

La prévention du sida en direction des jeunes

Dossier de synthèse documentaire et bibliographique

Novembre 2009

SOMMAIRE

LES JEUNES ET LA SEXUALITE	3
Le contexte de la sexualité en France	3
La contraception et l'IVG	4
La perception du préservatif	4
La situation en région PACA	5
LES JEUNES ET L'EPIDEMIE DE SIDA	6
Les découvertes de séropositivité en France	6
La situation épidémiologique en région PACA	7
Un relâchement des comportements préventifs	8
L'activité de dépistage	8
LE CONCEPT DE PREVENTION	9
Qu'est-ce que la prévention aujourd'hui ?	9
Les modèles théoriques de la prévention	10
LA PREVENTION AUPRES DES JEUNES	12
Historique des actions de prévention auprès des jeunes	12
L'intégration de l'éducation à la sexualité dans une politique éducative globale	13
Un constat mitigé	13
QUELLES STRATEGIES ADOPTER DANS LA PREVENTION DU SIDA ? ...	14
Différentes stratégies d'intervention	15
Les intervenants	16
QUELLES TECHNIQUES UTILISER DANS LES INTERVENTIONS AUPRES DES JEUNES ?	17
Le brainstorming	17
Le débat théâtralisé	18
Le support audiovisuel	18
Le jeu de cartes	19
Le manège enchanté	20
Les brochures	20
Les affiches « Les jeunes parlent du sida »	21
Les préservatifs	21
CONCLUSION	22
BIBLIOGRAPHIE	23

Depuis le début de l'épidémie de sida, les enjeux de la prévention de l'infection à VIH, notamment auprès des jeunes, ont bien changé. Les jeunes sont majoritairement bien informés sur le sida mais ne se protègent pas forcément. En plus des connaissances, la prévention doit intégrer la prise en compte globale de la vie affective et sexuelle afin d'amener les jeunes à adopter des comportements de prévention.

Les adolescents représentent une cible à privilégier du fait de la spécificité de leur entrée dans la sexualité souvent marquée par des relations monogames successives qui aboutissent à un multipartenariat de fait. Ils sont aussi à l'âge des apprentissages qui vont structurer leurs comportements d'adulte.

LES JEUNES ET LA SEXUALITE

Différentes enquêtes réalisées au cours des dernières années permettent de dresser une esquisse du contexte de la sexualité en France et plus particulièrement de l'image de la sexualité chez les jeunes.

Le contexte de la sexualité en France

L'enquête « Contexte de la Sexualité en France » [1] réalisée en 2006 montre que l'âge médian de survenue du premier rapport sexuel est presque identique pour les garçons et pour les filles : 17,2 ans contre 17,6 ans. L'âge médian du premier rapport sexuel est l'âge auquel 50% des jeunes ont déjà eu des rapports sexuels. Cet âge varie peu en fonction de leur origine sociale et n'a pas évolué au cours des trente dernières années. Les grands changements ont eu lieu dans les années 1960-1970. Parmi les jeunes de 18 à 24 ans, seuls 11% des hommes et 15% des femmes n'ont pas eu de rapports sexuels.

Dans le dernier Baromètre Santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé [2], l'utilisation du préservatif reste à un niveau élevé à l'entrée dans la sexualité. Ainsi, 87,6% des filles et 84,2% des garçons ont utilisé un préservatif au cours du premier rapport sexuel quand il a eu lieu entre 2002-2005.

Parmi les 18-24 ans, 4,8% des femmes et 3,4% des hommes déclarent avoir eu au moins une fois des pratiques sexuelles avec une personne du même sexe [1]. Dans leur très grande majorité, ils disent avoir eu aussi des pratiques sexuelles avec des personnes de l'autre sexe. Interrogées sur leurs opinions à l'égard de l'homosexualité, la majorité des personnes de 18 à 24 ans considèrent que l'homosexualité est « une sexualité comme une autre ». L'acceptation de l'homosexualité est plus marquée chez les femmes (75%) que chez les hommes du même âge (57,8%).

Les nouveaux moyens de communication font désormais partie du scénario des rencontres affectives et sexuelles. Ainsi un tiers des jeunes de 18 à 24 ans se sont déjà connectés sur des sites de rencontre sur internet. La fréquentation des sites de rencontre peut se prolonger en des relations sexuelles : 4 à 6% des femmes et 7 à 10% des hommes de 18 à 24 ans ont déjà eu des rapports avec des partenaires rencontrés par internet [1].

La contraception et l'IVG

Malgré une large diffusion de la contraception, les données de la DREES [3] montrent un recours à l'IVG important en France. Ainsi, 227 000 IVG ont été réalisées en 2007 ce qui représente plus de 14 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans contre 12,3 en 1995.

Parmi ces IVG, 46% concernaient une jeune fille de moins de 25 ans soit 96 000 IVG et plus de 15 000 IVG ont concerné des mineures. Alors que l'on note une stabilisation du nombre d'IVG ces dernières années, le nombre d'IVG parmi les mineures et les jeunes femmes de moins de 20 ans continue à augmenter régulièrement. Depuis 2002 les recours chez les mineures sont ainsi passés de 6 IVG pour 1 000 femmes en 2002 à 7,8 en 2007 et de 10,6 à 12,5 chez les moins de 20 ans.

Une étude réalisée par l'INSERM et l'Institut National d'Etudes Démographiques [4] souligne que le recours à l'IVG ne traduit pas nécessairement un échec de la diffusion de la contraception mais plutôt que le recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue a augmenté.

Les enquêtes du Baromètre Santé montrent une augmentation importante du recours à la contraception d'urgence au cours des cinq dernières années notamment chez les 15-24 ans [2]. 30% des jeunes filles de 15-19 ans déclarent avoir eu recours à la contraception d'urgence au cours de leur vie. Il est vrai que le niveau d'information à ce sujet s'est nettement amélioré et la plupart des jeunes savent qu'une ordonnance n'est pas nécessaire pour obtenir la pilule contraceptive.

En revanche, le sondage INPES / BVA [5] réalisé en 2007 montre que les jeunes véhiculent encore des idées reçues sur la contraception : 34% des 15-20 ans pensent que la pilule peut rendre stérile et qu'elle fait systématiquement grossir. Un jeune sur dix n'a pas conscience que la pilule ne protège pas du VIH ni des IST.

La perception du préservatif

S'il n'y a pas eu d'évolution marquée dans le sens d'une précocité au premier rapport sexuel, la place qu'occupe le préservatif masculin a changé. Les données montrent une augmentation régulière et significative de l'usage du préservatif au premier rapport sexuel depuis 1988 et le maintien à un niveau élevé après cette date, jusqu'à 90% en 2007. Une telle évolution des pratiques atteste de l'efficacité des politiques de prévention. La dernière enquête KABP [6] montre que même si l'image du préservatif s'améliore, elle reste contrastée en 2004 : si 70% pensent que le préservatif c'est banal (contre 66% en 2001), ils sont toujours plus nombreux à affirmer que le préservatif diminue le plaisir (40% vs 35%).

Notons que l'utilisation du préservatif au premier rapport est d'autant plus fréquente que le répondant est jeune au moment du premier rapport, notamment chez les filles [2]. Lorsque le premier rapport a lieu après 20 ans, seuls 72% des hommes et 66% des femmes ont utilisé un préservatif. Pour les hommes comme pour les femmes, l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel est également associée à la pratique religieuse, dans le sens d'une moindre utilisation en cas de pratique régulière déclarée. Chez les filles, le niveau d'éducation est également à prendre en compte avec un moindre recours au préservatif chez les moins diplômées, ce qui interroge sur la situation des jeunes se trouvant en dehors du système scolaire ou l'ayant quitté prématurément.

La situation en région PACA

La comparaison des chiffres au niveau de la France métropolitaine[7] montre que la région PACA présente un des plus forts taux d'IVG. Avec 20,4 IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans en 2006, c'est la deuxième région après la Corse et devant l'Île de France.

L'analyse des données régionales réalisée par l'ORS PACA en 2006 [8], montre que parmi les 15-24 ans de la région sexuellement actifs, près de 80% ont affirmé utiliser un moyen de contraception de manière régulière, 5% de manière occasionnelle, et 12% pas du tout. Les moyens de contraception les plus utilisés chez les jeunes sont la pilule (66% des 15-19 ans et 81% des 20-24 ans) et le préservatif masculin (56% des 15-19 ans et 32% des 20-24 ans) sachant que certains jeunes utilisent plusieurs moyens de contraception et de prévention.

Si la fréquence des IVG en PACA semble se stabiliser entre 2002 et 2005 chez les femmes de 18-24 ans, en revanche le recours à l'IVG chez les mineures est parmi les plus élevés de France et en augmentation (+18%). En 2005 le taux d'IVG chez les mineures en PACA est de 16 pour 1 000 femmes mineures face à 11,3 au niveau national.

