes sont souvent légers et peuvent disparaître spontanément sans que l'infection ne soit soignée. Mais la maladie reste transmissible et peut avoir des effets à long terme.
- **Gonorrhée** : infection bactérienne qui peut également entraîner des inflammations de l'urètre. Les conséquences les plus graves peuvent être une inflammation mortelle de la cavité abdominale (touchant les femmes), la stérilité (touchant hommes et femmes), et la cécité du nouveau-né.
- **Hépatite B** : infection virale qui entraîne souvent une inflammation du foie. Les conséquences les plus graves peuvent être une cirrhose du foie, le cancer du foie.

- **Herpes génital** : infection virale qui peut conduire à des crises répétées d'aphtes/ulcérations qui démangent ou qui brûlent. Les conséquences possibles la plus grave est la transmission du virus au nouveau-né lors de la naissance.
- **Syphilis** : infection bactérienne qui produit d'abord des abcès puis des éruptions sur le haut du corps et les pieds. Les conséquences les plus graves à long terme sont la détérioration de l'aorte et du système nerveux. Les inflammations et les abcès du début peuvent ne pas être douloureux et diminuer spontanément sans que l'infection ne soit soignée. Mais la maladie reste transmissible et peut avoir des effets à long terme.
- **Trichomonas** : infection qui donne lieu à des démangeaisons, des brûlures en urinant et des pertes vaginales. Elle reste souvent non détectée.

9.3 REVUES DES PROGRAMMES DE PREVENTION DU VIH

Dans le domaine des programmes de prévention du sida on se retrouve confronté à la pauvreté de la littérature dans la production de travaux considérés méthodologiquement solides en fonction de critères restrictifs parmi lesquels^{215,216} :

- basé sur une théorie ;
- la population-cible est impliquée dans la conception de l'intervention ;
- l'intervention mesure des *outcome* comportementaux ;
- l'intervention cible des aspects développementaux ;
- l'intervention inclut des faits spécifiques sur les MST ;
- l'intervention inclut des capacités interpersonnelles, soit négociation, refus, communication ;
- la méthode de l'intervention est décrite ;
- les critères de choix de l'agent de prévention sont spécifiés ;
- la durée/dosage de l'intervention est précisée ;
- des séances de rappel existent ;
- l'intervention a déjà été utilisée dans une autre étude ou constitue un test pilote.

9.3.1 Strategies for modifying sexual behavior for primary and secondary prevention of HIV disease

Dans ce travail, l'auteur décrit les principales stratégies mises en œuvre pour la prévention du VIH/sida sans essayer de synthétiser les efforts de programmes spécifiques mis en place à cet effet²¹⁰. A l'époque, une des préoccupations majeures était de cibler les populations à risque à savoir les homosexuels, les minorités ethniques, les femmes en âge de procréer et les personnes de plus de 50 ans ; la catégorie de jeunes n'était pas concernée. Les interventions prometteuses n'avaient pas collecté de données qui auraient pu permettre d'évaluer leur *outcome*. Parmi elles, le modèle de San Francisco qui a permis de réduire de manière significative les conduites à risque des homo/bisexuels au plan communautaire. Une stratégie intégrée travaillant aux niveaux de changement de l'information, de la motivation, des capacités, des normes et de la législation-*policy*. L'auteur pense que cette approche peut être transférée à d'autres contextes car elle permet simultanément de cibler les individus, une population captive et une communauté entière.

9.3.2 Changing AIDS-Risk behavior

Cette revue critique de la littérature²¹⁷ (couvrant la période 1980-1990) de réduction de risque du VIH/sida cible les conduites sexuelles à risque d'adolescentEs et les pratiques de consommateurs de drogue par injection. Les critères de sélection des travaux pertinents adoptés sont les suivants :

Ils devraient comprendre des éléments psychologiques et/ou éducatifs destinés à modifier un *outcome* pertinent à la réduction de risque du VIH/sida et être statistiquement évalués.

Les auteurs relèvent le manque d'interventions "soumises à une évaluation statistique" au détriment d'exhortations et de recommandations basées sur des observations et expériences. Rares, voire inexistantes, sont les publications ancrées dans un cadre théorique.

Les adolescents figurent, parmi d'autres, comme groupe-cible dans cette revue. La plupart des interventions ne reposent pas sur une base théorique formelle et leur objectif principal consiste à améliorer l'information des jeunes. L'autre souci consiste à promouvoir la tolérance envers les personnes vivant avec le sida. Un faible nombre d'études (3) démontre des changements comportementaux auprès de cibles différentes (adolescents mâles africo-américains, adolescents fugueurs, dyades parents-adolescents), des *outcome* différents (connaissances, réduction d'attitudes négatives envers la réduction de risques, *skills*, communication parent-enfant). Des résultats positifs à court terme ont pu être établis mais les comparaisons apparaissent extrêmement difficiles.

Les auteurs proposent un modèle impliquant l'information, la motivation, les habiletés comportementales comme déterminants d'une réduction de risque au VIH/sida. Ce modèle doit être adapté en fonction du public-cible.

La littérature existante ne parvient pas à établir un lien consistant entre connaissances sur le sida et comportement préventif. Selon les auteurs c'est parce que dans nombre d'études on évalue les deux aspects à des niveaux très différents : connaissances générales et conduites très spécifiques. Par ailleurs, les connaissances sur le sida sont mesurées avec des questionnaires fermés qui n'ont que peu de relations avec des situations réelles. Hormis ces limitations méthodologiques, de nombreux chercheurs suggèrent que l'information ne peut être qu'une condition nécessaire mais non suffisante pour un changement de comportement. Elle a sans doute plus de poids au début de l'épidémie que lorsqu'il s'agit de maintenir un comportement de manière suivie. De toute évidence faudrait-il établir l'état des connaissances et les lacunes existantes auprès d'une population-cible, afin de tenter de les combler de manière spécifique et s'assurer qu'elles ont été assimilées et retenues.

Même une personne bien informée doit être motivée pour amorcer un changement de conduite et le maintenir. La motivation peut recouvrir une série de variables : attitudes, normes sociales, perception des coûts et bénéfices de la prévention. Les travaux passés en revue montrent que ce sont surtout les attitudes des personnes envers la prévention du sida et les normes sociales qui semblent avoir un effet notoire sur les pratiques de prévention.

Les compétences et savoir-faire tels que la capacité de communiquer et de pouvoir s'affirmer par rapport à un partenaire sexuel sont déterminantes pour les conduites de *safe sex*. Non seulement doit-on avoir ces capacités dans son répertoire mais être sûr de pouvoir les appliquer en temps et lieu voulu.

9.3.3 School-based programs to reduce sexual risk behaviors : a review of effectiveness

Cette revue⁸⁶ se propose de synthétiser la recherche sur l'efficacité des programmes de prévention à l'intention des Jeunes de 15-19 ans, d'identifier les caractéristiques ayant un impact et de formuler les questions de recherche pertinentes pour le futur.

Les critères d'inclusion des études entrant dans cette revue étaient triples :

- les interventions devaient être basées à l'école ;
- elles devaient être publiées ou acceptées pour publication dans un *peer-reviewed* journal pour garantir un minimum de qualité scientifique ;
- elles devaient mesurer des comportements sexuel ou contraceptifs et leurs *outcome* (taux de grossesse, taux de naissance ou taux de MST).

Vingt-trois publications répondant à ces critères ont été identifiées. Elles varient considérablement selon les populations-cible et la rigueur méthodologique. Selon les auteurs, certains programmes, mais pas tous, permettent d'augmenter l'usage de préservatifs et de contraceptifs. Ceux qui ne sont pas efficaces tendent à couvrir une trop large palette de thèmes, discutant de nombre de valeurs et de savoir-faire sans mettre l'accent sur les faits, normes, valeurs et compétences nécessaires pour éviter les relations sexuelles ou du moins les relations non protégées. La durée des programmes ne semble pas constituer un critère de performance. Comme on le sait, par ailleurs, aucun des programmes passés en revue n'augmente la fréquence des rapports ni n'avance l'entrée dans la sexualité.

