

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2008

N° 22

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Qualification en Médecine Générale**

par

**Véronique BARTHÉLEMY**

née le 25 Août 1979 à La Roche sur Yon - Vendée

---

Présentée et soutenue publiquement le 3 juillet 2008

---

**IMPACT D'UNE ACTION DE PRÉVENTION  
SUR LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES  
AUPRES D'UN GROUPE D'ADOLESCENTS.**

---

Président de jury : Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Dominique REMY

## TABLE DES MATIERES

Introduction		p 6
Chapitre 1	Les préventions des infections sexuellement transmissibles	p 8
	1. Constat de départ	p 8
	2. Le préservatif : préventif, palliatif ou dérivatif ?	p 10
	3. En Ouganda, victoire de l'abstinence sur le sida	p 16
	4. Education affective et comportement sexuel des adolescents	p 19
	5. Une utopie, la chasteté chez le jeune ?	p 22
Chapitre 2	Descriptif de l'étude.	P 26
	1. Population étudiée	p 26
	2. Méthode utilisée	p 27
Chapitre 3	Contenu de l'intervention : présentation et temps d'échange	p 33
Chapitre 4	Présentation des résultats des questionnaires	p 56
Chapitre 5	Analyse des résultats et discussion	p 68
Conclusion		p 75
Annexes		p 76
Bibliographie		p 80



## Introduction

Pour la validation du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale, le département de médecine générale demande aux internes la réalisation d'une dizaine de Récits de Situations Complexes et Authentiques (RSCA)<sup>1,2</sup>. Partant d'une situation vécue, l'interne est amené à décrire les faits comme il le fait dans une observation habituelle, mais en personnalisant cette description : c'est lui qui raconte. Il y ajoute donc ses perceptions, il décrit qui est ce patient, comment il vit, ce qu'il ressent, comment s'établissent les relations entre ce patient et lui, en replaçant la relation soignant-soigné au centre de la rencontre de soin et en introduisant les problématiques du soignant. Ayant élargi son champ de perception des problématiques de santé et des déterminants de la décision, il reste à l'interne à prendre en compte la dimension du professionnalisme qui inclut les dimensions réglementaires, déontologiques, éthiques, de formation permanente et aussi tout un travail personnel de réflexion et d'analyse sur sa relation à l'autre, ses choix de vie, ses positionnements philosophiques. Dans ces travaux, l'interne est amené à faire émerger cette réflexion par un tuteur, médecin généraliste enseignant.

Avec l'aide du docteur Remy, médecin généraliste à Chantonnay en Vendée, j'ai donc été amené à faire progresser ma réflexion dans divers domaines fréquents et essentiels de la médecine générale dont les problèmes de maintien à domicile de la personne âgée dépendante et les devoirs des enfants envers leurs parents, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, l'intégration de l'aspect financier dans la prise en charge du patient, les écarts entre la médecine pratique et la médecine théorique, la structuration des consultations qui n'en finissent pas, la prise en charge médicale des proches,...

Le dernier récit reprenait la consultation pour une demande de contraception d'une jeune fille de 16 ans. J'étais alors en stage chez un praticien généraliste, où nous étions présent tous les deux à chaque consultation, et où souvent j'avais une place assez active. Le médecin se rappelait lui prescrire la pilule depuis un an plutôt à titre systématique, ce qu'il lui fait préciser. En effet, la jeune fille avait répondu qu'un an auparavant, sa maman lui avait dit que « maintenant qu'elle avait 15 ans, c'était normal qu'elle ait des relations sexuelles, et donc il lui fallait prendre la pilule ». Le médecin lui avait rappelé qu'« il n'y avait pas d'urgence » et une contraception à base d'œstroprogestatif de deuxième génération lui avait été prescrite. La consultation ce jour là était biaisée. En effet, il n'y avait pas cette après midi là au cabinet médical, une patiente face à son médecin, mais cette jeune patiente de 16 ans, son médecin de famille, un homme d'une cinquantaine d'année, et moi-même, médecin stagiaire. Etais-ce la présence de deux médecins face à cette jeune patiente, la présence d'une interne stagiaire étrangère à la relation habituelle de cette patiente et de son médecin, où l'évocation de la sexualité, entre une jeune adolescente et un homme de la génération de ses parents qui faussait cette consultation ? Sûrement, toutes ces considérations entraient en compte. Je fus d'autant plus étonnée, que je ne retrouvais pas dans cette consultation, le climat de confiance habituellement si présent entre le patient et son médecin, auprès de qui il savait trouver, outre des

compétences médicales éclairées, une capacité d'écoute, des conseils adaptés et une grande disponibilité. C'est un tel contact avec le patient, que j'avais découvert et apprécié pendant ce stage, et que je continue d'apprécier d'une façon un peu différente lors de mes remplacements.

Cette consultation semblait souligner les difficultés d'aborder la sexualité chez les adolescents. Si j'étais convaincue de l'intérêt d'une vraie éducation affective et sexuelle, d'une éducation à l'amour, essentielle à mon avis dans la construction d'une vie d'adulte responsable, je me trouvais confrontée à la réalité. Pour beaucoup de raisons personnelles, familiales, sociales, et autres... les jeunes semblaient privés de cette éducation. Trop souvent, sans trop savoir quoi dire à leurs enfants, la plupart des parents voulaient surtout éviter une grossesse à leur fille, et elles passaient ainsi le relais au corps médical. Que devenait alors le rôle du médecin ?

C'est ainsi que le docteur Remy me proposa de le remplacer pour l'intervention sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) qu'on lui demandait de présenter depuis quelques années aux lycéens en BEP (Brevet d'Etudes Professionnelles) « service à la personne », de la Maison Familiale de Chantonnay<sup>3</sup>, dans le cadre du module « fléaux sociaux » de leur formation. Cette proposition en répondant à une aspiration, me permettrait, en partant d'une action de santé préventive, d'aborder auprès de jeunes le sujet de l'éducation à l'amour. Particulièrement sensibilisée aux actions de prévention, et convaincue que l'éducation affective et sexuelle des jeunes avait toute sa place dans la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, j'acceptais donc cette proposition. Ce travail aurait pour but de répondre à l'objectif de l'Académie Nationale de Médecine, en matière de lutte contre les risques de transmission du virus du sida en particulier et des infections sexuellement transmissibles en général, à savoir (Commission MST et SIDA de Luc Montagnier-1996)<sup>6</sup> :

« Former les consciences, éduquer afin de responsabiliser les comportements.