Plus de 19 000 jeunes filles de 12-24 ans ont été confrontées à une grossesse en PACA en 2005, soit 5,2% des jeunes filles de la région. Chez les jeunes filles âgées de moins de 20 ans la majorité des grossesses est volontairement interrompue (90% des 12-14 ans, 76% des 15-17 ans, 53% des 18-20 ans). Parmi les femmes de 21-24 ans, 1/3 des grossesses a été interrompu.

En PACA, l'usage de la contraception d'urgence est déclaré par un tiers des jeunes. Dans 2/3 des cas, le recours à la contraception d'urgence chez les jeunes était occasionné par un problème de préservatif ou un oubli de pilule.

L'usage du préservatif lors du premier rapport a connu une forte augmentation au cours des vingt dernières années, en France comme en PACA, près de 9 jeunes sur 10 interrogés en 2005 ont déclaré l'avoir utilisé au premier rapport contre moins de 20% en 1985.

En PACA, parmi les jeunes de 15-24 ans ayant déjà eu un rapport sexuel, 24% ont déclaré avoir effectué un test de dépistage du VIH, au cours des douze derniers mois (plus fréquent qu'au niveau national 17,5%). Concernant le dépistage de l'hépatite C, un peu plus de 10% des jeunes ont déclaré avoir déjà effectué un test au cours de la vie. Cette proportion atteint 22% chez les jeunes sexuellement actifs (17% au niveau national).

Une enquête réalisée en 2007 par l'ORS PACA auprès des étudiants de première année inscrits dans les universités de la région PACA [9], montre que plus de 70% des étudiants déclarent avoir eu des relations sexuelles au cours des douze derniers mois. Chez les étudiants ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, 19% des garçons et 31% des filles ont déclaré ne pas avoir toujours utilisé un préservatif.

La surveillance de l'épidémie de sida repose sur deux dispositifs : la déclaration obligatoire des cas de sida et la notification obligatoire des diagnostics d'infection à VIH (nouvelles séropositivités), mise en place depuis 2003. Ces deux indicateurs permettent de suivre de façon complémentaire l'évolution de l'épidémie, même si les délais de déclaration induisent parfois des retards marqués dans les statistiques publiées.

En France, au 31 décembre 2008, on dénombre 64 292 cas de sida déclarés depuis le début de l'épidémie dont 35 389 sont décédés. Le nombre de personnes qui passent au stade sida maladie a très fortement diminué depuis l'arrivée des nouveaux traitements en 1996, mais en 2009, on meurt encore du sida.

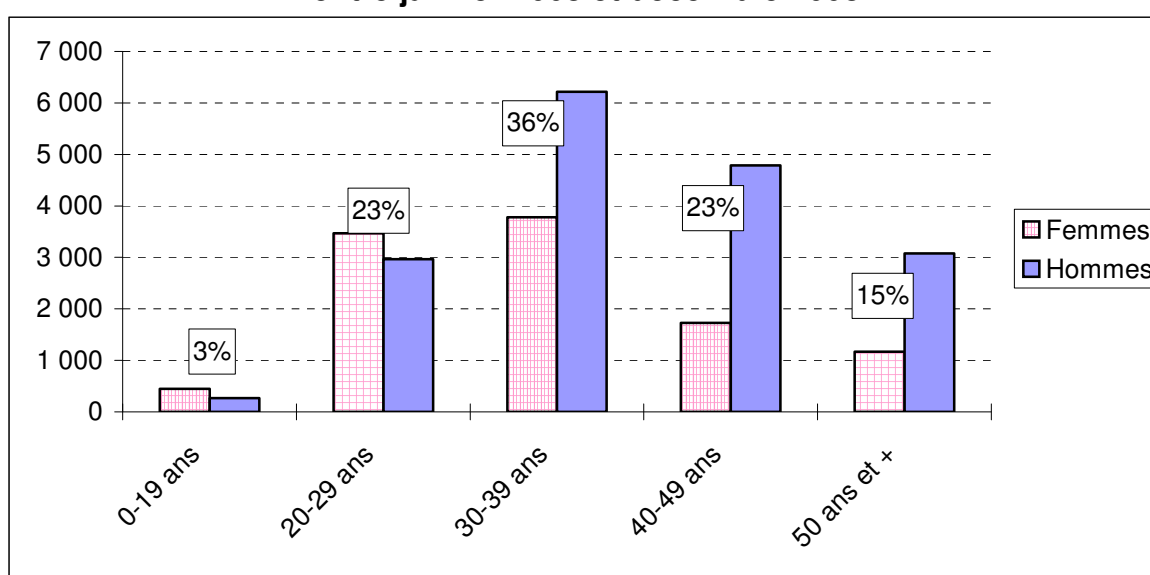
Les découvertes de séropositivité en France

La notification obligatoire du VIH, mise en place en 2003 permet de comptabiliser les nouveaux diagnostics d'infection à VIH. Entre janvier 2003 et décembre 2008, 27 901 nouveaux diagnostics ont été notifiés.

Les rapports hétérosexuels représentent le principal mode de contamination avec 64,4% des notifications suivis par les rapports homosexuels avec 32,4%. Le nombre de contaminations par relations homosexuelles augmente progressivement depuis 2003. L'usage de drogues par voie intraveineuse ne représente plus que 2,3% des nouveaux diagnostics de séropositivité. Ceci est le résultat de la politique de réduction des risques mise en place auprès de cette population.

Pour les nouveaux diagnostics de séropositivité en France, la classe d'âge 20-29 ans est la deuxième représentée avec 23% des contaminations, dont une majorité de femmes.

France - Découvertes de séropositivité par âge et par sexe entre janvier 2003 et décembre 2008



On constate que les femmes se contaminent et/ou se dépistent plus tôt que les hommes.

La situation épidémiologique en région PACA

Les indicateurs montrent une épidémie persistante en région PACA et active [10].

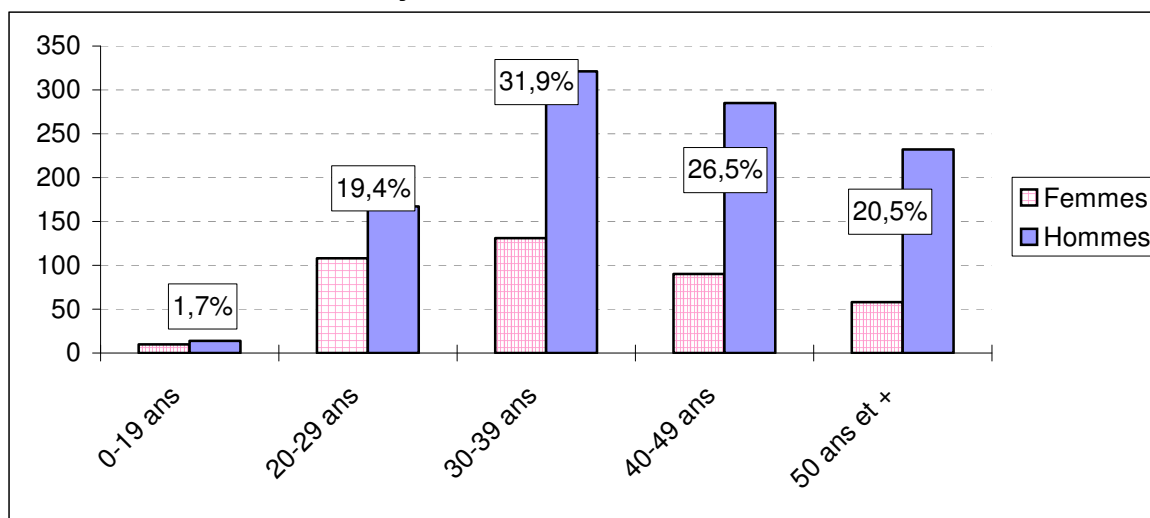
Découvertes de séropositivité VIH par département et par année de diagnostic

Département	2003	2004	2005	2006	2007*	2008*	Total
04 Alpes de Hte-Pce	4	5	9	12	12	2	44
05 Hautes-Alpes	0	4	0	1	3	0	8
06 Alpes-Maritimes	31	64	72	96	98	83	444
13 Bouches-du-Rhône	72	56	129	122	118	84	581
83 Var	34	41	48	58	32	37	250
84 Vaucluse	6	16	16	10	24	17	89
Total	147	186	274	299	287	223	1 416

* Données provisoires non redressées

Les 20-29 ans représentent 19,4% des découvertes de séropositivité en région PACA de 2003 à 2008. Cette proportion est en augmentation avec 22% des contaminations dans cette tranche d'âge en 2008.