9.3.4 Prevention of HIV infection

Cette revue globale sur la prévention de l'infection au VIH se propose d'établir quel type de programme a un succès à long terme sur des changements de comportement, quelles recommandations ont été formulées et quelles perspectives s'offrent à la recherche dans ce domaine. L'ensemble du corpus comprend 77 études concernant les adolescents (12-14 ans) et les jeunes adultes (18-29 ans).²¹⁸

Parmi une variété de groupes-cible, ce travail aborde les jeunes adultes et les adolescents.

Il est rappelé que les jeunes adultes (de 18 à 29 ans) constituent le segment de la population la plus active sexuellement. Le *setting* le plus investi pour ce groupe ont été les campus ciblant les étudiants. Il apparaît que la plupart des études ne font pas état de changements de comportement.

Les stratégies de prévention à l'intention des adolescents sont en prises à différentes controverses : quel programme doit servir à quel âge, faut-il enseigner l'abstinence ou l'usage du préservatif, la crainte de booster l'activité sexuelle continue à sous-tendre les efforts de prévention. Dix programmes sont passés en revue qui montrent une certaine efficacité dans les connaissances, les changements d'attitude, les intentions de comportement et les pratiques à risque. Cependant, aucun ne démontre clairement un impact à plus long terme.

Les lacunes relevées dans l'analyse de la littérature concernent en particulier les jeunes en rupture de scolarité qui reste une population ignorée.

9.3.5 Towards effective intervention : evaluating HIV prevention and sexual health education interventions

Le but de cette revue était de repérer les études méthodologiquement solides de l'efficacité de programmes de prévention du VIH/sida et de programmes d'éducation sexuelle destinés aux jeunes de 13-19 ans selon les critères suivants correspondant grosso modo au "*gold standard*"²¹⁹, comprenant :

- une définition claire des objectifs ;
- une description suffisamment détaillée de l'intervention et du design pour permettre une réplique ;
- un groupe contrôle aléatoire ou équivalent par des variables sociodémographiques ;
- une spécification du nombre de sujets pour chacune des conditions ;
- des données précédant l'intervention ;
- des données post-intervention ;
- un taux d'attrition pour chacune des conditions ;
- des résultats décrits pour chaque *outcome* en accord avec les buts de l'étude.

Parmi un corpus d'origine de 1210 études, 886 focalisaient le VIH/sida. 68 évaluations sont retenues.

Dix-huit études seulement sont jugées méthodologiquement adéquates. Neuf décrivent des interventions ciblant les adolescents et 9 des adultes à risque.

Il apparaît qu'il est extrêmement difficile de dire si les interventions ayant un certain intérêt sont efficaces ou non à cause des nombreuses limitations méthodologiques relevées. Néanmoins, les exigences méthodologiques ne sont nullement remises en question.

9.3.6 An overview of the effectiveness and efficiency of HIV prevention programs

Cette revue se propose de répondre aux questions suivantes³ :

- Quelles sont les caractéristiques générales de programmes de prévention du VIH qui ont un *outcome* comportemental favorable ?
- Quels programmes spécifiques de prévention du VIH ont été identifiés pour avoir un *outcome* comportemental positif (ou négatif) et quelles sont les priorités pour une évaluation ultérieure ?

Les auteurs définissent comme un programme ayant du succès ceux qui permettent d'éviter ou de réduire des conduites à risque relatif au VIH et/ou de modifier positivement ses déterminants et ceci au meilleur coût/bénéfice.

Les caractéristiques de programmes ayant du succès sont les suivantes :

- Les programmes doivent répondre à des besoins réels et exprimés au plan communautaire et individuel. Les points de vue appartenant aux deux niveaux doivent être considérés ensemble dans un processus décidant quels services de prévention sont les plus nécessaires.

- Les messages de prévention doivent cibler leur audience et leurs besoins en tenant compte en particulier de l'âge, du niveau d'éducation, du sexe, de la géographie, de la race-ethnicité, de l'orientation sexuelle, des valeurs, des croyances et des normes ; être appropriés au niveau de développement de la population-cible ; utiliser un langage approprié.
- Les programmes doivent avoir des buts, objectifs et stratégies claires. Ce principe implique de déterminer la sous-population pour chaque offre de prévention au VIH, les objectifs de processus et *d'outcome* , les interventions spécifiques et leurs composantes.
- Les programmes doivent être ancrés dans un cadre théorique et empirique de science humaine.
- Un monitoring qualitatif par une évaluation de processus doit être établi pour s'assurer que les objectifs sont poursuivis ; les corrections nécessaires sont à apporter en cours de mise en œuvre s'il y a lieu.
- Les programmes doivent disposer de ressources suffisantes (financières, humaines, matérielles, temporelles).

Les auteurs distinguent entre programmes pour conduites sans risque ou risque faible (ce qui, de fait, correspond à la prévention primaire) des programmes pour les conduites à risque élevé (prévention secondaire).

Pour les premiers les approches suivantes sont primordiales : la dissémination d'informations (des gains de connaissances élevés eu égard au VIH ont pu résulter d'une série d'interventions passées en revue), les changements d'attitude envers des tentations de discrimination ou de stigmatisation, le renforcement des conduites à risque faible (nombre d'interventions attestent d'une certaine efficacité dans ce domaine).

Pour les seconds, les stratégies importantes comprennent : le conseil, le test (semblent efficace pour des couples hétérosexuels au statut sérologique discordant et les homosexuels positifs) ; l'information, éducation, le conseil de groupe (un certain nombre d'études randomisées démontre l'impact de ces approches sur les activités sexuelle) ; les interventions au niveau communautaire (elles ont prouvé leur efficacité notamment dans le changement des normes surtout dans les milieux homosexuels) ; les *outreach programs* où il s'agit de rencontrer les clients qui sont difficiles d'accès dans leur propre communauté et lieux de vie. Il s'agit notamment de programmes de rue ciblant les fugeurs, les drogués etc. (les échanges de seringues propres ont pu être augmentées par ce type d'intervention mais les changements des activités sexuelles sont moins évidents).

9.3.7 Design issues addressed in published evaluations of adolescent HIV-risk reduction interventions : a review

L'objectif de cette revue est de repérer les thèmes abordés dans les évaluations d'interventions de réduction de risque au VIH s'adressant aux adolescents entre 10 et 18 ans²²⁰.

Ces thèmes sont les suivants :

- ancrage de l'intervention dans une théorie de changement comportemental ;
- spécification de la population-cible (prise en compte des différences culturelles) ;
- implication de la communauté visée dans la conception de l'intervention ;
- prise en compte d'aspects développementaux (invulnérabilité perçue, influence des pairs) ;

- compte-rendu factuel de l'intervention ;
- renforcement des compétences interpersonnelles (négociation, prise de décision) ;
- descriptions des moyens de mise en œuvre de l'intervention (méthodes didactiques) ;
- spécification des caractéristiques pertinentes des acteurs de prévention (figures d'autorité, personnes vivant avec le sida, pairs) ;
- description de la durée de l'intervention ;
- suivi ;
- test pilote de l'intervention ;
- inclusion d'autres éléments favorables.

A l'origine 75 articles étaient candidats pour cette étude. Vingt-huit articles ont constitué le corpus comprenant la littérature nord-américaine entre 1983 et 1993 et codés en fonction de la présence/absence des thèmes ci-dessus. La valeur méthodologique est évaluée selon le *gold standard* et si une mesure d'une pré- et post-intervention existe.