Favoriser une communication plus scientifique qui, à coté d'une vision médiatique peut être trop exubérante, donnerait une place privilégiée à une information venue du corps médical. »

Cette formation serait encadrée par deux questionnaires identiques pour évaluer l'impact d'une telle action de prévention chez un groupe d'adolescents.

## Les préventions des infections sexuellement transmissibles

### I - Constat de départ.

« L'incidence des maladies sexuellement transmissibles (MST), qui font partie des maladies contagieuses les plus fréquentes, a régulièrement augmenté de 1950 à 1970 mais s'est stabilisée en grande partie pendant les années 1980. Certaines maladies, comme la syphilis et la gonococcie, ont connu une incidence accrue du milieu des années 1980 au milieu des années 1990 aux USA et ailleurs. Les maladies telles que les urétrites non spécifiques, la trichomonase, les infections à chlamydia, l'herpès génital et anorectal, les condylomes acuminés, la gale, la pédiculose pubienne, le molluscum contagiosum sont probablement plus répandues que les cinq maladies vénériennes historiques, syphilis, gonococcie, chancre mou, maladie de Nicolas-Favre et donovanose. Cependant, comme les affections du premier groupe ne sont pas régulièrement déclarées, leur incidence exacte n'est pas connue.

En 1995, l'incidence mondiale de la gonorrhée a été estimée supérieure à 250 millions de cas (aux USA, environ 400 000 cas) ; pour la syphilis, 50 millions de cas dans le monde (aux USA, environ 70 000, comprenant environ 16 000 cas de formes primitive et secondaire et 1 500 cas de syphilis congénitale). L'infection à chlamydia sexuellement transmise approche actuellement aux USA un demi million de cas annuels, mais seulement 10-20 % des cas sont notifiés. D'autres infections dont les salmonelloses, les lamblases, les amibiases, les shigelloses, la campylobactériose, les hépatites A et B et les infections à cytomégalovirus sont parfois sexuellement transmises, mais d'autres voies de transmission peuvent également exister. Des associations étroites entre le cancer du col de l'utérus et les virus de l'herpès et les papillomavirus ont été mises en évidence. Depuis 1978, le HIV a diffusé rapidement dans différentes populations.

L'incidence des MST a augmenté en dépit des progrès diagnostiques et thérapeutiques qui limitent rapidement la contagiosité des patients atteints de plusieurs MST non infectieuses et permettent de guérir la majorité d'entre eux. Le changement des mœurs sexuelles et l'apparition des contraceptifs oraux ont relâché les restrictions sexuelles traditionnelles, surtout chez la femme, et les médecins, ainsi que les patients, ont été réticents à discuter ouvertement et sans hypocrisie des questions sexuelles. (...)

Le contrôle des MST dépend des moyens diagnostiques et thérapeutiques ; de la localisation et du traitement des contacts des patients ; de la surveillance étroite des patients traités afin de confirmer leur guérison ; de la formation des médecins, des infirmiers et du public ; des conseils prodigués aux patients pour un comportement sexuel responsable. »

Tel est le constat introduisant les chapitres des infections sexuellement transmissibles, proposé par la Troisième Edition Française du Manuel Merck de Diagnostic et Thérapeutique de 1999, traduction de la 17<sup>ème</sup> Edition Américaine du Manuel<sup>4</sup>.

Pour apporter d'emblée une précision de vocabulaire, le terme IST Infection Sexuellement Transmissible, a remplacé en 1999, le terme longtemps utilisé de MST, Maladie Sexuellement Transmissible. Cette modification du terme « maladie » par celui d' « infection » a pout but d'insister sur le caractère parfois asymptomatique de certaines de ces infections. En effet, le Larousse Médical<sup>5</sup> définit une maladie comme l'altération de la santé d'un être vivant. Toute maladie se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et paracliniques, une évolution, un pronostic et un traitement. Ce même ouvrage définit une infection comme l'invasion d'un organisme vivant par des micro-organismes pathogènes (bactéries, virus, champignons, parasites).

Que l'incidence des infections sexuellement transmissibles ne cesse d'augmenter, n'est guère surprenant, mais qu'une référence médicale scientifique évoque qu'un « relâchement des restrictions sexuelles traditionnelles » puisse être impliqué dans un tel constat épidémiologique est plus étonnant.

En effet, les campagnes de prévention en matière de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles semblent encore prôner le rôle presque exclusif du préservatif, et peu nombreux sont les articles grand public ou extraits de revues scientifiques qui attirent l'attention des lecteurs sur l'intérêt d'un comportement sexuel responsable.

## **II - Le préservatif : préventif, palliatif ou dérivatif ?**

Voyons un peu la place actuelle donnée au préservatif dans la lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Est-il utilisé à titre palliatif, pour pallier à une urgence, pour faire face à un problème de santé publique qui nous dépasse ; ou à titre dérivatif, au sens d'occulter les problèmes de fond, d'éviter d'en affronter les causes.

### **1. L'exemple du Sida**

D'emblée étroitement associé à l'homosexualité et à la drogue, le sida a été marqué d'une charge psychologique d'autant plus mal vécue à son arrivée en France que depuis quelques décennies nos contemporains s'étaient crus libérés de toute responsabilité en ce qui concerne leur santé et leur sexualité, pouvant tranquillement faire confiance à la science médicale à laquelle tout semblait possible. Et, dans cette ambiance, on a fait en France le pari qu'un seul moyen technique suffirait à maîtriser l'épidémie sans avoir à modifier en aucune façon nos comportements.

De 1985 à 1996, en France, le nombre de cas de sida déclaré est passé de 260 à 41 000, dont plus de la moitié étaient déjà morts<sup>6</sup>. La politique menée pour lutter contre cette affection n'a donc pas été, à l'évidence très efficace. Aucune vaccination préventive n'était en vue, les traitements nouveaux allongeaient certes de plusieurs mois la durée de l'évolution mais sans arriver encore à éradiquer le virus de l'organisme. La seule action qui restait était donc la prévention, encore fallait-il que celle-ci soit conduite avec détermination à partir de bases solides.

Les informations scientifiques sur le virus de l'immunodéficience acquise étaient pourtant claires et précises, émanant des grands laboratoires de recherche, de l'Institut Pasteur en particulier qui est à l'origine de la découverte du virus du VIH, et d'un nombre important de publications scientifiques de haut niveau, réunies dans les rapports successifs publiés dans le Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. C'est à cette époque, que sont parus à l'Académie Nationale de Médecine, au nom de la Commission VII (Maladie Sexuellement transmissible et SIDA), en juin 1995 un rapport du Pr Luc Montagnier « La transmission hétérosexuelle du VIH en France », et en juin 1996, un rapport des Pr René Küss et Henri Lestrade, « Sida : communication, information et prévention ». Ces rapports, élaborés au sein d'une commission de spécialistes, sont rédigés par un ou deux rapporteurs désignés ; et sont, après de nombreuses relectures et discussions, présentés en séance publique, puis adoptés lors d'un vote. Ils engagent donc l'ensemble de l'Académie Nationale de Médecine, servent en principe de base pour la réflexion et l'information du gouvernement, des médecins et de la population, la grande presse et les journaux médicaux se chargeant d'ordinaire de leur diffusion.