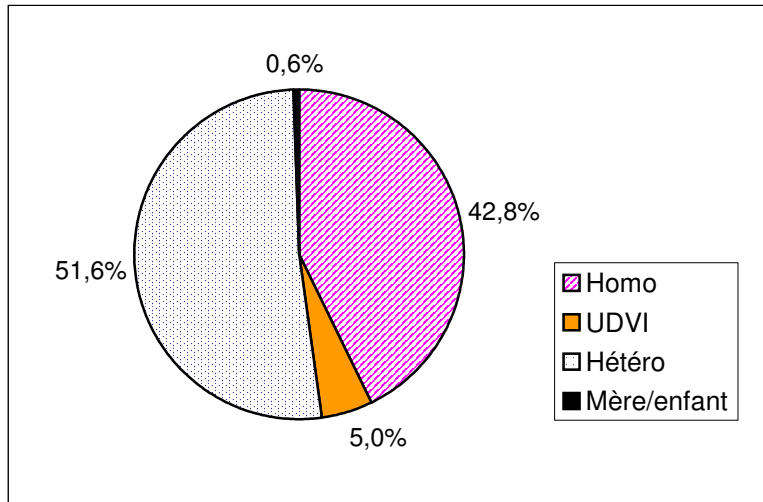
Région PACA - Découvertes de séropositivité par âge et par sexe entre janvier 2003 et décembre 2008



En région PACA, les hommes sont majoritaires dans toutes les tranches d'âges. Ce "décalage" est moins marqué chez les jeunes et 39% des découvertes de séropositivité chez les 20-29 ans concernent des femmes.

Les rapports hétérosexuels représentent 51,6% des nouvelles séropositivités entre 2003 et 2008. Les contaminations par usage de drogues par voie intraveineuse ne représentent que 5% des découvertes de séropositivité. (Pour mémoire, les UDVI représentent 42% des cas de sida cumulés en PACA.) Ceci reflète l'efficacité de la politique de réduction des risques mise en place en France et en région PACA.

Région PACA, répartition des nouvelles séropositivités par mode de contamination* entre janvier 2003 et décembre 2008



* sont prises en considération les notifications mentionnant le mode de contamination

Un relâchement des comportements préventifs

En 1996, l'arrivée des multithérapies a constitué une réelle avancée dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH, tant par l'amélioration de la qualité de vie qu'elle permet que par l'espoir qu'elle génère. Ces traitements ont changé la vie des personnes contaminées mais aussi la perception de la maladie dans la population générale. Cette évolution s'est accompagnée parfois d'idées fausses sur la guérison de la maladie et d'un relâchement des comportements préventifs. L'ensemble des études et enquêtes réalisées autour de la sexualité et du sida montre que le contexte reste toujours alarmant.

Les enquêtes KABP [6] mesurant les connaissances, attitudes et pratiques des Français attestent que le thème du sida a reculé dans l'intérêt général en particulier chez les jeunes :

- la perception de la dangerosité du sida a considérablement diminué : 46,9% des personnes craignent le sida pour elles-mêmes en 1994 contre 23% en 2004,
- même si l'image du préservatif s'améliore elle reste contrastée en 2004 : si 70% pensent que le préservatif c'est banal (contre 66% en 2001), ils sont toujours plus nombreux à affirmer que le préservatif diminue le plaisir (40% vs 35%).

Dans le dispositif d'écoute de Sida info Service, la classe d'âge la plus représentée est celle des 20-29 ans, 38% des appels au niveau régional tandis que les moins de 20 ans représentent 7% des appelants. En terme de volume d'appels, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur se maintient au deuxième rang des régions avec 10 050 entretiens menés en 2008 soit 210 entretiens pour 100 000 habitants ce qui représente 9,4% de l'ensemble des sollicitations. De façon régulière le nombre d'appels concernant une prise de risque augmente et ils représentent plus de la moitié des entretiens en 2008 (53,4%) [11 et 12].

L'activité de dépistage

L'activité de dépistage du VIH (hors don du sang) fait l'objet d'une surveillance particulière au niveau national et par région. En PACA, 84% de l'ensemble des laboratoires participent à cette surveillance.

En 2007, la région PACA est la première région de France métropolitaine devant l'Île-de-France pour le nombre de dépistages réalisés pour 1 000 habitants (111 en PACA contre 105 en IDF et 79 au niveau national).

Le nombre de sérologies confirmées positives est estimé à 10 600 en France en 2007. Ceci représente 166,9 sérologies positives par million d'habitants. Avec 150,3 sérologies positives par million d'habitants, la région PACA est la troisième région de France métropolitaine. C'est donc une région où l'activité de dépistage est importante.

Les données montrent qu'en France 8% des dépistages sont réalisés dans le cadre d'un CDAG et que 12% des sérologies positives y sont dépistées [13]. Ainsi, en région PACA en 2006, 34 241 tests ont été réalisés en CDAG avec une proportion de tests positifs de 2,3 pour 1 000 tests contre 1,4 tous dispositifs confondus.

L'analyse des données d'activité des CDAG en France sur les dernières années et l'enquête transversale CDAG réalisée en 2004 [14] montrent que les jeunes ont une fréquentation importante du dispositif. En effet, la population qui fréquente les CDAG est composée en majorité de jeunes âgés de moins de 30 ans et la moitié des consultants ont moins de 25 ans. Pour l'année 2006 sur les 305 325 tests réalisés en CDAG, 152 810 concernaient des consultants de la classe d'âge 20-29 ans (soit 50,4%) et 60 526 tests des moins de 20 ans (soit 19,82%).

LE CONCEPT DE PREVENTION

Qu'est-ce que la prévention aujourd'hui ?

L'OMS définit la santé comme un *"état complet de bien-être physique, mental et social"*. La santé serait donc la résultante de déterminants biologiques, psychologiques, culturels, économiques et sociaux. Si l'on souhaite mener des actions de prévention et de soin, il convient d'agir sur l'ensemble de ces déterminants.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la prévention de la façon suivante : *"La prévention est une action de santé qui a pour objectif d'éviter l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé, en faisant appel à des mesures de portée collective ou individuelle"*. Modifier les comportements dommageables pour la santé et proposer des choix favorables à la santé, implique de fournir à la population une information adéquate, de lui permettre d'identifier les comportements bénéfiques pour la santé et de s'approprier les moyens de se protéger. La prévention peut concerner aussi bien la société en général, un sous-groupe de population qu'un individu isolé et a pour objet d'améliorer la santé publique.

L'objectif principal de la prévention est de donner à la personne et à l'ensemble de la population les compétences et les moyens nécessaires à la gestion de la santé. La promotion de la santé est un concept relativement récent, formulé au début des années 80, consacré par la Charte d'Ottawa en 1986 [15]. La promotion de la santé recuse a priori les approches "par problème" et les distinctions habituelles entre curatif et préventif, santé physique et santé mentale, sanitaire et social. Cette charte définit la promotion de la santé

comme "le processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci".

La prévention du sida s'inscrit dans ce cadre. Les interventions de prévention appliquées à la lutte contre le sida touchent nécessairement à d'autres thèmes que celui du VIH. En effet, les notions de sexualité, de maladie, de mort sont directement reliées à ce sujet, mais aussi celles de plaisir, de désir, de respect... La difficulté de ces interventions réside certainement dans le fait qu'associer sexualité et risques, protection, maladie, voire mort, est malaisé. C'est pourquoi il est plus intéressant de mettre en place un travail plus global d'éducation à la sexualité ou d'éducation à la santé afin d'y intégrer la prévention particulière liée au VIH/sida.

Les modèles théoriques de la prévention

La prévention est une notion qui recouvre différents aspects qui sont couramment définis en trois types.

La *prévention primaire* consiste à intervenir avant qu'un problème de santé n'apparaisse et essaie ainsi de diminuer l'incidence d'une maladie au sein de la population. L'objectif est donc de briser le réseau de relations causales existant autour du problème de santé en éliminant un ou plusieurs maillons.

La *prévention secondaire* tente de détecter précocement un processus pathologique ou un problème de santé en cours de développement mais ne présentant pas encore de manifestations cliniques de sorte que grâce à une intervention précoce le pronostic puisse en être amélioré.

Enfin, la *prévention tertiaire* a pour objectif de limiter les conséquences ou symptômes d'une affection cliniquement apparente.

Les modèles théoriques [16, 17] sur lesquels se basent les actions de prévention sont extrêmement nombreux. On peut cependant distinguer deux grandes catégories parmi les plus employés.

La première manière de concevoir la prévention consiste à reprendre l'idée médicale classique de l'étiologie. Elle a pour but de faire disparaître la ou les causes des troubles. Cette démarche a historiquement été adoptée en ce qui concerne la toxicomanie, les résultats ont été peu probants compte tenu du polydéterminisme des comportements des usagers de drogue.

La seconde conduit à travailler à la fois sur les déterminants et les facteurs à l'œuvre dans la genèse des pathologies et sur les comportements eux-mêmes, mais aussi sur le fonctionnement global de l'individu dans ses dimensions bio-psycho-sociales. Cette démarche tient compte du concept de santé globale et constitue donc une nouvelle approche de la prévention préconisée aujourd'hui.