- 25 études (89%) ont mesuré des changements de connaissance ;
- 18 (64%) ont mesuré des changements d'attitude ;
- 12 (43%) ont mesuré des changements de comportement ;
- 9 (32%) ont mesuré des changements d'intention.

Aucun article n'a traité de tous les objets énumérés et la majorité des études n'a abordé qu'une moitié ou moins. Le nombre médian de thèmes abordés est de 6 (range 3-9). Une majorité des interventions n'indique aucun fondement théorique et la plupart des études ne précisent pas la population-cible ni traitent d'aspects développementaux.

Les auteurs concluent que la majorité des études sur la réduction de risque au VIH/sida n'abordent pas des thèmes-clé. Des travaux plus récents utilisant des designs solides prennent en compte un plus large éventail de variables.

Ils recommandent la mise sur pied de *guidelines* pour les interventions pour permettre toute réplique et une meilleure comparabilité entre approches préventives.

9.3.8 Effectiveness of 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions : a quantitative review

Cette revue de la littérature concerne les interventions visant à réduire les risques de sida auprès d'adolescents²²¹ ; elle a réuni 102 publications dont 40 (39%) sont en accord avec des critères pré-établis fixés (données empiriques, interventions américaines, ciblant des adolescents de 18 ans ou moins).

Les principaux *outcomes* et impacts obtenus sont :

- Changement de connaissances : 88% (30/34) ;
- Changements d'attitude : 58% (7/12) ;
- Changements dans l'intention d'utiliser des préservatifs : 60 (6/10) ;
- Diminution de partenaires sexuels 64%. (7/11) ;
- Augmentation d'utilisation de préservatifs : 73% (11/15) ;

9.3.9 Lessons learned : an update on the published literature concerning the impact of HIV and sexuality education for young people

Cette publication donne un survol de deux revues de la littérature substantielles des programmes d'éducation sexuelle et de programmes de prévention au VIH⁹¹.

Les questions qui ont été posées sont les suivantes :

- Est-ce que les programmes éducatifs existants ont la capacité de changer le comportement de ceux qui les reçoivent ?
- Est-ce que les programmes existants causent-ils des *outcome* involontaires et indésirables (plus d'activité sexuelle et/ou IST) ?
- Est-ce que les programmes existants ont été évalués de manière adéquate de sorte que leur efficacité proclamée soit crédible ?

La revue va au-delà de la seule littérature non américaine et n'inclut pas les seules études correspondant au "*gold standard*".

Les variables dépendantes sont l'existence rapportée de rapports sexuels et/ou ses conséquences (grossesse, avortement, naissance, IST).

Sont exclus du corpus les études décrivant seulement les connaissances, attitudes et croyances en faveur de ceux qui mesurent des *outcome* comportementaux. Dans ce corpus 53 travaux se centrent sur l'impact d'interventions spécifiques au VIH ou d'éducation sexuelle (15 ont un design randomisés versus 38 sans groupe contrôle ou sans randomisation).

Les résultats du 1^e groupe sont les suivants : la plupart des interventions ne témoignent d'aucun changement eu égard à l'activité sexuelle, l'usage de contraceptifs ou de préservatifs ; un programme d'abstinence n'avait pas d'impact sur l'activité sexuelle mais augmentait les conduites sexuelles non coitales.

Les résultats du 2^e groupe sont les suivants : études ne produisent aucun changement dans les rapports sexuels et ses *outcome* ; 14 ont démontré une diminution de l'activité sexuelle, grossesses, naissances ou avortements ; 7 études ont eu pour effet une utilisation accrue de contraceptifs ; 6 rapportent une augmentation de préservatifs utilisés.

Il semblerait que l'éducation ait plus d'impact quand il s'agit de modifier des attitudes ou améliorer des connaissances que changer les pratiques sexuelles où le succès est limité.

Les facteurs pouvant contribuer à une augmentation de l'utilisation de contraceptifs-préservatifs et de réduction des rapports sexuels sont de trois ordres :

- baser le programme sur une théorie du changement,
- être suffisamment long,
- impliquer des activités interactives de type jeu de rôle, exercices de compétences, discussions, etc.

Il apparaît également que les programmes d'éducation sont plus efficaces si ils sont proposés avant l'entrée dans la vie sexuelle à savoir qu'il est plus simple d'adopter d'entrée des conduites "*safe*" que de modifier des pratiques à risque acquises.

Il est rappelé cependant, qu'au-delà de programmes d'éducation sexuelle basés à l'école, les jeunes sont exposés à de multiples autres sources d'information sur la sexualité qui sont à prendre en considération.

Par ailleurs, il est clairement établi que les programmes n'induisent aucune promiscuité sexuelle et n'incitent nullement à l'expérimentation dans la matière.

9.3.10 A systematic review of the effectiveness of primary prevention programs to prevent sexually transmitted diseases in adolescents

Une revue systématique canadienne ayant réuni un total de 584 articles, en conserve 24 (4%) évalués comme moyennement valides²²². 19/24 interventions sont nord-américaines, 4 européennes (2 : GB, 1, Norvège, 1 Hollande), 1 africaine. La population-cible (âgée de 10 à 19 ans) comprend en grande majorité des Afro-américains ; la plupart des interventions retenues sont basées à l'école (63%), huit sont des interventions communautaires, un constitue une évaluation de clinique.

Ce qui est le plus fréquemment évalué sont : l'utilisation de préservatifs (20 interventions et un impact démontré dans 8) ; le nombre de partenaires sexuels (12 interventions et un impact démontré dans 4) ; la fréquence des rapports (11 interventions et un impact démontré dans 3) ; l'entrée dans la vie sexuelle (dans 8 interventions) ; la fréquence de rapports non protégés (7 interventions et un impact démontré dans 5).

9.3.11 HIV risk reduction behavioral interventions with heterosexual adolescents

Cette méta-analyse cible les recherches sur les effets des interventions comportementales sur les conduites à risque en relation avec le VIH chez les adolescents²²³. Elle se propose de dépasser le seul *setting* de l'école (14 études) et de prendre en compte la communauté (cliniques médicales (4), centres pour adolescents en rupture (2), associations communautaires (10), campus (6)).

Trente-six études d'interventions comportementales publiées ont été identifiées. Treize parmi elles ont utilisé un design avec des individus assignés à un groupe contrôle randomisé ; 10 études avec des groupes d'adolescents assignés à un groupe contrôle randomisé ; 13 études quasi-expérimentales avec un groupe contrôle non randomisé mais des mesures avant-après l'intervention ;

L'échantillon total de toutes ces études représente un total de 30 656 adolescents (allant de 43-5905 par étude), en majorité des filles (57%) d'âge moyen de 15.2 ans :

- 41.6% sont des afro-américains,
- 34.2% des caucasiens,
- 20.4% des latinos,
- 5.8% des asiatiques,
- 1% des américains de souche (indiens).

Les cadres théoriques des différentes études sont socio-cognitifs (14), cognitivo-comportementaux (10), théorie de l'action raisonnée + comportement planifié (8), health belief model (5), influence des pairs (3), théorie de protection-motivation (1), dissonance cognitive (1). 22% des interventions n'ont pas de fondement théorique.

Les variables dépendantes mesurées sont :

- Abstinence : opérationnalisé en 1 rapport durant une période donnée, e.g. 3 derniers mois ; nombre de rapports durant une période donnée ; nombre de jours avec rapports sexuels.
- Utilisation de préservatif : opérationnalisé en utilisation consistante, fréquence, % de rapports avec préservatif, utilisation de préservatif au dernier rapport.