Voici donc ce qu'on retrouve dans le rapport Lestradet de 1996<sup>6</sup> :

« La fiabilité du préservatif doit être envisagée dans deux situations différentes.

1. Il est vrai qu'à condition d'être de bonne qualité, non lubrifié par un produit huileux, le préservatif protège efficacement un homme sain vis-à-vis d'un(e) partenaire porteur d'une infection sexuellement transmissible, dont le virus du SIDA. Certes sa rupture se produit dans 1,4% des rapports vaginaux et dans 5% des rapports ano-rectaux, rupture qui dans certaines circonstances peut atteindre des chiffres beaucoup plus élevés faisant courir un risque réel de contamination.
2. Il est moins certain que l'utilisation du préservatif par un sujet séropositif permette d'éviter toute contamination d'un partenaire sain. On connaît en effet depuis longtemps, l'efficacité imparfaite du préservatif comme moyen contraceptif. Outre la fuite d'un sperme contaminant lors de la détumescence ou de la rupture du préservatif, il faut aussi tenir compte de la contamination externe de celui-ci dans les manipulations au contact de sécrétions pré éjaculatoires porteuses de virus, et aussi à son « échappement » éventuel lors des rapports.

Certes le préservatif divise en gros par dix les risques de rapports sexuels non protégés. Sous l'angle statistique ceci est certainement important et peut contribuer à freiner l'extension de la maladie. Mais à l'échelon individuel, dans des situations à haut risque, la protection reste trop aléatoire ».

Les auteurs de ces rapports en 1996 s'étaient donc déjà prononcés, preuves scientifiques à l'appui, sur l'absence de risque zéro du préservatif. Et lorsqu'il s'agit d'une maladie mortelle comme le sida, à titre individuel, il est essentiel que les utilisateurs en connaissent parfaitement les limites.

Pourtant, l'année 2005, soit dix ans plus tard, selon l'Institut national de veille sanitaire<sup>7</sup>, on comptait en France 6 800 nouveaux cas de séropositivité et 808 nouveaux cas de sida-maladie, soit depuis le début de l'épidémie, plus de 126 000 patients infectés par le VIH, dont plus de 60 000 cas de sida et près de 35 000 décès cumulés. Ces chiffres laissent penser que les campagnes de prévention ne sont pas suivies du grand public, ou que la prévention proposée n'est pas totalement efficace.

La revue Prescrire, avec prudence, parle d'une grande marge d'incertitude quant à l'efficacité du préservatif masculin dans l'évaluation du risque de transmission du VIH, parlant de 80% de réduction de risque de transmission avec la condition d'une utilisation systématique<sup>9</sup>.

On constate aussi qu'au cours des dernières années, il s'est produit une curieuse rétention de l'information concernant précisément ces rapports sur le sida de l'Académie de Médecine, aussi bien de la part des médias, de la grande presse, mais également, ce qui paraît plus surprenant, des journaux médicaux.

Ce constat est peut être moins vrai aujourd'hui qu'il y a dix ans, certains auteurs se risquant actuellement à évoquer l'idée d'une responsabilisation des comportements sexuels individuels pour limiter la diffusion du sida en particulier, et des infections sexuellement transmissibles en général. Cependant les mentalités françaises semblent encore fortement imprégnées de l'image du

préservatif « tout puissant », qui continue trop souvent d'être présenté de façon massive, comme le moyen exclusif de prévention des infections sexuellement transmissibles.

Reprenons deux exemples récents. Le premier concerne le discours du 27 novembre 2006 du Ministre de la Santé et des Solidarités sur « les nouvelles actions de lutte et de prévention contre le sida et les infections sexuellement transmissibles »<sup>10</sup>. On y retrouve la notion que « Le seul amour sans risque, c'est l'amour avec un préservatif ». « Restez fidèle au préservatif !, c'est avec ce message, le seul message qui fera reculer l'épidémie, que l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, lancera sa grande campagne nationale le 1er décembre.»

C'est également le cas, plus récemment, en novembre 2007<sup>11</sup>, où pour interpeller les Parisiennes et les Parisiens sur l'ampleur de l'épidémie du sida à Paris, une association de lutte contre le sida a recouvert de protège-selles les Vélib' de la capitale. Chaque protège selle contenait en plus des préservatifs, un message de prévention qui se terminait par l'inscription « Seul le préservatif protège du sida ».

Voilà donc ce qu'il en est aujourd'hui du préservatif, de son rôle dans la lutte contre le sida et de sa promotion en France.

## **2 Les autres IST**

Les études sont rares quant à la recherche de l'efficacité du préservatif dans les autres infections transmissibles.

Un article de la revue Prescrire de février 2007<sup>12</sup> étudie l'impact du préservatif sur l'incidence des infections à papillomavirus humain, HPV. Il est conclu qu'en pratique, « l'emploi régulier du préservatif diminue de manière importante la transmission des papillomavirus et la fréquence des infections persistantes. Mais cette protection n'est pas complète et on manque de résultats en terme de survenue des cancers du col utérin ». Pour la prévention de cette infection, l'industrie pharmaceutique a commercialisé en novembre 2006 un vaccin au prix de 466,77 € pour la vaccination complète en trois injections, remboursé à 65% par la sécurité sociale depuis novembre 2007. Sur la fiche du bon usage du médicament concerné de la Haute Autorité de Santé<sup>13</sup>, il est précisé que « le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis réguliers cervico-vaginaux reste indispensable, car si on peut attendre une réduction de la morbidité à court terme, les conséquences à long terme de son utilisation ne sont pas connues. En effet, la durée de protection vaccinale n'est pas connue au-delà de 5 ans, et environ 30% des cancers du col sont liés à des types d'HPV oncogènes autres que ceux du vaccin. Si les femmes se faisaient moins dépister, une augmentation

de l'incidence et de la mortalité de ces cancers serait probable ». Ce vaccin semble donc ne pas être non plus une panacée en son domaine.