Différentes théories ont été développées par les psychosociologues pour expliquer l'éventuel changement de comportement, identifier les facteurs qui le déterminent et proposer des pistes pour l'influencer.

Doyen des modèles théoriques, le *Health Belief Model* ou *modèle des croyances relatives à la santé* est le seul à avoir été élaboré dans et pour le domaine de la santé. Les autres théories proviennent de la psychologie sociale. Le *modèle des croyances relatives à la santé* a été mis au point par Rosenstock en 1974. Il repose sur le fait que chaque individu est capable de choisir des actions susceptibles de prévenir une maladie du fait qu'il

possède des connaissances minimales en ce qui concerne sa santé, et ceci dans la mesure où il considère la santé comme une dimension essentielle de sa vie. Ainsi, les facteurs sur lesquels peut agir l'acteur de prévention sont la perception du risque et celle du rapport coût/bénéfice du comportement relatif à ce risque. Préalablement à toute action, les notions de vulnérabilité et de conséquences liées à la prise de risques doivent être perçues par le public auquel on destine une intervention de prévention. Il s'agit alors de rendre perceptibles les bénéfices susceptibles d'être obtenus par la modification du comportement, d'identifier la nature du changement devant être obtenu, d'avoir la capacité de mener à bien ce changement, et enfin de croire à l'efficacité de l'action entreprise. Dans ces conditions, des démarches de santé peuvent être appropriées à ce public.

La *théorie sociale cognitive* développée par Bandura met en avant d'autres facteurs. Pour lui, il est indispensable de croire en l'efficacité du comportement pour obtenir le résultat souhaité et en la capacité personnelle à adopter ce comportement. Cette théorie fait appel à un aspect moins rationnel du comportement humain : la confiance en soi. Bandura s'intéresse à l'interaction entre les comportements reliés à la santé. Il les considère comme le résultat d'apprentissages à partir des propositions et des actions de l'environnement de l'individu. La démarche qui sous-tend l'action de prévention vise donc à apprendre un nouveau comportement, à faire adhérer la personne à ce nouveau comportement et la convaincre de la validité de l'objectif visé.

La *théorie de l'action raisonnée* a été proposée en 1975 par Fishbein et Ajzen. Elle pose comme postulat que les choix comportementaux en matière de santé sont des choix pensés, raisonnés et agis, et que la raison et la volonté sont les moteurs du comportement. L'intention d'adopter tel ou tel comportement est le facteur décisif. Le modèle prend en compte le rôle de l'entourage et de la pression sociale dans l'adoption des comportements. Dans l'élaboration de l'intention se mêlent facteurs cognitifs (évaluer les avantages et les inconvénients des comportements envisageables), affectifs (plaisir et déplaisir), sociaux mais aussi moraux. Une démarche de prévention basée sur un tel modèle consiste donc à permettre au sujet une analyse de son comportement et de ses arguments qui le poussent à adopter un nouveau comportement.

La théorie de l'action raisonnée a été reprise par Triandis en 1977. Il note que de nombreux comportements se manifestent sans pour autant découler d'une volonté consciente. Triandis intègre à ce modèle la force de l'habitude pour élaborer la *théorie des comportements interpersonnels*. Ce modèle introduit la notion des conditions extérieures à l'individu facilitant ou compliquant l'adoption du comportement souhaité.

D'autres modèles théoriques existent. Cependant, tous ceux cités ci-dessus ont en commun le fait qu'ils supposent la capacité du sujet à agir sur ses comportements et à éventuellement les modifier. Certains comportements ne peuvent être modifiés activement par l'individu car il a sur eux un contrôle limité. A cet égard, la pharmacodépendance représente un exemple particulièrement représentatif. La démarche de prévention vise alors à analyser les possibilités d'une personne quand elle souhaite modifier un comportement. Nous limiterons donc notre approche aux modèles cités puisque les démarches de prévention appliquées à la lutte contre le sida supposent que le public auquel on destine une action est susceptible de pouvoir changer son comportement.

Au fil du temps, les modèles développés s'ouvrent sur une approche moins rationnelle, biologique et individualiste. On tend maintenant à considérer la personne humaine, dans ses dimensions biologique, psychosociale et métaphysique. En matière de prévention, un

des mots-clés est certainement le respect : respect de la personne, de ses désirs, de ses difficultés et de son itinéraire.

LA PREVENTION AUPRES DES JEUNES

Dans le contexte actuel d'épidémie de sida en France, le maintien des politiques de prévention s'impose. Ainsi les auteurs du rapport KABP [6] sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France concluent sur le fait que les résultats plaident pour une augmentation des actions de prévention sur le VIH/sida auprès des jeunes, notamment dans le cadre scolaire. D'ailleurs, 95% des personnes interrogées en 2004 déclarent être favorables au développement des programmes d'éducation sexuelle dans les écoles.

L'adolescence constitue une période de changement essentiel du point de vue de la santé. C'est un moment privilégié pour la construction des représentations liées à la sexualité et cette période est propice à l'acquisition des capacités de comportements de prévention tout au long de la vie. L'action préventive doit donc se situer dans une logique d'éducation à la vie affective et sexuelle globale en tenant compte des préoccupations essentielles ayant trait à l'intimité, à la vie sexuelle et à la vie sentimentale.

Il s'agit de donner aux jeunes les moyens de devenir des adultes responsables en les aidant à identifier et acquérir des comportements de prévention. L'adolescence est en effet un moment clé d'expérimentation et d'apprentissage des interactions sociales entre les individus notamment des sentiments amoureux et des relations sexuelles. C'est donc le moment privilégié pour identifier les risques et s'approprier les notions de prévention, de respect de l'autre et de son propre corps.

Historique des actions de prévention auprès des jeunes

Depuis le début de l'épidémie de sida, les jeunes ont été une cible privilégiée d'interventions de prévention qui ont longtemps perduré sous la forme de cours didactiques très informatifs sur les modes de transmission et l'incitation à l'utilisation du préservatif. Mais les interventions de prévention basées sur la dispensation univoque d'un message empreint d'un savoir médical n'ayant que peu d'efficacité, quel que soit le thème abordé, la prévention du sida a évolué vers un travail de réflexion sur les comportements de chacun et des formes plus participatives impliquant directement les jeunes.

Une prévention basée sur la responsabilisation des comportements s'est alors mise en place. Cette façon nouvelle et originale de penser la prévention fait d'abord appel à l'intelligence du public et à sa capacité à adapter ses comportements par rapport à un risque défini. Progressivement, les méthodes de prévention ont donc évolué vers une meilleure intégration de la notion de risque afin d'inciter le public destinataire des interventions de prévention à se responsabiliser, à gérer sa santé et en devenir acteur. La prévention des risques liés à la sexualité se démarque alors très nettement d'autres thématiques où la répression fait souvent office d'action de prévention (radars pour la prévention routière, contrôles policiers pour la consommation d'alcool au volant...).

Si des initiatives d'actions de prévention à destination des jeunes ont vu rapidement le jour dès le début de l'épidémie, un certain délai a été nécessaire avant la formalisation d'un dispositif de prévention auprès des adolescents. Ainsi, huit ans après les premières descriptions de cas de sida, la circulaire n°89-119 du 18 mai 1989 de l'Education Nationale définit la mise en œuvre au sein des établissements scolaires d'une politique d'information et de prévention en matière de santé et notamment de sida. Cette circulaire met en place des séances d'échanges et d'information autour des thèmes de la sexualité, de la contraception, du sida et des IST. Ces séances, à caractère obligatoire, ne sont pas des cours mais doivent constituer le point de départ d'une réflexion sur les démarches de prévention. Elle précise également le rôle et les missions des différents intervenants et les partenariats possibles avec des acteurs extérieurs.

L'intégration de l'éducation à la sexualité dans une politique éducative globale

La démarche d'intégrer l'éducation à la sexualité dans l'enseignement est d'autant plus importante qu'elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques liés à la sexualité (grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, VIH/sida) mais aussi légitimée par la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles, de la pornographie ou encore de la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes.

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception **[18]** confère à l'Education Nationale l'obligation de généraliser sur l'ensemble du cursus scolaire « au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées par groupe d'âge homogène ».

Depuis 2003, l'éducation à la sexualité constitue l'un des axes prioritaires du partenariat en santé publique entre les ministères chargés de la Santé et de l'Education Nationale. Son développement permet une approche éducative qui tient compte des enjeux de santé publique : prévention du sida, des IST, des grossesses non désirées, des violences sexuelles.

La circulaire du 17 février 2003 **[19]** relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées complète et précise celle du 19 novembre 1998 **[20]** relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida. Elle définit les objectifs de l'éducation à la sexualité de l'école primaire jusqu'à la fin du lycée en précisant les modalités de mise en œuvre et de pilotage du dispositif.