Ces variables sont les plus fréquemment mesurées :

- nombre de partenaires,
- acquisition de préservatifs,
- rapports sexuels non protégés.

Un certain nombre de médiateurs comportementaux sont mesurés : les plus fréquents sont l'auto-efficacité perçue et intentions comportementales. Ce sont les connaissances de réduction des risques et l'auto-efficacité qui semblent être les plus importants.

Cette revue démontre que les impacts comportementaux de comportement les plus fréquemment mesurés sont l'usage du préservatif et l'abstinence. Les effets les plus évidents affectent l'acquisition et l'usage de préservatifs. Par contraste, l'abstinence et le nombre de partenaires sexuels sont les moins touchés. Les effets des médiateurs et des conduites se combinent : lorsqu'ils existent, les *outcome* comportementaux sont plus importants.

Les auteurs notent que la valeur des effets des interventions dépend de la prévalence du VIH dans la population : un programme ayant des impacts relativement faibles peuvent avoir des conséquences cliniques majeures dans des zones à forte prévalence et vice versa.

9.3.12 A profile of U.S.-based trials of behavioral and social interventions for HIV risk reduction

Cette revue descriptive a été effectuée dans le cadre du projet PRS (*Prevention Research Synthesis*) focalisant les études américaines traitant d'interventions sociales et comportementales de la réduction du risque au VIH avec une sous-catégorie de population ciblant les jeunes²²⁴. Elle porte sur la littérature parue jusqu'en été 1998. L'objectif n'est pas d'évaluer l'impact des interventions mais de décrire quelles variables ont été analysées de préférence. 209 études ont été identifiées 47 (23%) ne prennent en compte que des variables psychosociales et non comportementales. Parmi les 162 restantes, 99 (61%) utilisent un design de recherche strict. Parmi ce corpus, 48 sont en relation avec les drogues, 24 sont des études concernant les jeunes hétérosexuels, 17 des adultes hétérosexuels et 10 les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).

La population de jeunes comprend essentiellement des élèves/étudiants (42%) et des afro-américains (33%).

Le contenu des interventions auprès des jeunes est :

- L'information sur l'infection VIH et réduction des risques (83%),
- Les compétences interpersonnelles avec pratique (35%),
- Les compétences techniques avec pratique (31%),
- Les services (31%).

79% des études sur les adolescents mesurent des *outcome* de comportement et psychosociaux.

La revue ne décrit pas les procédures de randomisation ni les taux d'attrition. Il apparaît qu'il existe des lacunes importantes dans la manière de rendre compte des résultats : trop de données manquantes ou insuffisamment rapportées ce qui exclut des comparaisons et des métaanalyses bienvenues et souhaitables dans le domaine.

9.3.13 Meta-analysis of the effects of behavioral HIV prevention interventions on the sexual risk behavior of sexually experienced adolescents in controlled studies in the United States

Une méta-analyse d'interventions de réduction de risque au VIH à destination d'adolescents (de 13 à 19 ans) prend en compte la littérature entre 1988 et 1998²²⁵. Elle comprend les *settings* scolaires et extra-scolaires pour évaluer l'efficacité d'interventions comportementales et sociales sur la réduction de conduites sexuelles à risque. Les auteurs définissent précisément ce qu'ils entendent par comportementales et sociales : les premières ciblent des individus, même s'ils ne sont accessibles que par groupe ; les deuxièmes désignent les interventions tentant de modifier les normes des pairs ou de la communauté ainsi que d'influer sur les structures à travers des réseaux.

Les critères d'inclusion sont les design avec groupes contrôle randomisés ou design quasi-expérimentaux avec prétest ne montrant pas de différence de *baseline* entre groupes de comparaison. Seize études ont constitué le corpus.

Les résultats montrent un effet statistiquement significatif des différentes interventions sur les conduites à risque sexuel en particulier l'utilisation de préservatifs.

Les auteurs déplorent l'absence de résultats plus détaillés dans les publications rendant ici impossible l'analyse des conduites d'abstinence par exemple.

9.3.14 Behavioral research in HIV/AIDS primary and secondary prevention : recent advances and future directions

Cette publication²²⁶ est un compte-rendu récent de la recherche concernant la prévention primaire et secondaire au VIH/sida durant la dernière décennie. Il est souligné, qu'outre les groupes de HSH et de personnes s'injectant des drogues, l'épidémie touche de plus en plus les jeunes en rupture et donc plus difficiles à atteindre par des interventions préventives.

Les leçons du passé ont permis de dégager un certain nombre de facteurs à risque parmi lesquels :

- cognitifs et touchant aux attitudes : les fausses croyances sur les risques, les attitudes négatives eu égard aux préservatifs, de faibles intentions de changer de comportement, une faible perception de l'efficacité personnelle pour s'engager dans des changements de conduite et des attentes négatives résultant de pratiques sexuelles protégées ;
- compétences défailtantes dans les domaines suivants : usage correct du préservatif, négociation sexuelle et affirmation de soi, résolution de problème dans les situations à risque ;
- facteurs relationnels : davantage de rapports protégés dans les relations passagères que dans une relation stable ;
- support limité des pairs ou de la communauté pour des changements de comportement ;
- facteurs situationnels contribuant à des risques accrus tels que la consommation de substances.

Nombre de ces facteurs sont d'ordre psychosocial et nombre d'interventions sont basées sur les théories suivantes parmi les plus importantes :

- apprentissage social et théories cognitives,
- théorie de l'action raisonnée,
- modèle de croyance à la santé,
- théorie des étapes du changement.

Les niveaux des différentes stratégies de prévention ont focalisé des interventions face-à-face (individus, couples, petits groupes), communautaires, ou ciblé des changements sociaux plus globaux, y compris des politiques de santé.

Les auteurs notent que la majorité des modèles de prévention à ce jour ont eu pour objectif principal l'utilisation du préservatif dans toutes les circonstances et partenaires. Or ce nivellement contextuel ignore les problèmes de négociation, de signification du couple, et des difficultés de coopération récurrentes observées par les partenaires mâles qui contrôlent l'usage du préservatif et qui mettent les femmes dans des situations de risque sur lesquelles elles n'ont pas d'emprise.

Un souci majeur pour le futur des stratégies efficaces de prévention VIH/sida est le transfert et la dissémination d'approches scientifiquement évaluées vers les professionnels du terrain : les modalités les plus efficaces de ce processus restent à établir.

9.4 CARACTERISTIQUES DE PROGRAMMES EFFICACES SELON LA LITTERATURE

9.4.1 What Are the Characteristics of HIV Education and Prevention Programs that "Work" and "Do Not Work"

This is taken from the report "HIV Prevention in California", prepared for the Office of AIDS, California Department of Health Services, by the Institute for Health Policy Studies, University of California, San Francisco.