L'herpès génital se transmet généralement par simple contact direct de la peau avec le point d'infection à l'occasion de rapports sexuels oraux, vaginaux ou anaux. Même les personnes qui ne présentent aucune cloque ou plaie peuvent transmettre le virus à leurs partenaires. On estime une excrétion virale chez 55% des patients porteurs du virus, asymptomatiques<sup>4</sup>. Devant les possibles lésions extra génitales, affectant en général les fesses, l'aine ou les cuisses, pouvant survenir lors de l'atteinte initiale ou des poussées ultérieures, par migration nerveuse, on se trouve vite confronté aux limites du préservatif, dans la transmission de ce virus. Le contact direct est également responsable de l'auto contagion occasionnel des doigts ou des yeux. En 2004, paraissait dans le New England Journal of Medicine<sup>14</sup>, les résultats d'un essai contrôlé mené auprès de 1484 couples hétérosexuels chez lesquels un des partenaires présentait un herpès génital. Cette étude montrait que le valaciclovir, donné à raison de 500mg une fois par jour, permet de réduire le risque de transmission du virus de l'herpès de type 2 (HSV2) au partenaire exposé (initialement non infecté).

Après huit mois d'essai, le pourcentage de séroconversion était de 1,9% dans le groupe valaciclovir versus 3,6 % dans le groupe placebo ; 0.5% des partenaires exposés avaient présenté des manifestations cliniques d'infection herpétique dans le groupe valaciclovir contre 2.2% dans le groupe placebo.

Le taux de récurrence d'herpès génital durant l'étude chez les partenaires source était de 0.11 par mois dans le groupe valaciclovir contre 0.40 par mois dans le groupe placebo.

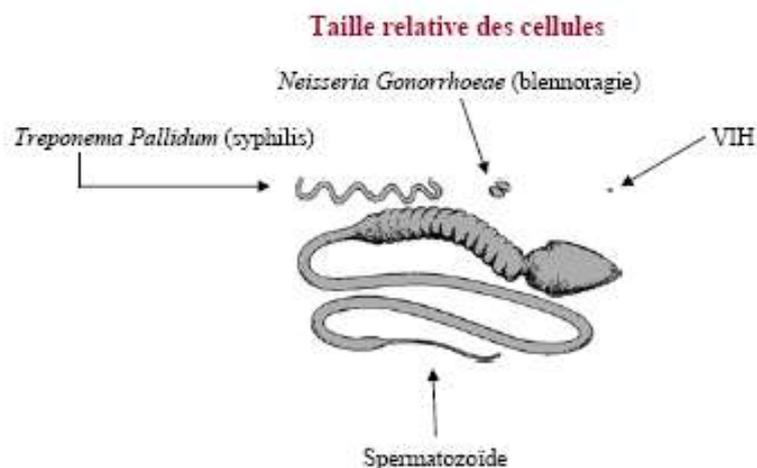
Dans un sous-groupe de sujets source, l'ADN viral a été recherché tous les jours durant 2 mois sur des échantillons de sécrétions génitales. La présence d'ADN a été détectée dans 2.9% des prélèvements des sujets du groupe valaciclovir contre 10.8% dans le groupe placebo. La possibilité d'une transmission de souches virales résistantes aux partenaires exposés a été évaluée sur un petit nombre d'isolats viraux et n'a montré aucune diminution de la sensibilité à l'aciclovir (le valaciclovir étant l'ester de la L-valine et de l'aciclovir qui est l'antiviral actif).

Les implications cliniques de ces données sont telles que la FDA, l'administration américaine des denrées alimentaires et des médicaments, a donné son approbation pour l'indication du valaciclovir dans la prévention de la transmission sexuelle de l'infection herpétique.

Pour l'efficacité du préservatif dans la prévention des autres infections sexuellement transmissibles, n'ayant trouvé aucune donnée, nous nous contenterons juste d'une comparaison des tailles des agents pathogènes<sup>15, 16</sup>.

- Le gonocoque (*Neisseria gonorrhoeae*) est un diplocoque à Gram négatif, ayant l'aspect de deux grains de café opposés par leur face plane et dont chaque élément mesure environ 1 µm de diamètre.

- Le Chlamydiae trachomatis a une taille de 300 nm.
- Le tréponème, responsable de la syphilis, observé à la microscopie à fond noir apparaît sous la forme de bactéries hélicoïdales, mobiles, de 6 à 10 µm de long
- La structure de l'HBV, virus de l'hépatite B, comporte 3 types de particules virales :
  - des sphérules de 20 nm de diamètre constituées d'antigènes HBs, non infectieuses
  - des tubules de 20 nm de diamètre et de 200 à 700 nm de long qui sont un empilement des sphères, non infectieuses.
  - des « particules de Dane » de 42 nm de diamètre, correspondant aux particules virales complètes et infectieuses, constituées d'un noyau et d'une enveloppe protéique.
- Le virus du VIH mesure 90 à 120 nm. Il est comparativement 60 fois plus petit que la bactérie qui cause la syphilis et 450 plus petit que les spermatozoïdes, et 30 fois plus petit que la tête d'un spermatozoïde.



En comparaison, chez l'humain, le spermatozoïde a une tête de 5 µm par 3 µm qui tourne sur elle-même le long d'une trajectoire hélicoïdale. La mobilité est assurée par un flagelle d'une longueur de 50 µm.

On connaît l'efficacité toute relative du préservatif comme contraceptif, avec un taux d'échec avoisinant les 12%. En effet, des orifices de 10-12 µm de diamètre sont actuellement repérés dans les préservatifs, orifices plus volumineux que tous les agents pathogènes sus cités.

Devant ce constat, comment expliquer qu'un obstacle incapable d'arrêter un éléphant puisse s'opposer au passage d'un renard ?

La vérité mérite d'autant plus d'être dite, qu'il y a toutefois une énorme différence entre le spermatozoïde et ces agents pathogènes comme le VIH. En effet, lorsque comme moyen de contraception le préservatif n'est pas parfaitement efficace, l'échec a pour conséquence le développement d'une nouvelle vie alors qu'avec le VIH, l'échec c'est la mort à tout coup.

### III - En Ouganda, victoire de l'abstinence sur le Sida<sup>18</sup>

C'est ainsi que recherchant un message efficace de prévention des infections sexuellement transmissibles, adapté aux jeunes, nos recherches nous ont conduit en Afrique. Etudions la situation en Ouganda, ce petit d'Afrique de l'Est. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>17</sup>, on note dans ce pays, une chute du taux de prévalence de l'infection du sida de plus de 20%, (le taux le plus élevé du monde à l'époque) à environ 6%, de 1991 à 2001. (cf. Annexe n°1 - dont les chiffres rapportés correspondent à une prévalence en pourcentage de la population adulte et non de la population totale.)