La circulaire du 1^{er} décembre 2003 **[21]**, sur le programme quinquennal de prévention et d'éducation à la santé des élèves, précise que la promotion de la santé en faveur des élèves est indissociable de la politique éducative globale. Elle souligne, entre autres, l'importance de développer l'éducation à la sexualité, d'informer les élèves sur les diverses sources d'information, d'orientation et de conseil existantes et prévoit d'offrir une meilleure accessibilité aux préservatifs.

Un constat mitigé

Différents textes législatifs rendent donc obligatoires des interventions sur l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire et définissent les modalités de mise en œuvre.

Cependant, le Conseil National du Sida (CNS), dans son rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine [22], fait un constat sévère sur la politique publique de prévention et ses insuffisances tant au niveau de l'engagement que de la coordination et de la cohérence des différentes politiques mises en œuvre et notamment la faible mobilisation dans le domaine de l'Education Nationale.

Il souligne notamment que si le ministère en charge de l'Education Nationale a produit différentes circulaires relatives à l'éducation affective et sexuelle, leur mise en œuvre fait souvent défaut et leur application se fait de manière disparate selon les académies et les établissements. Ce rapport met ainsi en évidence l'existence de situations hétérogènes en fonction des politiques régionales, du bon vouloir des chefs d'établissements et de l'implication, souvent basée sur le volontariat, des différents membres des équipes pédagogiques.

Face à ce constat, le dernier rapport des experts français sur la prise en charge de l'infection à VIH [23] recommande « *de renforcer les actions de prévention sur le VIH/sida auprès des jeunes, notamment dans le cadre scolaire, et de mieux faire connaître l'existence du dispositif de dépistage anonyme et gratuit* ».

D'autre part, les politiques de santé en direction des jeunes tendent souvent à se résumer à des actions d'information ou de prévention auprès des jeunes s'inscrivant dans un cursus scolaire standard. Dans ce contexte, il faut s'interroger sur la situation des jeunes suivant une formation professionnelle et plus encore de ceux se trouvant aujourd'hui en dehors du système scolaire ou le quittant prématurément. Il apparaît donc nécessaire de renforcer les actions de prévention auprès de ces populations.

QUELLES STRATEGIES ADOPTER DANS LA PREVENTION DU SIDA ?

Modifier les comportements sexuels reste à ce jour le seul moyen de lutte contre la transmission sexuelle de l'épidémie du sida. Il est indispensable de ne pas se reposer sur les seules campagnes d'information grand public mais d'agir par des actions de proximité, des dispositifs d'écoute, des actions communautaires. L'évolution est lente car il est difficile de communiquer sur un concept relevant strictement de la sphère privée, la sexualité.

Modifier les comportements implique de savoir identifier les pratiques à risques. De plus, il est important de renoncer à l'illusion d'un risque nul puisque chaque individu est susceptible de se trouver face à des situations à risques à différents moments de sa vie et selon les relations dans lesquelles il s'engage. Ce qui va primer est sa capacité à gérer la situation qui se présente.

Il s'agit de donner aux jeunes les moyens d'un choix éclairé dans leur comportement et la possibilité de l'adapter en fonction des situations qu'ils sont amenés à vivre. Pour ce faire il faut leur apporter des connaissances de base pour leur permettre d'identifier les risques éventuels et les modes de prévention, mais aussi les moyens de s'appropriier ces comportements de prévention en fonction de ce qu'ils sont. Leur personnalité, leur bagage éducatif, leur vécu sentimental, leurs expériences au niveau de la sexualité vont jouer un rôle dans leur capacité à agir.

Outre les connaissances théoriques, d'autres facteurs peuvent influencer les comportements d'un individu : les normes comportementales du groupe auquel il appartient, mais aussi ses engagements et ses actes.

Différentes stratégies d'intervention

A partir des facteurs identifiés ci-dessus pouvant influencer les comportements d'un individu, il est possible d'identifier trois stratégies d'interventions : le modèle informatif, le modèle communautaire et la théorie de l'engagement.

- Le modèle informatif

Ce modèle se caractérise par la transmission d'un savoir sous forme de cours ou de conférence par exemple. C'est l'exemple type du système d'échange unidirectionnel à deux étages entre l'intervenant qui est identifié comme l'expert qui a la connaissance et qui va la transmettre aux jeunes qui sont considérés comme « ignorants ». "Je sais et je vais vous expliquer".

On peut se demander quel impact a ce type d'intervention didactique sur les comportements de prévention. En effet, le fait d'avoir les connaissances théoriques sur une problématique ne suffit pas à adopter le « bon » comportement dans la pratique. Se pose également la question de la légitimité de l'expert en matière de comportement.

- Le modèle communautaire

Au lieu de travailler uniquement sur l'individu, ce qui aboutit souvent à une stigmatisation de mauvais comportement, ce modèle va agir sur la norme du groupe auquel appartient l'individu. L'animateur va mettre en place un débat dont les échanges vont faire évoluer la norme de l'ensemble du groupe. Pour continuer à appartenir à ce groupe, les individus vont adhérer au comportement identifié comme étant le bon comportement. Il devient alors plus facile pour les individus à l'intérieur du groupe de changer de pratiques. L'intervenant a plus un rôle d'animateur des débats que d'expert, même s'il est important qu'il puisse apporter l'information nécessaire ou trancher quand les avis sont partagés. A partir de situations concrètes, le groupe va trouver des possibilités de solutions en terme de comportements. Dans ce modèle participatif, la position de l'intervenant n'est plus dominante mais centrale, et il s'efface devant l'expertise du groupe, les solutions sont proposées par le groupe et validées par le groupe. L'intérêt du modèle communautaire est de travailler avec les personnes autour d'une réflexion commune qui leur permet de réfléchir à leurs propres comportements face à une situation identique. Les solutions avancées sont toutes plus ou moins conformes à leur façon de fonctionner.

L'identification est une des bases du modèle communautaire qui sous-tend les actions d'auto-support par exemple.

- La théorie de l'engagement

Cette stratégie part du principe que l'individu n'est pas engagé uniquement par son savoir et par son appartenance à un groupe social mais aussi par ses actes. Plutôt que de lui demander d'entrée de jeu de changer de comportement (par exemple, mettre un préservatif), on va lui permettre de s'engager indirectement à travers un acte plus anodin (comme participer à un concours d'affiches ou de slogans de prévention). La personne va

alors mettre un pied dans un engrenage où pour trouver le bon message, elle va devoir trouver des informations adéquates et se les approprier. Quand elle va formuler ses idées, elle va être amenée à réfléchir à ses propres comportements et être obligée d'adapter ses pratiques, surtout si elle est portée en exemple. Le gagnant d'un concours de pochettes de préservatifs ne pourra pas se comporter différemment du modèle qu'il a lui-même réalisé. Dans ce type d'intervention de prévention, on n'a plus besoin d'expert, sauf au départ pour mettre en place l'action. La création du message de prévention rend ensuite à chacun la responsabilité de son comportement et de ses prises de décisions.

Les intervenants

Les interventions d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention du sida auprès des jeunes peuvent être réalisées par différents professionnels. Ainsi différents personnels de l'Education Nationale [24], enseignants, conseillers principaux d'éducation, infirmier(e)s scolaires assurent des interventions dans le milieu scolaire, éducateurs et différents professionnels du secteur médico-social s'investissent dans les établissements et dispositifs spécialisés. On dénombre également beaucoup d'actions sur les thématiques de la sexualité et de la prévention menées par des professionnels intervenant auprès des jeunes, animateurs culturels, réseau information jeunesse, animateurs sportifs...

Parfois en milieu scolaire, les interventions de prévention autour de la vie affective et sexuelle sont réalisées par des enseignants et revêtent la forme d'un cours de biologie classique, comme dans le modèle informatif décrit ci-dessus.

Parler de sexualité avec des adolescents suppose d'abord de leur reconnaître le droit à une sexualité, ce qui est parfois difficile dans le positionnement de parents par exemple. En France la majorité sexuelle est définie par la loi à partir de 15 ans.

Parler de sexualité avec des adolescents implique également d'accepter leur regard sur notre propre sexualité. En effet si l'intervenant va parler d'une manière générale de "la" sexualité, les jeunes pensent toujours qu'il répond en fonction de son expérience et transposent toutes les situations évoquées comme faisant partie du quotidien de leur interlocuteur. Ils posent alors un regard "voyeur", qui met parfois mal à l'aise les enseignants qui vont les côtoyer ensuite tout au long de l'année.

Mettre en place une action ou une intervention de prévention auprès des jeunes, c'est aussi leur reconnaître la capacité de réfléchir, d'adopter des comportements responsables et leur en donner les moyens.