"Work"	"Do Not Work"
Programs with clearly defined target populations (i.e., by age, gender, sexual orientation, race/ethnicity, risk behaviors, culture, peer and social group, life circumstance, neighborhood)	Programs that are "generic" or "homogenized" and aimed at the "general population" or at "types" of people
Programs with clearly defined objectives (i.e., what behaviors are being targeted for change, what changes in behavior - new behaviors - are to be achieved by whom)	Programs that try to send a "universal message" about HIV -- there is no universal message, no universal receiver
Programs with clearly defined interventions (i.e. intervention can be explained to anyone in simpler terms. "We are trying to decrease the number of people in the Tenderloin area of San Francisco transmitting HIV	Programs that give ambiguous, vague, or inappropriate messages

"Work"	"Do Not Work"
infection through sharing needles when injecting drugs by providing clean needles to ___ people, ___ times, at ___ locations."	
<p>Programs that target highest-risk populations</p> <ul style="list-style-type: none"> - based on epidemiology of HIV/AIDS ; socio-demographic and health profiles of counties, cities, neighborhoods - levels of service already existing in the community for target populations 	<p>Programs that target lower risk or no-risk populations</p> <ul style="list-style-type: none"> - based on what populations are "reachable" or easiest to reach or teach - based on what populations are politically "fashionable"
<p>Programs that are "for, of, and by" the target populations</p> <ul style="list-style-type: none"> - use "natural leaders among peers - developed for peers by peers - carried out or led by peers - use of a common language "peers speak a common language" -- implications for type of language and literacy level - cultural and social context is appropriate, program "rings true" to people's personal experience 	<p>Programs that are devised by "experts" or professionals who are not familiar with the people whom they are trying to reach</p> <p>Programs developed from the "top down," rather than from the "bottom up"</p> <p>Programs with a "do unto," rather than a "do with" orientation or</p> <p>Programs that lack community input and have no accountability to the community</p> <p>Programs that use translations to develop educational materials</p>
<p>Programs that provide group support for individuals' initiating and maintaining behavior change</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuals develop sense of trust in group - individuals share personal unsafe sex or drug experiences in group - individuals share alternative safer sex or drug experiences in group - group provides support for initiating behavior change -group provides context and opportunities to learn and practice skills in safer sex or drug using behavior - group provides support for adopting new behaviors - group provides support for individuals who have "relapsed" or "slipped" - group provides support for maintaining new behaviors over time - personal sharing in group leads to personal and group transformation - transformation of group lays groundwork for broader changes in community norms in behavior 	<p>Programs that rely on one-way communication or a didactic approach</p> <p>Programs that are non-personal and non-user friendly</p> <p>Programs that fail to address sexuality and sexual orientation in young people and in adult women and men</p> <p>Programs that fail to reinforce maintenance of safer behaviors</p>

"Work"	"Do Not Work"
<p>Programs that enhance individual self-esteem and provide concrete incentives to individuals</p> <ul style="list-style-type: none"> - personal incentives for behavior change or participation in HIV prevention activities (e.g., paying youth peer counsellors) 	<p>Programs that send messages that are judgmental, moralistic, or attempt to instil fear</p> <p>Programs that provide no incentives – to participants or volunteers</p>
<p>Programs that draw on the spiritual resources and strengthen the spiritual life of individuals</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12-step programs - other programs that draw on religious or spiritual teachings and traditions (i.e., American Indian alcohol abuse program) - drama, writing, other forms of self-expression 	<p>Programs that ignore non-traditional channels of personal change and transformation</p>
<p>Programs that use "cultural resiliency factors" to reach and empower the target population</p>	
<p>Programs that change the physical and social environment of individuals</p> <ul style="list-style-type: none"> - changes in physical environment (i.e., housing conditions, neighborhood clean-ups) - changes in social environment (i.e., neighborhood mobilization re : crime, violence, drugs) 	
<p>Programs that raise the visibility and lend support to HIV/AIDS prevention programs in the wider community</p> <ul style="list-style-type: none"> - newspaper, radio, and TV coverage about HIV prevention - billboards, busboards 	
<p>Programs that reach people where they live, where they work, and where they go</p>	<p>Programs that provide HIV education and prevention in a "vacuum," outside the context of people's lives and other critical services in the community</p>
<p>Programs that use multiple strategies in HIV prevention and that link program components</p> <ul style="list-style-type: none"> - a community organizing strategy - a community development strategy - a community service programming strategy - a communications (or media) strategy - a social marketing (or product distribution strategy 	<p>Programs that leave out critical components to reach target populations</p> <p>Programs that do things one way (i.e., information-only programs)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - a group empowerment strategy - a self-help, self-care strategy - a mutual aid, mutual help strategy - a behavior change strategy - a clinical or treatment strategy 	

"Work"	"Do Not Work"
Programs that link HIV prevention to treatment and care, that "matrix" HIV prevention with other disease prevention efforts - programs that link HIV testing to HIV prevention - programs that link HIV prevention to primary medical care, drug abuse treatment, alcohol abuse treatment, STD treatment, family planning	
Programs that are tailored to needs of people in different geographic areas and in different stages of the HIV/AIDS epidemic	
Programs that are focused on achieving incremental changes over the long term	Programs focused only on short-term results -- one-shot HIV education
Programs that provide people with something they want or need, rather than asking them to accept a new behavior or something they do not want	
Programs in which the setting and site are acceptable and accessible to the user	
Programs in which the interaction is repeated over time, providing opportunities for learning and additional interventions	Programs without flexibility and capacity for change or "continuous
Programs linked to Alternative Test Sites and Confidential Test Sites that target both HIV seronegatives and seropositives	Programs that ignore seronegatives and seropositives as target groups for HIV prevention

Source : HIV Education and Prevention Working Group Meeting, August 7, 1991, Office of AIDS, California Department of Health Services, and IHPS, UCSF. HIV E&P Evaluation, IHPS, UCSF, 1992. Office of AIDS, California Department of Health Services.

9.4.2 What works in HIV prevention?

Characteristics of effective programs include :

- having clearly defined target populations,
- having clearly defined objectives,
- targeting the highest-risk populations,
- using interventions that are "for, of, and by" the target populations,
- providing group support for individual behaviour change,
- enhancing individual self-esteem and providing concrete incentives linking HIV prevention to treatment and care.

Source : Institute for Health Policy Studies, 1998

9.4.3 Prevention Strategies and Approaches that Are Working for Young People

- Age-appropriate and developmentally appropriate interventions
 - Early sexuality education
 - Peer education
 - School-based peer-led programs
 - Small group counselling
 - Intensive, repeated education
 - Skill building to build self-esteem
 - Skill building for negotiating safer sex
 - Skill building for proper use of condoms
 - Social marketing and community-level approaches that change peer norms
-

Sources : Office of National AIDS Policy ; CAPS, University of California, San Francisco ; Funders Concerned About AIDS.

9.4.4 Elements of a successful HIV Prevention Program

People at increased risk for HIV infection and/or transmission must be at the heart of HIV prevention program design. Programs must be created that meet the real needs of those they seek to serve. Accordingly, interventions are generally targeted toward specific groups of people. In addition to the recommendations regarding HIV prevention for these target populations, however, certain common elements should apply to any HIV prevention effort. It is appropriate, and even necessary, to accept common factors that will contribute to continued success.

All HIV prevention programs should include the following :

Behavior Change Counseling

Sexual and needle using behaviors are the most basic elements of HIV transmission. All individuals who receive HIV prevention services should be given the opportunity to address their need for the initiation, re-initiation, or maintenance of safer practices.

Peer Involvement

Any targeted program should be designed in consultation with, and to the extent possible, implemented by members of the population for whom the program is intended. Programs should be responsive to community needs. Staff and volunteers should be knowledgeable and sensitive toward the issues their target population faces, including issues directly and indirectly related to HIV/AIDS.

Cultural Competency and Appropriateness

Cultural competency includes but is not limited to issues of race, ethnicity, language and sexual orientation. The target population's norms, perceptions and practices should have a direct relationship to program design. These factors should be respected as community parameters and not treated as obstacles to preconceived notions of what a program should be.

This requires an understanding of, respect for, and attention to the ways different populations communicate and interact, as well as their values and beliefs. Examples include delivering interventions in the language the target population is most comfortable speaking and hiring members of the target population to deliver interventions when possible.

Defining the Target Population

In general, the more well-defined the target population the more effective and cost-effective programs are. Interventions that target the “general population” or other broadly defined groups are not as relevant in this era of HIV prevention in which there are generally high levels of knowledge and awareness about HIV/AIDS. Target populations can be defined by behavioral risk, gender, age, sexual orientation, ethnic or cultural identity, etc., or a combination of these factors. Defining the target population in this way allows providers to better assess the particular prevention needs of the group and design responsive programs.