À la fin des années 80, la contamination par le virus du sida, était un problème dramatique en Ouganda. En 2001, la prévalence de l'infection par le VIH était estimée à 5% de la population adulte; ce chiffre reste bien sûr très élevé mais n'a rien à voir avec celui de 1990 – plus de 20%, un triste record mondial - ni avec ceux d'autres pays africains aujourd'hui : 20% en Zambie ou en Afrique du Sud, 15% au Malawi et au Kenya.

Malgré une situation de départ catastrophique, la prévalence de l'infection par le VIH était en baisse en Ouganda dès la fin des années 80, à une époque où même en Europe occidentale l'épidémie n'était pas encore maîtrisée. Pays africain extrêmement pauvre, souvent en guerre avec l'un ou l'autre de ses voisins, l'Ouganda est pourtant le champion incontestable de la lutte contre le VIH et le sida en Afrique. Étant donné le contexte, la pauvreté des moyens et l'ampleur initiale de l'épidémie, on peut même affirmer que la réussite ougandaise est sans équivalent dans le monde. Il était donc bien naturel de chercher à savoir comment un tel succès a pu être obtenu, afin de le reproduire ailleurs.

C'est à cela que se sont attachés deux chercheurs de l'Université de Cambridge, Rand L. Stoneburner et Daniel Low-Beern. Le résultat de leur travail est paru dans un article<sup>19</sup> de la revue scientifique américaine Science publié le 30 avril 2004, sur l'efficacité de la lutte contre le sida en Ouganda. Selon les deux hommes, la baisse du sida dans ce pays s'explique par une campagne unique en son genre. Le message diffusé dans la population insiste sur la morbidité élevée due au sida et le mode de transmission du virus responsable, essentiellement sexuel. Mais l'originalité de la démarche, et son succès, vient de la promotion de la fidélité et de l'abstinence, à la place de l'exclusivité des traditionnels préservatifs et test de dépistages.

Dès 1996 des chiffres circulaient, citant entre 1989 et 1996 une baisse de 60% du nombre de personnes ayant de multiples partenaires sexuels. Ceci était le résultat d'une campagne d'information démarrée dans les années 80, prônant l'abstinence et la fidélité. Une seconde campagne, à l'instigation de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et de l'OMS, fut ensuite entreprise, mais longtemps après la première, mettant en avant le préservatif et le dépistage anonyme. Laquelle porta le plus de fruits ? C'est la question à laquelle les chercheurs de Cambridge ont essayé de répondre.

Afin de pouvoir faire des comparaisons, les auteurs se sont appuyés sur les données disponibles au Kenya, Zambie et Malawi où les seules campagnes contre le VIH et le sida ont été menées sous

l'égide de l'ONU/OMS. Chez les femmes enceintes en Ouganda, la prévalence du VIH atteint en 1991 un maximum de 21% pour tomber à 10% en 1998 et 6% en 2000. Dans des groupes similaires (femmes enceintes habitant en ville), la chute fut de 60% en Ouganda, contre moins de 10% en Zambie et une augmentation au Malawi entre 1990 et 2000. Des statistiques similaires montrent que le même phénomène se reproduit chez différents groupes ou dans différentes tranches d'âge : l'Ouganda fait systématiquement mieux que ses voisins.

Comment ce résultat a-t-il été obtenu ? La doctrine officielle voudrait que la seule utilisation du préservatif puisse expliquer ce phénomène. Or, le préservatif est moins utilisé en Ouganda qu'au Malawi, et pas plus qu'au Kenya ou en Zambie, d'après des chiffres du milieu des années 90. D'où vient alors la différence ? Il faut se tourner vers d'autres données, comme celles de l'âge moyen de la première expérience sexuelle : chez les 15-24 ans non mariés entre 1989 et 1995, le nombre de ceux qui ont eu une expérience sexuelle a chuté de 60% à moins de 25% pour les hommes, et de 53% à 16% chez les femmes. En 1995, quand on demande aux Ougandais (hommes) quelle a été leur réaction face au sida, ils ont répondu la fidélité à plus de 50% ; l'abstinence pour 7%, et l'utilisation de préservatifs pour seulement 2% de la population.

Par ailleurs, la proportion d'hommes pratiquant le vagabondage sexuel était tombée de 34 à 14% entre 1989 et 1995, un chiffre qui passe de 16 à 3% chez les femmes. Par comparaison, en 1996 et 1998 en Zambie, au Malawi et au Kenya, ces chiffres étaient beaucoup plus élevés (30 à 40% chez les hommes, et 12 à 16% chez les femmes, donc similaires à ceux de l'Ouganda en 1989). En résumé, les années 89-95 ont montré un brutal changement des habitudes sexuelles en Ouganda : guère plus d'utilisation du préservatif, mais un recul de l'âge de la première relation sexuelle, une plus grande fidélité, et plus d'abstinence.

Il reste à expliquer ce changement de comportement, en identifiant ce qui a pu être différent entre l'Ouganda et ses voisins. La réponse se trouve dans un double message diffusé en Ouganda. Tout d'abord, le VIH se propage par voie sexuelle et le sida qui en découle, tue. Ensuite, étant donné le mode de transmission du virus, Monsieur Yoweri Museveni, Président de la République de l'Ouganda fut en effet, l'un des premiers hommes politiques à mettre en place, dès le début de la décennie 90, une stratégie de prévention innovante, axée sur trois points et baptisée « ABC ». Trois lettres pour trois messages-clés, en anglais : "Abstinence sexuelle ou différez les relations sexuelles si vous êtes jeune et célibataire (Abstinence). Soyez fidèle à votre partenaire sexuel après avoir été testé (Be Faithfull). Utilisez correctement et constamment un préservatif si vous papillonnez (Condom)." Aucun médicament, aucun vaccin n'était encore en vue quand cette stratégie a été développée.

Mais un message, aussi bon soit-il, doit être pris au sérieux, et là aussi l'Ouganda fit preuve d'originalité. Pour mettre en place cette campagne, tout le tissu social du pays a été mis à contribution, et plus spécialement les relais locaux. Ce qu'on pourrait qualifier de transmission par le bouche-à-oreille fut la façon dominante de propagation de l'information sur le SIDA, par opposition à une transmission plus directe dans les pays voisins. Forcer les gens à parler entre eux du VIH et du sida, au lieu de simplement transmettre une information sans en discuter, explique en partie la différence de résultats entre l'Ouganda et les pays voisins. Ce mode de diffusion d'un message simple et clair eut un impact considérable, en l'absence de tout autre facteur.