La formation d'un intervenant de prévention doit lui permettre de s'interroger sur ses propres représentations de la sexualité [25] et d'être conscient des présupposés et des idéologies qui sont les siens pour ne pas être tenté de transmettre sa vision de la sexualité dans le débat. Il est nécessaire également que les adolescents puissent s'exprimer librement autour de la sexualité sans avoir l'impression d'être jugés, en particulier par un adulte qui aurait autorité sur eux, enseignant, CPE...

Les échanges lors d'une intervention doivent permettre aux jeunes de réfléchir, de donner du sens à leurs comportements, d'identifier les freins et les résistances aux facteurs de prévention. Le souci est de faire de l'adolescent, non pas un récepteur passif d'informations, mais un acteur en situation [26]. Nous ne sommes plus dans l'injonction d'un comportement à risque zéro. Chaque jeune doit pouvoir, en fonction de ses propres représentations, de ses valeurs et de ses capacités, trouver la stratégie de prévention adéquate et qui lui correspond, à ce moment de sa vie.

Pour prendre en compte tous ces éléments et la réalité de disponibilité des personnels, beaucoup d'établissements scolaires et de formation font appel à des intervenants extérieurs, venant d'associations ou d'organismes spécialisés dans l'éducation à la santé et la prévention [24].

QUELLES TECHNIQUES ET QUELS OUTILS UTILISER DANS LES INTERVENTIONS AUPRES DES JEUNES ?

L'intervenant a pour rôle de sensibiliser les jeunes au problème du sida, d'aider à la réflexion et de les amener à trouver et partager leurs propres solutions pour adopter un comportement préventif adapté. L'objectif, à travers l'échange autour de situations qu'ils peuvent être amenés à rencontrer, est de les faire réfléchir, de leur donner les moyens d'adapter leurs comportements et/ou d'adopter des comportements de prévention.

Pour susciter un débat avec les jeunes et entre jeunes, l'intervenant va en fonction de sa personnalité et de ses compétences propres utiliser différentes techniques et outils pédagogiques.

Le brainstorming

Cette technique peut être utilisée en début de séance car elle permet d'avoir une notion des connaissances et des représentations du groupe sur le sujet.

Il s'agit de faire réagir le groupe au mot « sida ». Ainsi, l'animateur sollicite les participants en leur demandant « Quel est le mot qui vous vient à l'esprit quand on vous dit sida ? ». Tous les jeunes participent lors d'un ou plusieurs tours de table. Tous les mots sont notés au tableau tels qu'ils sont exprimés par les élèves, afin de repérer leurs représentations et leurs connaissances sur le sida.

Cette phase est souvent un moment-clé dans le déroulement de l'intervention, car les jeunes testent les limites des intervenants en donnant des mots de leur langage, leur vocabulaire, souvent sur le mode de la provocation. Ces mots sont inscrits au tableau sans sanction ni remarque, ce qui dans un premier temps, étonne la plupart des jeunes puis cela semble les mettre à l'aise pour instaurer des rapports francs et sans tabous avec l'animateur.

A la suite de ce tour de table, un regroupement des mots est effectué par thèmes, une discussion s'installe, orchestrée par l'animateur et à laquelle il participe par la mise à jour des connaissances.

D'autres techniques telles que le photolangage, les petits papiers où les jeunes posent leurs questions anonymement, existent et offrent à l'intervenant une large palette de choix pour lancer le débat. Il utilise la méthode la mieux adaptée au public qu'il anime, mais aussi celle qui, dans ce contexte, lui correspond le mieux tant au niveau de ses compétences que de sa personnalité.

Le débat théâtralisé

Le théâtre-forum constitue un outil préventif intéressant et performant [27]. Le public des interventions théâtrales comprend généralement plusieurs classes d'un établissement scolaire. Un débat théâtralisé peut être organisé pour un public de 50 à 100 personnes selon la salle, et propose aux jeunes une approche différente de la prévention.

Le principe est simple : les comédiens jouent des saynètes sur les thématique que l'on veut débattre. Chaque scène présente une situation dans laquelle un des personnages est en difficulté : « Comment proposer le préservatif à son partenaire ? Comment faire prendre conscience des risques pris et de l'intérêt du dépistage ? Comment réagir face à la séropositivité ? ». Lorsque les saynètes sont rejouées, les jeunes peuvent à tout moment arrêter la scène pour intervenir et proposer une alternative. Le meneur de jeu incite les jeunes à venir eux-mêmes jouer la scène pour faire avancer la situation et trouver une issue positive.

Le but étant de sensibiliser et d'informer les jeunes sur les problématiques du sida en abordant les thèmes de l'amour, la peur, l'indifférence, le manque de dialogue, l'insouciance. Sous une forme en apparence plus légère et plus ludique, le débat théâtralisé n'en demeure pas moins efficace quant à la réflexion sur les comportements devant les différentes situations. L'implication des jeunes est évidente au vu des réactions suscitées.

Des évaluations [28] menées autour de cette technique ont mis en évidence l'impact important du débat théâtralisé tant pour les spectateurs-acteurs que pour les jeunes qui restent à leur place. Ces derniers vivent la situation de manière plus ou moins intériorisée et élaborent des réponses et des stratégies parfois plus critiques que le volontaire grâce au recul permis par la place d'observateur. Cependant, comme toute autre technique utilisée dans les interventions, il ne doit pas être considéré automatiquement comme "la" clef de la réussite de toute action de terrain. Il constitue un outil d'aide à l'expression et en tant que tel doit être intégré à une intervention réfléchie, organisée et adaptée au contexte dans lequel elle se déroule.

Le support audiovisuel

Le support d'une vidéo peut aussi être intéressant. Les films à la disposition des intervenants sont de différents types : à caractère scientifique et médical, pédagogique, apportant un témoignage, de fiction etc. Si le film est bien choisi, sa durée garantit à l'animateur de capter l'attention du groupe pour ensuite l'amener à réfléchir à différents thèmes abordés.



Les intervenants du CRIPS privilégient souvent le support audiovisuel en utilisant principalement la cassette vidéo « 3000 scénarios contre un virus », réalisée par le CRIPS Ile-de-France en 1995 dans le cadre d'un concours de scénarios réalisé auprès de jeunes. Les jeunes apprécient ces courts-métrages qui mettent en scène des situations de la vie quotidienne auxquelles ils peuvent facilement s'identifier. Le choix du film dépend de son utilisation au cours de l'intervention mais aussi de la composition du groupe, son niveau d'étude et de l'âge des participants.

Exemple de différents courts-métrages :

- « **Déshabille-toi que je t'habille** » de Florence Strauss, permet avec les plus jeunes d'aborder la première fois et ses difficultés particulières.
- « **La pharmacie** » de Gérard Jugnot, à partir d'un comique de situation permet d'évoquer la difficulté d'acheter des préservatifs et le regard des autres.
- « **Avant ...mais après** » de Tonie Marshall avec Mathieu Kassovitz. L'identification à la situation, pour les jeunes, est facilitée par le langage employé, les comportements et attitudes des protagonistes et le contexte (un établissement scolaire). Ce film aborde l'usage du préservatif, mais il met surtout en évidence le fait que rien ne différencie un séropositif d'une personne non contaminée.
- « **Bavardage en sida mineur** » de Virginie Thévenet avec Chiara Mastroïani. Ce court métrage interroge sur les notions de fidélité, de confiance et sur la place de la prévention dans le couple et à l'extérieur du couple.

Le jeu de cartes

Le jeu de cartes "Sida : que savons-nous ?" utilisé par le CRIPS a été réalisé par la CPAM de Clermont-Ferrand et le CADIS-CRIPS Auvergne en 1989 et remis à jour en 2006. Une trentaine de cartes sous forme de dessins humoristiques présentent des situations potentiellement à risques pour la transmission du VIH et des IST.



Les participants doivent évaluer le risque de transmission du VIH dans la situation présentée sur la carte.

L'animateur n'impose pas de réponses mais favorise l'argumentation et renvoie les questions vers les jeunes afin qu'ils aboutissent en groupe à la ou les bonne(s) réponse(s). Cet exercice permet de vérifier et de compléter les connaissances à propos des modes de transmission du VIH. En plus, le travail en groupe permet surtout une mise en situation et une réflexion personnelle pour mettre en œuvre un comportement de prévention.

Ce n'est pas tant la situation qui crée un risque que le comportement de l'individu, par exemple : utiliser ou non un préservatif. Cet outil permet ainsi de revenir sur certaines représentations à l'égard de groupes plus ou moins stigmatisés : les usagers de drogue, les homosexuels ou les prostituées.

Cet outil se place sur un mode répétitif de réflexion : dans une situation donnée, que puis-je faire pour ne pas prendre de risque ? Quel comportement adopter ? L'objectif est que les jeunes prennent conscience que le risque dépend de leur choix, de leur décision, non pas de la situation présentée et donc que c'est eux qui en ont la maîtrise.