Harm Reduction

A harm reduction approach acknowledges that people engage in unhealthy behaviors and seeks to reduce the harm that results from the behavior. For example, injection drug use is a behavior for which the potential for harmful effects can be reduced if the person does not share needles ; therefore, an intervention that promotes the use of a new syringe for every injection is based on harm reduction principles. All strategies and interventions should contain harm reduction options for clients.

Holistic Services

HIV cannot be addressed in a vacuum ; it must be addressed within the context of people’s own lives. HIV prevention should be just one component of a set of services addressing multiple issues relevant to clients and community members. Social services that should be prioritized for coordination with prevention services include, but are not limited to: substance abuse treatment, immigration services, legal services, mental health and primary health care services, shelters for homeless, shelters for battered women and children, rape crisis counseling, child protective services, suicide prevention, job training and placement, youth and runaway services, family planning, STD care and prevention, and services for people with physical, emotional, and/or learning disabilities. The ability to respond to a variety of issues, including the ability to make appropriate referrals, is key to a comprehensive HIV prevention program. The development of coordinated and comprehensive services should consider both individual needs (i.e., linking individuals with needed services) and community needs (i.e., linking under-served communities with the service system).

Skills Building

The intent of prevention interventions is to effect changes in behaviors that put people at risk for HIV. Providing information and education is only the first step in HIV prevention. Building skills through role-playing and other interactive exercises and creating social norms for adopting healthy behaviors are critical when focusing on behavior change. Skills building generally refers to specific, experiential activities, aimed at helping people increase their confidence and abilities for condom usage ; negotiation, refusal and communication skills ; safer injection techniques, and other preventive behaviors.

Multiple Approaches

HIV prevention strategies and interventions are more likely to reach target populations if a variety of approaches are used. The most successful prevention programs use a combination of theories, strategies, and interventions linked together to create one cohesive program. Providers may achieve this goal within their own programs or collaborate with other agencies that serve the same target population. In addition, the use of multiple communication methods and the design of consistent messages that address the issue from more than one perspective are likely to contribute to the effectiveness of programs.

Prevention Messages

The content of interventions should be dictated by findings from a needs assessment, either formal or informal, and should address issues that are current and relevant for the target population. For example, a needs assessment might reveal that a belief that certain treatments decrease infectiousness is leading to increased unsafe sex in a particular population ; therefore, an intervention for this population would disseminate prevention messages that focus on this issue. In addition, prevention messages should be concise, appropriate to the target population, and delivered with frequency over an extended period of time for maximum effect. (However, attention to “saturation” is important ; needs assessments can help determine when it is time to change a prevention message or give it “a new look.”) It is important that messages speak to the whole person and her/his complex realm of interests, needs, and concerns, instead of focusing only on HIV.

Recruitment and Retention

Recruitment and retention of participants in HIV prevention programs can be challenging. Providing incentives such as food, food vouchers, transportation tokens, t-shirts, or condoms, can be useful for some target populations. Likewise, attention to recruitment and retention of staff and volunteers is critical for the continuity of programs, which contributes to agency credibility and helps promote community trust

Risk Reduction

HIV prevention efforts should aim to reduce people’s risk, allowing for both abstinence and non-abstinence. Risk reduction does not necessarily aim to eliminate risk altogether. Abstinence is one kind of risk reduction. Other examples include bleaching used needles ; using condoms for anal, oral or vaginal sex ; and opting for non-penetrative sexual activities.

Special Needs

Some target populations, or subgroups within a population, can be very difficult to access. Providers should use creative means to reach these groups. Groups that often get missed with conventional HIV prevention efforts include people who are visually or hearing impaired, people with developmental disabilities, people who do not read, people who speak English as a second language, and people who speak non-English languages.

Combating Stigma

Stigma is a barrier to better HIV prevention in many ways. HIV and AIDS are highly stigmatized conditions, with widely reported evidence of discrimination against people who are living with the virus. The behaviors that can increase HIV risk are also heavily stigmatized in our culture – namely, injection drug use and sex, particularly sex between two men. There is also a burden of stigma upon many of the populations experiencing a disproportionate impact in the epidemic. It takes the form of sexism against women, addicto-phobia against people with substance addictions, homophobia against gay and bisexual men, and racism against communities of color. All of these are intrinsically tied to society’s perception of these groups and the subsequent willingness by society to respond in a compassionate manner to HIV infected individuals and impacted communities. Fighting stigma on any and all of these levels is a legitimate HIV prevention activity.

Frank talk about sex and/or drug use

HIV infection is the result of specific risk behaviors. Effective prevention depends on an ability to address those behaviors. Frank discussion of sexual and drug using behaviors may or may not include use of the vernacular, as appropriate to the group or community. However, it is

necessary to honestly describe these behaviors and to engage people at increased risk in meaningful discussion about how the virus is transmitted and ways in which people can put themselves at risk.

Source : Vermont HIV Prevention Community Planning Group, 2001 Comprehensive HIV Prevention Plan for Vermont

9.4.5 Characteristics of Programs That Have an Impact on Behavior

Research has shown that :

- Prevention programs that include information about delaying intercourse *and* about contraception can delay the onset of intercourse, reduce the frequency of intercourse, and decrease the number of teens' sexual partners ;
- Balanced programs can increase the use of condoms and other contraceptives for those who are sexually active ; and,
- To be effective, programs must address multiple factors.

According to Dr. Douglas Kirby's analysis of scientifically evaluated programs, effective sexuality education :

1. focuses clearly on reducing sexual behaviors that lead to unintended pregnancy and/or HIV/STIs ;
2. uses behavioral goals, teaching methods, and materials that are appropriate to age, culture, and sexual experience of students ;
3. is based on theoretical approaches that have proven effective in influencing other health-related risky behaviors ;
4. is long enough to allow for the completion of important activities ;
5. employs a variety of teaching methods, focusing on greater participation and personalization of information ;
6. provides basic, accurate information about the risks of and how to avoid unprotected intercourse ;
7. includes activities about social/peer pressures relating to sexual behavior ;
8. provides practice of communication, negotiation, and refusal skills ; and,
9. utilizes teachers/peers who believe in the program being implemented and provides training for them.

Balanced programs that discuss both abstinence and contraception, including condoms, do not increase the incidence of sexual intercourse among teens. The onset of intercourse is not hastened, and neither the frequency nor the number of sexual partners is increased by programs that address contraception.

Source : No Easy Answers : Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy, published by the National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 1997.

9.4.6 Ensure an effective AIDS education programme

Effective programs are those that have had a positive influence on behaviour as regards to sex, drug use and non-discrimination and not simply increased knowledge and changed the attitudes of students. It has been shown that effective programmes do all the following things :

- Focus on life-skills – particularly relating to decision-making, negotiation and communication- with the double aim of delaying first sexual intercourse and encouraging protected intercourse
 - Concentrate on personalizing risk through appropriate role playing and discussions
 - Discuss clearly the possible result of unprotected sex and in equally clear terms the ways to avoid such an outcome
 - Explain where to turn for help and support among peers, school staff and outside facilities
 - Stress that skills useful for self-protection from HIV also help build self-confidence and avoid unwanted pregnancy, sexual abuse, and the abuse of drugs (including tobacco and alcohol)
 - Reinforce values, norms and peer group support for practising and sustaining safe behaviour and resisting unsafe behaviour, both at school and in the community
 - Provide sufficient time for classroom work and interactive teaching methods such as role play and group discussions
-

Source : Learning and Teaching about AIDS at school : UNAIDS technical Update, October 1997

9.4.7 Key Elements of Successful Adolescent Reproductive Health Programs

- **Strategic planning** : Effective programs clearly state process and behavioral objectives before the program begins, as a prerequisite to measuring success.
- **Target audience identification** : Young people have diverse needs, depending on their varied characteristics, such as age, school status, marital status, gender, family characteristics and experience. In designing programs, it is important to identify the specific target group and address its needs accordingly.
- **Needs assessment** : Understanding the specific issues and needs of the youth who are expected to participate in or receive services from the program ensures that the program's design and content are appropriately shaped.
- **Youth involvement** : Youth are best able to identify their own needs and will feel more ownership of a program when they are included in design and implementation.
- **Community involvement** : Community members, such as policymakers, health professionals and religious leaders, should be involved in program planning to ensure support and acceptance.
- **Adult involvement** : Involving parents and other adult family members may help to ensure that the program does not meet with resistance and to educate parents about reproductive health issues and adolescent needs.
- **Protocols, guidelines and standards** : Specific and detailed operational policies governing how a program should serve youth may help to encourage a consistent level of quality, particularly when service providers are unfamiliar with the youth population.