Dénoncer le sida pour ce qu'il est, une maladie mortelle, et se transmettant lors des relations sexuelles, a suffi à induire un changement de comportement de la population. Il faut ajouter à cela la stratégie de prévention choisie qui, au lieu d'insister sur des tests de dépistage gratuit et l'utilisation de préservatifs, s'appuya sur l'abstinence et la fidélité. Le résultat ainsi obtenu est équivalent à un vaccin efficace à 80% ; mais sans les coûts énormes engendrés par la production d'un vaccin, avec simplement une volonté de dire la vérité sur ce qu'est le sida.

Ainsi, tenant compte de ce que l'on sait aujourd'hui, et reprenant, l'idée du programme de contrôle national du sida à trois niveaux du Président ougandais Museveni, il est nécessaire, comme le préconisait le Pr Piot<sup>6</sup>, directeur du programme ONU-sida, lors de la 11ème conférence internationale de Vancouver en juillet 1996, de « recommander une modification du comportement sexuel de la population : réduction du nombre de ses partenaires, plus grande fidélité des couples, retard de l'âge du premier rapport sexuel. »

## IV - Education affective et comportement sexuel chez les adolescents

### 1. Education affective et sexuelle

De nos jours, de plus en plus jeunes, les adolescents semblent avoir vite compris un message simple<sup>20</sup>, il est normal de faire l'amour aussitôt qu'ils en ressentent le désir, l'essentiel étant d'éviter d'attraper le sida – donc de mettre un préservatif - et d'éviter une grossesse – donc de prendre la pilule. C'est d'ailleurs souvent aussi, la peur d'une grossesse qui pousse certaines mères à devancer la demande de leurs filles et elles leur proposent naturellement la pilule. Comme elles vaccinaient leur enfant quand elle était petite, elles les protègent d'une autre « maladie » éventuelle, la grossesse. C'est exactement ce qui s'est passée pour cette jeune que j'ai vue en consultation durant mon stage chez le praticien.

Mais ce n'est pas seulement la peur d'une grossesse qui doit faire agir les parents, les éducateurs, les adultes soucieux d'une véritable responsabilisation des jeunes, mais bien la crainte des blessures du cœur. Résumer la sexualité au simple plan de la jouissance instinctive et de la prévention des risques, c'est passer à côté de ce qui en fait la singularité : un échange d'amour<sup>21, 22</sup>. Si l'amour n'a pas toujours besoin de la sexualité pour s'exprimer, la sexualité humaine, elle, a, toujours besoin de l'amour pour s'exprimer dans toute sa plénitude.

Le petit de l'homme quand il vient au monde, ne sait presque rien, il ne sait pas aimer. Très tôt, pourtant, il va être capable d'aimer, sa maman, son nounours..., à l'image de l'amour qu'il recevra, mais il n'y pas chez l'homme d'instinct amoureux, il doit apprendre à aimer. Et chacun de nous va acquérir le modèle de l'amour quelque part, dans sa famille par exemple, l'exemple de ses parents et plus tard, dans les livres, les films... si bien que la conception qu'on a de l'amour, on l'a trouvée quelque part, mais est-on sûr de l'avoir trouvée au bon endroit<sup>29</sup> ?

Dans le domaine de la sexualité, plus qu'une formation, plus qu'une information, il s'agit de former les consciences des jeunes, pour qu'ils puissent poser des actes de façon libre et éclairée, qu'ils se sentent responsables de leur avenir, et non victimes d'une désinformation de la part de leurs éducateurs. La responsabilisation des jeunes c'est, après les avoir bien informés, les aider à devenir adultes, c'est à dire autonomes et responsables. S'il n'y a pas d'âge limite pour bénéficier d'une éducation affective, d'une éducation à l'amour, en ce qui concerne le sexuel, c'est le premier qui parle à un enfant qui a le plus de poids, il y a là une chance et une grâce à ne pas laisser passer. Il vaut mieux que les choses leur soient dites comme il faut un peu plus tôt, et il ne faut pas avoir peur d'aller un peu plus loin. Quand l'enfant dit que ça ne l'intéresse pas, cela veut souvent dire que l'on est déjà un peu en retard<sup>23</sup>. Dans le monde actuel de l'audiovisuel, dès l'âge de 4 ans, l'enfant reçoit énormément d'informations et surtout des images qui peuvent le troubler. Son corps peut réagir très tôt au monde de la sensualité et de la sexualité. C'est entre 4 et 11 ans que se met très doucement en place « son jardin secret ». Il ne faut pas attendre que l'école, les médias ou des camarades plus âgés troublent son regard, son cœur et même son intelligence. Entre 11 et 13 ans, au début de l'adolescence, on peut profiter des modifications physiologiques de son corps pour expliquer à

l'enfant les merveilles de sa puberté : « Tu vas devenir capable de transmettre la vie et la période de l'adolescence jusqu'à l'âge adulte est un temps de préparation, de discernement, de mûrissement de toi. Ta personnalité est unique au monde. Ta vie n'est pas seulement importante pour toi, mais elle dépend des autres qui t'apporteront autant ou plus que ce que tu leur apporteras. Ils t'aideront à découvrir la vie et ce que tu as de meilleur. Tu es fait pour aimer et pour être aimé, c'est cela le meilleur de toi-même. » A 13 ans, il s'agit de leur faire comprendre que le temps et l'espace sont les deux paramètres les plus importants qui font mûrir l'amour, qui aiguisent le sentiment, qui le rende plus sûr, plus solide. N'est-ce pas cette expérience là qu'ont les adultes le plus souvent, même quand il y a eu des échecs ? Au contraire, les engagements amoureux trop précoces risquent de rétrécir leur potentiel d'amour, de les enfermer et même de les emprisonner inconsciemment au départ. Aussi les jeunes ont-ils besoin que l'on éclaire leur chemin pour des choix libres et responsables. Si l'éducation sexuelle peut et doit être close à 15 ans, ce n'est pas le cas pour l'éducation affective, l'éducation à l'amour, qui s'enrichit de l'expérience de témoins plus âgés que le jeune rencontrera sur sa route.

## **2. Le comportement sexuel des adolescents**

Face à un public de jeunes de 15/16 ans, il semblait nécessaire de faire un état des lieux du comportement sexuel des jeunes de leur âge, de mieux appréhender leur maturité.

Tirés d'un sondage en mars 2001, pour « Ca se discute »<sup>32, 34</sup> et d'un rapport en mai 2005, sur la santé intitulé « Relations sexuelles, Condoms et IST chez les jeunes canadiens »<sup>33</sup>, voici quelques chiffres décrivant le comportement sexuel des jeunes.