Le manège enchanté

Cet outil, inventé et diffusé par le CRIPS Ile-de-France, permet une démonstration de la pose correcte du préservatif. Il favorise aussi une discussion sur le corps, les organes génitaux masculins et féminins ainsi que la notion souvent évoquée de norme en matière de taille et de forme.



Le manège enchanté donne la possibilité d'alimenter des débats riches et variés qui permettent de situer le préservatif dans un ensemble préventif et relationnel plus vaste : comment proposer le préservatif, comment en discuter avant de l'utiliser, qui doit le mettre ?

Des réticences ou des difficultés à l'usage du préservatif sont souvent exprimées et le débat avec le groupe permet d'enrichir les solutions individuelles face aux obstacles.

Les brochures

Des brochures peuvent être mises à disposition en fin de séance. Elles viennent en complément de l'action et permettent de laisser une trace écrite. Les brochures doivent être choisies en fonction du public cible.

- « Sexualité - Prévention »



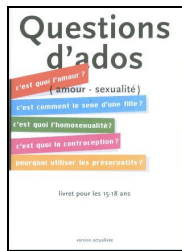
Cette brochure a été réalisée par le CRIPS PACA dans le cadre du programme prioritaire « Prévention des risques liés à la sexualité en direction des jeunes » soutenu par la Région PACA. Elle apporte informations et conseils aux jeunes autour de la sexualité, des moyens de contraception en général et plus particulièrement du préservatif masculin et féminin, de la transmission du VIH et de son dépistage.

- « Les filles – les garçons »



Cette brochure est éditée et diffusée par le CRIPS Ile-de-France. Elle propose aux jeunes filles et garçons une ensemble d'informations et de conseils liés à la puberté et l'entrée dans la sexualité : les modifications physiologiques, la découverte et l'acceptation de son corps, la contraception et la prévention des IST et du VIH.

- « Questions d'Ados »



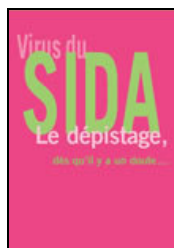
Cette brochure, diffusée par l'INPES et créée en collaboration avec le CRIPS Ile-de-France, est destinée aux adolescents de 15 à 18 ans. Elle reprend sous la forme de recueil toutes les questions que se posent les jeunes sur l'amour, le corps, la sexualité, la contraception, les maladies.

- « Le petit livre des infections sexuellement transmissibles »



Cette brochure est éditée et diffusée par l'INPES. Elle présente les différentes Infections Sexuellement Transmissibles : signes, diagnostic et complications.

- « Virus du sida, le dépistage, dès qu'il y a un doute... »



Cette brochure est éditée et diffusée par l'INPES. Ce dépliant synthétise les informations nécessaires sur le test de dépistage.

De nombreuses autres brochures peuvent être mises à disposition, en particulier les cartes de Sida Info Service avec le numéro anonyme et gratuit, et les cartes listant les coordonnées des CDAG par département.

Affiches « Les jeunes parlent du sida »



Ensemble des 8 affiches gagnantes du concours « Les jeunes parlent du sida » organisé par le CRIPS PACA du 14 septembre au 24 octobre 2009. Ce concours a donné la parole aux jeunes en les invitant à s'exprimer sur la prévention du sida. La diversité et la richesse des modes d'expression et des messages de ce collecteur offre un support d'échanges et de réflexion.

Les préservatifs

Des préservatifs peuvent également être mis à disposition en fin d'intervention. Cette attention est très appréciée par les jeunes qui expriment souvent des remarques sur le coût des préservatifs et la difficulté de s'en procurer.

Trouver le préservatif dans un maximum d'endroits de la vie quotidienne, c'est l'assurance de voir son usage devenir un réflexe. C'est vers les jeunes que doivent tout particulièrement se tourner les efforts afin que le réflexe préservatif puisse s'acquérir dès le début de la sexualité.

Aussi, l'Education Nationale s'est impliquée dans l'installation des distributeurs de préservatifs à 0,20€ à travers une circulaire d'incitation adressée aux recteurs d'Académie à l'occasion du 1^{er} décembre 2006. Cependant, tous les établissements ne se sont pas encore mobilisés. Un état des lieux effectué par la Direction Générale de l'enseignement scolaire, fin juin 2007, montre au niveau national 874 distributeurs installés pour 2 559 lycées soit un taux moyen de 34%. Une nouvelle circulaire du Ministère de l'Education Nationale, la circulaire 2007-172 du 15 novembre 2007 [29], est donc venue compléter le dispositif demandant l'installation de deux distributeurs de préservatifs à 20 centimes dans chaque établissement et ce, avant les vacances de printemps 2008. Elle rappelle également l'importance de la prévention et de l'éducation sur les thématiques de la sexualité et du sida.

CONCLUSION

Les données épidémiologiques de l'infection à VIH/sida et les différentes enquêtes et études réalisées autour de la sexualité montrent un relâchement des comportements et attitudes de prévention. En effet, l'ensemble des indicateurs dont nous disposons montre une reprise des comportements sexuels à risques et une épidémie de sida toujours active en région PACA.

Au fil du temps, les modèles de prévention développés se sont ouverts sur une approche moins rationnelle, biologique et individualiste. On tend maintenant à considérer la personne humaine, dans ses dimensions biologique, psychosociale et métaphysique. L'action préventive doit donc se situer dans une logique d'éducation à la sexualité en tenant compte des préoccupations essentielles ayant trait à l'intimité, à la vie sexuelle et à la vie sentimentale. Il est évident que les interventions de prévention ne s'improvisent pas et sont l'affaire de professionnels formés, compétents et rompus à ce type d'exercice.

Les jeunes constituent une cible de prévention privilégiée précisément parce l'adolescence constitue une période de changement essentiel du point de vue de la santé. En effet, c'est à cette période que se construisent les représentations liées à la sexualité et elle est propice à l'acquisition de comportements de prévention tout au long de la vie.

Dans le contexte actuel de moindre préoccupation des pouvoirs publics vis-à-vis du sida, il faut rester vigilant sur l'implication dans la prévention auprès des jeunes, afin de les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle et collective, permettant l'appropriation de comportements de prévention, au moment de l'entrée dans la sexualité.

BIBLIOGRAPHIE

Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique d'auteur physique ou moral. Tous les documents référencés sont disponibles et consultables dans les deux centres de documentation du CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

ADOSEN

De la prévention du sida à l'éducation à la sexualité

ADOSEN : L'éducation au service de la santé, 2006, n°152, pp. 3-13

AGENCE NATIONALE DE RECHERCHES SUR LE SIDA ET LES HEPATITES VIRALES, INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE, INSTITUT NATIONAL D'ETUDES DEMOGRAPHIQUES

Premiers résultats de l'enquête CSF, Contexte de la sexualité en France

Paris : ANRS, 2007, 27 p.

AIDES

AIDES avec les jeunes : pour une prévention de proximité

Paris : AIDES, 1995, 109 p.

[25] ATHEA N, COUDER O

Parler de sexualité aux ados : une éducation à la vie affective et sexuelle

Paris : Editions Eyrolles, CRIPS Ile-de-France, 2006, 310 p.

[26] ATHEA N, UGIDOS A

Jeunes : l'éducation sexuelle, préalable à la prévention

La Santé de l'homme, 2005, n°379, pp. 15-17

[1] BAJOS N dir., BOZON M dir.

Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé

Paris : La Découverte, 2008, 609 p.

BAJOS N, BOZON M, FERRAND A

La sexualité aux temps du sida

Paris : Presses Universitaires de France, Coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1998, 494 p.

[4] BAJOS N, MOREAU C, LERIDON H, FERRAND M

Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?

Population & Sociétés, 2004, n°407, 4 p.

BANTUELLE M dir., DEMEULEMEESTER dir.

Référentiel de bonnes pratiques : Comportements à risques et santé : agir en milieu scolaire

Saint-Denis : INPES, 2008, 132 p.

[6] BELTZER N, LAGARDE M, WU-ZHOU X et al.

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France : évolutions 1992-1994-1998-2001-2004 (étude ANRS-EN15-KABP 2004)

Paris : ORS Ile-de-France, ANRS, 2005, 204 p.

[17] BONTEMPS R, CHERBONNIER A, MOUCHET P, TREFOIS P

Communication et promotion de la santé : aspects théoriques, méthodologiques et pratiques

Bruxelles : ASBL Question Santé, 1998, 192 p.

[3] BROCAS A-M dir., OLIER L dir.

Conférence biennale sur la santé des jeunes

Paris : DREES, 2009, 36 p.

BROUSSOULOUX S, HOUZELLE-MARCHAL N

Education à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet

Saint-Denis : INPES, 2007, 139 p.

CONSEIL GENERAL DU VAL-DE-MARNE
Vie affective et sexualité des adolescents au collège
Créteil : Conseil Général du Val-de-Marne, 2004, 88 p.