- **Selection, training and deployment of staff** : Staff providing services to young people require specific qualities, training and supervision to ensure that clients are well-treated and to ensure client retention.
- **Monitoring and evaluation** : Collecting data helps managers monitor performance, evaluate outcomes and impact and improve program strategies.

Source : Adamchak, S. et al. (2000), A Guide to Monitoring and Evaluating Adolescent Reproductive Health Programs. Focus on Young Adults, June 2000.

9.4.8 Characteristics of successful HIV/AIDS Prevention Interventions

Design Culturally Relevant and Language-Appropriate Interventions

- Attention to cultural sensitivity and the use of appropriate language is critical to program success.
- One way of ensuring cultural sensitivity is involving the target population in the program development process.
- Interventions need to be offered in appropriate locations and at times that are convenient for the target audience.
- Utilizing staff and volunteers who come from the target population is a good way of increasing the likelihood of program relevance.
- Due to the fact that street terms and the vernacular of different sub-populations change quickly, it is important to consistently review and update program materials.

Embed AIDS Information Into a Broader Context

- AIDS education seems to be more effective when embedded in a larger context. AIDS is a multi-faceted phenomenon connected to other health concerns, such as alcohol, drug use, and STDs, and basic human needs, such as access to health care, housing, food, and employment.
- Incorporating the target population's needs from the beginning can dramatically improve recruitment and retention.
- Emphasis on issues related to AIDS may divert attention from the stigma often associated with AIDS, and attract participants on the basis of less stigmatizing but equally pertinent issues.
- AIDS messages are more likely to be heeded when placed in a broader life context. For example, condom use messages may be more successful when combined with an open discussion of sexuality that includes dating, relationships, gender roles, where and how to purchase condoms, and techniques for using condoms correctly.

Use Creative Rewards and Enticements

- Rewards and enticements can be used to assist in recruiting participants and maintaining their involvement.
- Rewards that are tailored to meet the specific needs of the target population are most successful. Examples of this might include food and condoms for the commercial sex worker population, and academic credit for high-school students who volunteer as peer counselors.

Build in Opportunities for Program Flexibility

- An essential element of project success is program flexibility. It is important to design interventions that can be altered to suit the skills, needs, and interests of diverse target populations and individuals.
- Do to the fact that no single approach works best, a menu of approaches to choose from is needed.

Promote Integration and Acceptance by the Community

- Community acceptance is particularly important to projects which target individuals/groups outside of the dominant culture.
- It is important to make an effort to deliver AIDS prevention messages to members of the target population where they live, work, and learn.
- AIDS prevention efforts need to be outgoing, mobile, and rooted in community.

Repeat Essential AIDS Prevention Messages

- One-time-only educational efforts may serve to increase an individual's knowledge about HIV, however, they have little impact on attitudes, values, and risk behaviors.
- For repetition to work, the messages must be clear and consistent, and they must provide individuals with specific advice for preventing HIV.
- Repeated messages should be varied so as not to bore participants.

Create a Forum for Open Discussion

- Support-groups and small-group discussions (fewer than 15 participants) were reported to be the most effective formats for providing AIDS prevention information.
- Group discussion can facilitate project success by enabling participants to shape the tempo, content, and format of the intervention.
- The creation of safe space for candid discussion is especially important to projects serving children and adolescents.

Solicit Participant Involvement

- The role of participants in facilitating program success cannot be overemphasized. Project staff stated that participant involvement in all phases of the intervention enhanced credibility, marketability, participant learning, and behavioral change.

Source : State of Nevada Health Division, chapter 6 : potential strategies and interventions

9.4.9 Characteristics of Effective Prevention

Although HIV prevention interventions must be targeted to the specific needs of individuals and communities, prevention science has discovered principles and characteristics of effective prevention generally. Coates and his colleagues (1996) identify nine such principles, which can be a useful guide for CBOs considering initiating HIV prevention programs as part of their constellation of services :

Principles of Effective HIV Prevention

1. Sustained interventions are more likely to lead to sustained behavior change.
2. More intense interventions are more likely to result in greater risk reduction.
3. Accessibility to devices that are necessary for safer practices reduces risk of HIV infection.
4. Skill building and the modification of social norms appear to enhance behavior change.
5. Timing of interventions matters.
6. Individual-level interventions can change behavior, but are probably not equal to the task of risk reduction for populations with high prevalence of HIV infection.
7. HIV counselling and testing have a place in HIV risk reduction, but are not sufficient for HIV prevention.
8. Working at the level of community can sometimes lead to significant behavioral changes.
9. Media interventions can sometimes lead to significant general population behavior changes. (Coates et al., 1996, p.1146)

These principles are consistent with the findings of the CDC's HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Project (1999) and the recent report to Congress from the Institute of Medicine (2000) on the state of HIV prevention in the United States.

9.4.10 Successful HIV-Prevention Programs

The study identified eight factors that facilitated intervention effectiveness across 12 prevention projects. They :

- had culturally relevant and language appropriate interventions. (These projects paid attention to the norms, values, and traditions of the target population.)
- embedded AIDS information into broader contexts. (Project staff reported increased success when AIDS education was blended with other issues.)
- provided creative rewards and enticements. (This was reported as important in recruitment and retention.)
- built in opportunities for program flexibility. (This was achieved in a number of ways including varying the intervention's content, format, schedule, process and delivery system.)
- promoted integration into-and acceptance by-the community. (Community integration help publicize efforts, enhance recruitment, aide credibility, and bolster success.)
- repeated essential HIV-prevention messages. (Project staff reported that "the more people keep throwing out the message...[the more] kids will start thinking about it.")
- created a forum for open discussion. (Staff reported that open discussion gave participants increased control over the intervention.)
- solicited participant involvement. (Projects reported that participants worked on planning and advisory boards, served as peer educators, assisted with recruitment and retention and completed evaluations.)

Source : Janz, N.K. et al (1996). Evaluation of 37 AIDS Prevention Projects : Successful approaches and barriers to program effectiveness. Health Education Quarterly, 23, 1, 80-97.

9.4.11 Elements of Successful HIV Prevention Programs

To succeed, HIV prevention efforts must be comprehensive and science-based. The following elements are required for HIV prevention to work :

- An effective community planning process
 - Epidemiologic and behavioral surveillance ; compilation of other health and demographic data relevant to HIV risks, incidence or prevalence
 - HIV counseling, testing and referral and partner counseling and referral, with strong linkages to medical care, treatment and needed prevention services
 - Health education and risk reduction activities, including individual-, group-and community-level interventions
 - Accessible diagnosis and treatment of other STDs
 - Public information and education programs
 - Comprehensive school health programs
 - Training and quality assurance
 - HIV prevention capacity-building activities
 - An HIV prevention technical assistance assessment and plan
 - Evaluation of major program activities, interventions and services
-

Source : HIV Prevention Strategic Plan through 2005 ; Centers for Disease Control and Prevention.