En France, l'âge moyen du premier rapport sexuel est 16,8 ans. Ces chiffres sont à la baisse, puisqu'en 1998, il est à 17,5 ans et à 18,5 il y a 30 ans. Actuellement, on estime que 27% des jeunes ont une activité sexuelle avant 16 ans.

Chez les jeunes actifs sexuellement, l'étude du risque d'infections sexuellement transmissibles prend en compte plusieurs paramètres que sont le recours au préservatif, et la multiplication des partenaires. On ne retrouve aucune donnée sur l'attitude qui consisterait à pratiquer un dépistage préalable des différentes infections sexuellement transmissibles par chacun des deux partenaires. Cette éventualité nécessiterait une période d'abstinence de trois mois à chaque changement de partenaire, délai nécessaire à l'interprétation fiable d'une négativité de la sérologie VIH, les anticorps contre le VIH apparaissant en effet dans les trois mois après le contage. Cette méthode sous tendant une fidélité réciproque dans le couple, permet en effet une éviction totale du risque de se faire contaminer. Pour ce qui est de l'usage du préservatif, et la multiplication des partenaires, les quelques chiffres dont nous disposons ne sont pas très rassurants. En effet, 87% des jeunes déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel<sup>30</sup>. 10% des jeunes, filles et garçons confondus n'utilisent aucune précaution lors de leur premier rapport sexuel. Au début des années 90, le pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans, ayant recours au préservatif de manière systématique est estimé à 59% lorsqu'on enlève de l'échantillon ceux qui vivent en couple ou qui se déclarent spontanément non concernés par la question. Ce sont 19 % des jeunes de 16 à 20 ans (soit près d'un cinquième) qui ont eu des rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire au cours des

12 derniers mois. Les données plus récentes sont assez rares, la majorité des études sont faites sur l'utilisation du préservatif au premier rapport.

Dans une vie, les Français(es) ont, en moyenne 16,7 partenaires. Seuls 10 % se contenteront du même toute la vie. 70% des filles et 50% des garçons ont leur premier rapport avec un partenaire qui n'est plus vierge. Les jeunes qui ont déjà eu des relations sexuelles à l'âge de 13 ans sont, en général, nettement plus susceptibles d'avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours de l'année précédente que ceux dont la première expérience avait eu lieu plus tard.

Parmi les jeunes de 15 à 25 ans sexuellement actifs, 3,7 % affirment avoir eu une infection sexuellement transmissible au cours des dix dernières années. Les filles sont plus nombreuses à en déclarer une que les garçons (6,2 % vs 1,4 %). Une augmentation de ces infections sexuellement transmissibles est par ailleurs observable en fonction de l'âge des personnes interrogées : aucune n'est signalée entre 15 et 17 ans, 2,2 % à 18-19 ans, 4,5 % à 20-22 ans et 5,1 % entre 23 et 25 ans.

## V - Une utopie, la chasteté chez les jeunes ?

A partir de cet état des lieux, des recommandations officielles de l'Académie de Médecine de reculer l'âge du premier rapport sexuel, et des résultats obtenus en Ouganda, il nous semblait encore plus nécessaire et urgent de nous adresser à ces jeunes. Et nous observons, que de nombreux jeunes après avoir entendu parler de comportement responsable, en avaient découvert le sens et s'étaient engagés dans cette direction.

Ringarde, la chasteté ? Peut-être pas ! Vécue, non pas comme un refoulement de l'amour et de la sexualité humaine, elle en est sa promotion. Le choix de la chasteté, c'est celui de la santé, de la dignité, de la maturité, des amitiés profondes... et d'un mariage heureux. Ils sont plus nombreux qu'on ne croit, les jeunes qui désirent vivre cela aujourd'hui.

A force de parler des jeunes sexuellement actifs, on finit par croire que tous les jeunes sont ainsi, et que c'est normal, voire inévitable à l'adolescence. Et pourtant, chez les jeunes, nous notons environ que<sup>26</sup> :

- 20 % sont encore vierges à 20 ans.
- 30 % ont arrêté après une (ou des) relation(s) sexuelle(s).
- 60 % sont désireux d'arrêter.
- 80% sont devenus actifs sous la pression de l'entourage et parce qu'ils n'ont jamais appris à dire non.

C'est devant le constat d'un libéralisme sexuel plutôt mal vécu surtout par les adolescentes, que des mouvements d'éducation sexuelle se sont mis en place depuis plus de 20 ans. La plupart de ces initiatives sont parties des Etats-Unis.

C'est le cas, par exemple du mouvement TeenSTAR<sup>36</sup>, qui propose aux adolescents une pédagogie pour une Sexualité Adulte et Responsable. C'est en 1980 que le docteur Klaus met au point la pédagogie TeenSTAR, d'abord conçue pour les filles, puis pour les garçons..., Le Dr. Hanna Klaus, Professeur Associé de Gynécologie et Obstétrique à George Washington University aux U.S.A. met au point cette pédagogie dans les années 70-80, alors qu'elle est directrice du Natural Family Planning Center of Washington. Dans ce cadre, on lui confie des jeunes adolescentes enceintes. A l'époque, il y avait aux USA 1.200.000 grossesses chez les jeunes filles et 400.000 avortements. Comment était-ce possible, puisque la contraception était facilement accessible ? Le contact suivi avec les adolescentes lui a permis de constater qu'elles n'étaient pas à l'aise avec la contraception. En effet, quand le médecin lui donne la pilule hormonale, la jeune fille se sent dévalorisée. Les adolescentes ont tendance à penser concrètement à cet âge-là, elles " télescopent " les idées et se disent : " puisqu'on me donne un médicament contre ma fertilité, c'est que je suis malade " Cette constatation donne une valeur négative à la fertilité qui constitue le fondement de la féminité de l'adolescente au

moment de la puberté. L'adolescente ne prendra pas sa pilule correctement, comme si, en rejetant les contraintes contraceptives imposées par la société, elle voulait prouver qu'elle était pleinement femme. Le Dr. Klaus a pensé que si elle arrivait à donner aux jeunes filles une grande valeur à leur fertilité, leurs comportements changeraient. C'est ainsi qu'elle a mis au point une pédagogie qui fait découvrir à l'adolescente les signes fertiles et infertiles de son cycle. Elle pourra ainsi intégrer l'aspect physiologique de sa sexualité, et son comportement changera. Elle deviendra responsable de sa fertilité, sans apport extérieur, affirmant ainsi sa féminité. Depuis le lancement de la pédagogie TeenSTAR en 1980, les statistiques démontrent que les jeunes qui comprennent la signification de leurs rythmes biologiques se sentent valorisés, et pour la plupart décident (après avoir suivi le parcours), d'attendre de vivre la relation sexuelle dans un engagement fidèle et durable. Le programme TeenSTAR, qui a fait ses preuves d'efficacité aux Etats-Unis a été depuis traduit en plusieurs langues, est enseigné dans 29 pays. Il existe en France depuis 1993.