[22] CONSEIL NATIONAL DU SIDA
Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine suivi de recommandations pour une meilleure application de la politique publique de prévention de l'infection à VIH
Paris : CNS, 2005, 79 p.

CONVAIN C, FREVILLE V
La santé des jeunes : tome 1 - Etat des lieux
Paris : INJEP, 2008, 161 p.

CONVAIN C, FREVILLE V
La santé des jeunes : tome 2 - Prévention
Paris : INJEP, 2008, 178 p.

CRAES-CRIPS Rhône-Alpes, RECTORAT DE LYON, RECTORAT DE GRENOBLE
Actes du colloque - Education à la sexualité : rôle des professionnels dans les institutions
Lyon : CRAES-CRIPS Rhône-Alpes, 2002, 166 p.

CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur, URCAM
Méthodologie et évaluation d'actions ou de programmes de santé publique
Marseille : CRES PACA, 2005, CDRom

CRIPS Ile-de-France
La place de l'homosexualité dans l'éducation sexuelle en milieu scolaire
La lettre du CRIPS Ile-de-France, 2002, n°63, 8 p.

[27] CRIPS Ile-de-France
Le théâtre dans la prévention, intérêts et limites : 36ème rencontre du CRIPS
La lettre du CRIPS Ile-de-France, 1999, n°52, 8 p.

[10] CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur
Actualités épidémiologiques – 1^{er} décembre 2009, journée mondiale de lutte contre le sida
Marseille : CRIPS PACA, 2009, 10 p.

CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur
Distributeurs de préservatifs à 20 centimes
Marseille : CRIPS PACA, 2008, 6 p.

DARMON L
L'information sur le sida dans les collèges et les lycées : de la prévention à l'éducation à la sexualité?
Le Journal de la Démocratie sanitaire, 2004, n°165, pp. 10-14

DARMON L
ISC Solirace : un tour de France pour la prévention
Le Journal du sida, 2005, n°176, pp. 31-32

DUMAS D
La sexualité des ados racontée par eux-mêmes
Paris : Hachette, 2009, 254 p.

HAUT CONSEIL DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE, NISAND I, TOULEMON L
Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures
Paris : HCPF, 2006, 25 p.

INSTITUT FRANÇAIS D'OPINION PUBLIQUE
Les jeunes face au sida : représentations et comportements face à l'épidémie
Paris : IFOP, 2007, 38 p.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance, 1996-2005

Saint-Maurice : InVS, 2007, 159 p.

[14] INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, LE VU S, SEMAILLE C

Dépistage anonyme et gratuit du VIH : profil des consultants de CDAG en 2004, enquête épidémiologique transversale

Saint-Maurice : InVS, 2006, 36 p.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, AGENCE NATIONALE DE RECHERCHES SUR LE SIDA ET LES HEPATITES VIRALES

Enquête Presse Gay 2004

Saint-Maurice : InVS, 2007, 132 p.

[5] INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE

Contraception : que savent les français ?

Saint-Denis : INPES, 2007, 10 p.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE

A propos des démarches participatives en éducation pour la santé et de quelques supports

In : Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes

Paris : Les Editions Inserm, 2001, pp. 79-98

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE

Prévention des comportements sexuels à risque

In : Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes

Paris : Les Editions Inserm, 2001, pp. 135-155

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE

Synthèse et recommandations

In : Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes

Paris : Les Editions Inserm, 2001, pp. 187-226

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE SOCIALE ET PREVENTIVE, KLAUE K

Populations particulières pour la prévention du VIH/sida : jeunes, revue de la littérature

Lausanne : IUMSP, 2004, 97 p.

[13] LE VU S, SEMAILLE C

Dépistage anonyme et gratuit du VIH en France, 2006

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2008, n°7-8, pp. 49-52

LERT F

Traiter de l'homosexualité en milieu scolaire

In : Homosexualités au temps du sida : tensions sociales et identitaires

Paris : ANRS, 2003, pp. 169-179

LYDIE N dir.

Prévention du sida : de multiples défis à relever

La Santé de l'homme, 2005, n°379, pp. 10-53

[20] MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

Circulaire n°98-234 du 19 novembre 1998 relative à la santé scolaire : éducation à la sexualité et prévention du sida

Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 1998, n°46

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

Repères pour l'éducation à la sexualité et à la vie

Paris : Ministère de l'Education nationale, 2000, 72 p.

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE
Éducation à la sexualité : guide d'intervention pour les collèges et les lycées
Paris : CNDP, Coll. Repères, 2005, 64 p.

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE
L'éducation à la sexualité au collège et au lycée : guide du formateur
Paris : CNDP, 2004, 55 p.

[29] MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE
Education à la santé : journée mondiale de lutte contre le sida – 1^{er} décembre 2007 : circulaire 2007-172
Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 2007, n°42

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE
Education à la santé : journée mondiale de lutte contre le sida – 1^{er} décembre 2008 : circulaire 2008-153
Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 2008, n°44

[21] MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE
La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation : circulaire n°2003-210 du 1er décembre 2003
Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 2003, n°46

[19] MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE
L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées : circulaire n°2003-027 du 17 février 2003
Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 2003, n° 9

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES
Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008
Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 2005, 83 p.

[18] MINISTERE DE LA SANTE - MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
Journal officiel de la République française, 2001, n°156, pp. 10823-10827

[2] MOREAU C, LYDIE N, WARSZAWSKI J et al.
Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée
In : Baromètre santé 2005
Saint-Denis : INPES, 2008, pp. 329-353

[9] OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE Provence-Alpes-Côte d'Azur
Comportements de santé des étudiants de première année inscrits dans les universités de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur
RepèreSanté, 2007, n°14, 6 p.

[8] OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE Provence-Alpes-Côte d'Azur
Sexualité, contraception et IVG chez les jeunes de 15-24 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur
RepèreSanté, 2006, n°10, 4 p.

[15] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé
Genève : OMS, 1986, 3 p.

[16] PARQUET P-J
Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives
Vanves : CFES, Coll. Dossiers Techniques, 1997, 107 p.

PELEGE D dir.
Education sexuelle à la sexualité, de l'intime au social
La Santé de l'Homme, 2001, n°356, pp. 11-37

[24] PELEGE D, PICOD C

Eduquer à la sexualité : un enjeu de société

Paris : Dunod, 2006, 262 p.

PICOD C, GUIGNE C

Education à la sexualité au collège

Grenoble : CRDP de l'académie de Grenoble, Coll. Vie scolaire, 2005, 232 p.

PIET E, LELU B

L'éducation à la sexualité

Adosen : l'éducation au service de la santé, 2004, n°146, numéro spécial, 15 p.

ROCHIGNEUX J-C, BERGER D

Enseignement adapté : les difficultés de l'éducation à la sexualité

La Santé de l'homme, 2008, n°394, pp. 46-48

[28] RUDELIC-FERNANDEZ D

Le théâtre-forum comme outil préventif : évaluation des interventions théâtrales de prévention VIH dans les lycées et les CFA d'Ile-de-France

Paris : CRIPS Ile-de-France, 1998, 55 p.

SIDA INFO SERVICE

Jeunes, sexualité et prévention du VIH : étude sur les appels reçus à Sida Info Service

Paris : SIS, 2005, 8 p.

[11] SIDA INFO SERVICE

Sida info Service : rapport annuel 2007

Paris : SIS, 2008, 42 p.

[12] SIDA INFO SERVICE PACA

Les appels de la région PACA sur Sida Info Service en 2008

Marseille : SIS PACA, 2009, 3 p.

TREMBLAY R dir., BESLOT J, DAL MORO M, GUINARD M, LAGACHERIE O

Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels : tome 1, l'adolescence

Ramonville-Saint-Agne : Erès, 1998, 162 p.

UGIDOS A, HEARD M

Politiques de prévention

In : Sida : édition 2007

Rueil-Malmaison : Doin, 2007, pp. 693-701

[7] VILAIN A

Les interruptions volontaires de grossesse en 2006

DRESS, Etudes et résultats, 2008, n°659, 6 p.

[23] YENI P dir.

Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, rapport 2008 : recommandations du groupe d'experts

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2008, 412 p.

Tous les outils et brochures présentés dans la dernière partie du dossier sont disponibles dans les deux centres de documentation du CRIPS PACA.



**Centre Régional d'Information
et de Prévention du Sida**
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Site web : <http://paca.lecrips.net>

Nos deux centres de documentation :

Marseille :

18, rue Stanislas Torrents

13006 Marseille

☎ 04 91 59 83 83

☎ 04 91 59 83 99

eMail : cripspaca.marseille@lecrips.net

Nice :

6, rue de Suisse

06000 Nice

☎ 04 92 14 41 20

☎ 04 92 14 41 22

eMail : cripspaca.nice@lecrips.net

Heures d'ouverture

**14h-18h, du lundi au jeudi, 14h-17h le vendredi
le matin sur rendez-vous**