9.4.12 What Works in HIV Prevention Education?

The U.S. National Commission on AIDS recently made several recommendations concerning educational approaches for HIV prevention in adolescents, which are also applicable to a combined HIV/STD education program.

- HIV prevention programs should include information, examination of values and attitudes, skill building such as decision-making, negotiation, and refusal, and access to health care and social services.
- School-based HIV education should be presented as part of a comprehensive health science education curriculum that begins in elementary school, includes sexuality education and teaches general prevention skills.
- Schools and other youth-serving institutions should select curricula and teaching strategies that have been shown to be effective by evaluation.
- Parents and young people should be involved in the development of prevention programs.
- HIV prevention programs must be culturally and specific population sensitive, developmentally appropriate, nonjudgmental in approach, repeated, sustained over time, and complemented with efforts to change behavioral norms and to empower individuals.

- Utilizing peers as educators can be valuable if combined with other approaches in a comprehensive program.
- Prevention efforts limited to instilling fear or that omit important information will not facilitate wise health behavior or sustain risk reduction.
- Abstinence messages, such as postponing sexual activity, should be included, and adolescents that choose abstinence should be supported.
- Information and skill enhancement about methods of HIV/STD prevention other than abstinence, such as use of condoms, should be included. This information is needed immediately by the sexually active youth and by some who will be active in the future. Educational strategies dealing with prevention must be dealt with in a manner acceptable to the community. However, withholding complete prevention information can place adolescents at risk for HIV/STD.

9.4.13 AIDS Health Promotion for Youth

Many programmes for young people are directed towards knowledge improvement only. These programmes fail to address attitudes, and behavioral and social skills that young people also need to acquire reducing the risk of infection. Programmes should be designed as to :

- improve HIV/AIDS-related knowledge, to develop attitudes and beliefs, and to promote behaviors among adolescents and youth effectively preventing the transmission of HIV/AIDS ; and
- develop and maintain supportive social, cultural, and economic structures and resources for the prevention of HIV/AIDS being in support of the social integration of both uninfected and infected youth, and promoting health in general.

The following list presents five overall goals for AIDS health promoters working with adolescents and youth :

(1) Give accurate information on HIV/AIDS :

- give comprehensive information and education aiming at risk awareness and HIV risk assessment of adolescents and youth (regarding routes of transmission) ;
- reduce misinformation and eliminate irrational fears, anxieties, and prejudices against social and sexual minorities (such as men who have sex with men, male or female prostitutes, injecting drug abusers) ;
- enable adolescents and youth to make informed decisions for or against HIV antibody testing.

(2) Develop skills for safer sex :

- give comprehensive advice, counselling and practical support ; encourage, promote and rehearse behaviors that are effective for self-protection of young people and the protection of their partners ;
- educate for mutual responsibility in sexual relationships ;
- inform about all possible options such as sexual and drug abstinence, monogamy between non-infected partners, and safer sex focussing upon condom use ;
- focus upon and rehearse proper and regular condom use.

(3) Eliminate discrimination and promote solidarity :

- give non-discriminatory information about HIV infected persons enabling young people to counteract intolerance ; promote practical solidarity with young people or adults with AIDS in the community, their partners, families and friends.

(4) Develop protective behaviors against drug abuse :

- educate against drug abuse in general, including alcohol consumption ;
- where drug-induced HIV transmission is relevant, promote and rehearse *resistance skills* that enable youth to handle situations where injectable drugs are being offered or consumed (with a focus on completely rejecting drug abuse) ;
- among injecting drug abusers, educate for the prevention of needle-sharing among injecting drug abusers and rehearse protective skills such as proper needle cleaning.

(5) Improve community resources and social support ;

- provide adolescents and youth with information on community resources and services available to them ;
- motivate them to contribute actively to further development and implementation of health care services and preventive resources against HIV/AIDS ;
- establish supportive environments and care for all people with HIV and/or AIDS.

In terms of programme objectives, adolescents and youth involved in the programme should achieve the following levels of knowledge, attitudes and values, behavioral skills and social support :

- be accurately informed about HIV and STD transmission and the nature of HIV infection, and know about behaviors and social contacts that bear no risk of HIV transmission ;
- understand the symptoms of HIV/AIDS and be able to personally seek and inform others in need about appropriate resources, counselling, and necessary medical care ;
- make informed decisions about personal and social behaviors decreasing the risk of HIV and STD transmission, and develop skills to protect themselves and others from infection ;
- identify and reject inaccurate information and stigmatizing myths relating to HIV/AIDS, and speak and act out against social discrimination of people concerned ;
- develop contact and foster empathic attitudes towards those who are infected with HIV, respecting their right to privacy and confidentiality, and recognizing the benefits of continued participation in the community for HIV-positive adolescents, youth, and adults ;
- contribute actively in the community to the development and implementation of health care services and preventive resources against HIV/AIDS.

Source : Franzkowiak & Wenzel, 1994, Health Promotion International, 9, 2, 119-135.

9.4.14 Prévention des conduites sexuelles à risque

Actions à développer

- Améliorer la formation en éducation à la sexualité des professionnels en charge de jeunes, en l'actualisant et en définissant des principes éthiques communs (modules inter-catégoriels et inter-institutionnels).
- Harmoniser les champs d'intervention des associations ou organismes oeuvrant dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la sexualité.
- Renforcer et adapter les actions d'information, de communication et de prévention au sujet de l'infection par le VIH/sida et de la contraception, auprès des jeunes, de manière cohérente et intégrée à une approche globale de la sexualité.
- Ouvrir un lieu spécifique d'affichage d'informations (adresses et coordonnées utiles) dans tous les lieux accueillant des jeunes.
- Mettre à disposition des institutions en charge de jeunes un annuaire des intervenants potentiels et des ressources documentaires dans le domaine de la sexualité.
- Développer des lieux ou des lignes d'écoute (ex. *ligne Azur*) destinés aux jeunes s'interrogeant sur leur orientation sexuelle.
- Pérenniser la mise à disposition gratuite de préservatifs dans les planning familiaux mais élargir cette mesure aux pharmacies sur présentation de la " carte jeune ", même si l'on sait que l'" élément coût " est loin d'être le seul obstacle à la sexualité protégée.
- Faire un état des lieux concernant les chlamydioses chez les 15-25 ans, à partir d'une étude épidémiologique effectuée au niveau de la médecine préventive scolaire et universitaire, du planning familial, des centres IVG, CDAG, des maternités et dans les cas de grossesse extra-utérine, pour déterminer la prévalence de l'infection dans cette population d'origines sociales diverses, chez les personnes VIH+ et chez les femmes enceintes, afin de proposer un programme de surveillance pour les populations à risque ainsi définies.
- Promouvoir chez les médecins le recours plus systématique au dépistage biologique d'une chlamydiose, en regard des risques d'exposition à cette infection et de ses conséquences lorsqu'elle est non traitée.
- Mieux accompagner la délivrance gratuite de la pilule du lendemain, via l'infirmière scolaire et le pharmacien.
- Développer à l'école et hors de l'école les forums et débats jeunes-adultes sur des thèmes fédérateurs tels que : le risque, l'amour, l'amitié, le respect, la confiance, la honte, etc., en veillant à traiter équitablement ces questions selon le point de vue des jeunes et celui des adultes.
- Proposer une consultation après toute IVG et, pour les jeunes filles connaissant deux IVG ou plus dans les trois ans, *proposer un suivi psychologique*.

Source : Rapport sur la santé des jeunes-Xavier Pommereau, avril 2002