C'est le cas aussi, parmi d'autres, du mouvement pro chasteté The True Love Waits<sup>37</sup> (ou l'Amour Vrai Attend), parti des USA en 1993, et qui se répand depuis dans le monde entier. D'inspiration catholique, ce mouvement propose aux jeunes un engagement libre et éclairé par ce serment : « Croyant que l'amour vrai attend, je prends l'engagement devant Dieu, mon futur conjoint et mes futurs enfants, d'être sexuellement abstinent(e) depuis ce jour jusqu'à mon mariage, avec la grâce de Dieu ».

Parmi les bienfaits et avantages de la chasteté proposée aux adolescents, on retrouve surtout la notion de liberté<sup>35</sup> :

- Etre libre des dangers liés aux méthodes contraceptives, que ce soient les « ratés », ou les effets secondaires cardiovasculaires, infectieux, et autres.
- Etre libre des grossesses indésirées.
- Etre libre des difficultés d'avoir à élever seul son enfant.
- Etre libre des émotions qui entourent l'avortement.
- Etre libre de tous les ennuis causés par les infections sexuellement transmissibles.
- Etre libre d'un attachement trop fort avec une personne peut-être pas vraiment aimée.
- Etre libre des souvenirs liés aux anciens partenaires.
- Etre libre de s'être senti utilisé.
- La possibilité de mieux connaître les personnes de l'autre sexe.
- La possibilité de développer la relation amoureuse dans d'autres domaines.
- La possibilité de développer ses habiletés sociales et ses talents.

- La possibilité de consacrer ses énergies à préparer son avenir.

Cette chasteté est alors aussi vécue comme une preuve d'amour, témoignant qu'on n'exploite pas le corps de l'autre, mais qu'on l'aime pour lui-même et pour son bonheur. C'est aussi souvent un gage de fidélité future, et surtout c'est un beau cadeau à réserver à sa femme ou son mari. Offre-t-on une bouteille déjà ouverte ou un cadeau déjà usé ?

Idéalisme ou réalisme ? Voici quelques témoignages de jeunes qui suivent ce chemin<sup>36</sup> :

- « J'ai décidé d'arrêter complètement. Cela m'a transformée. Les hommes ne me regardent plus de la même manière. C'est comme si je venais d'un monde plus avancé et plus civilisé. Les vrais rapports humains valent mieux que tout. » (dans la revue Vital, une revue pour jeunes – oct. 1983)
- « Il n'y a rien d'anormal à être encore vierge à 20 ans. » (Réponse au courrier du cœur dans la revue Podium)
- « Depuis que j'ai reçue des cours d'éducation à la vie et à l'amour, il y a un grand changement dans ma vie. J'avais honte d'être encore vierge à 19 ans ; je croyais que je n'étais pas normale. Maintenant je suis heureuse d'être vierge et je le resterai jusqu'à mon mariage. » (A.M)
- « Il n'y a rien de honteux à être vierge. C'est sacré. J'aurais honte de coucher avec quelqu'un rien que parce que j'en ai envie. Et je serais complètement détruite si je couchais avec un gars, et puis qu'après il aille raconter partout « J'ai couché avec Brook Shields. » Le sexe, c'est un engagement. » (Brook Shields, star de cinéma américain. Revue VSD)
- « Je suis très croyante. J'ai toujours dit que je ne ferai pas l'amour avant le mariage. Je suis fière de m'imposer cette discipline. Je crois que la virginité peut être cool et sexy à la fois. » (Jessica Simpson, 21 ans, chanteuse, Télé Magazine, oct. 2001)
- « Je recherche un amour vrai et pur. Pas de la petite bière ! Je veux une relation basée sur du solide, où la confiance règne. Un amour assez puissant et fort pour résister aux tentations, si attirantes parfois. Et je suis convaincue que la plus grande preuve d'amour et de fidélité que tu peux demander à ton chéri, c'est de patienter. » (Mélodie, 15ans, magazine Adorable – oct. 2001 Québec)
- « Je parle ouvertement de ma virginité et j'encourage les jeunes à prendre position. Je souhaite m'épargner les souvenirs d'autres hommes lors de ma nuit de noces, et que mon mari ne pense pas à d'autres femmes. » (Rebecca St James, chanteuse, USA)

- « Je veux rester vierge jusqu'au mariage, parce que je veux donner à celle qui sera mienne une preuve de ma fidélité avant même notre engagement. Lui montrer qu'il n'y aura qu'elle, et que ma virginité n'est pas le fruit d'un ascétisme bête et méchant, mais bien plutôt d'un désir profond d'aimer sans anticipation et sans ambiguïté. Pour mieux donner, et mieux lui offrir ce cadeau unique, gage d'une confiance préservée. » (Thomas, 21ans, dans Croire aujourd'hui – oct.203)
- Erika Harold fut élue Miss America 2003 après avoir fait la promotion de la chasteté jusqu'au mariage...

Voilà les bases qui ont servies de support à la préparation de l'intervention et des questionnaires, ces derniers ayant pour but d'évaluer de façon globale l'impact d'une telle présentation.

## Descriptif de l'étude

Le travail consiste en une sorte d'étude prospective menée sur une classe de BEP, permettant à partir de deux questionnaires identiques, encadrant une intervention orale, de mesurer l'impact d'une telle action de prévention.

### I - Population étudiée :

Il s'agit des 16 élèves en 2<sup>ème</sup> année de BEP « Services aux personnes » de la Maison Familiale de Chantonay dans le cadre du module « fléaux sociaux » de leur formation obligatoire. La classe regroupait 14 filles et 2 garçons de 15 à 16 ans.

Le Brevet d'Etudes Professionnelles BEP, se prépare en 2 ans après la classe de 3<sup>ème</sup>, en lycée professionnel ou en apprentissage. Au programme, des matières professionnelles dans la spécialité choisie, mais les matières générales ne sont pas oubliées, même si elles représentent un volume horaire moins important qu'en lycée général. L'admission en BEP se fait sur dossier. Après le BEP, il existe différentes poursuites d'études en fonction du projet professionnel de l'élève. Le BEP « Service aux personnes » proposé à Chantonay permet de répondre aux attentes de jeunes souhaitant travailler dans les secteurs de l'enfance, de la personne âgée, de la restauration, de l'hygiène et entretien, de l'animation, du tourisme.... La formation proposée aide le jeune à bien se situer dans le système scolaire par une pédagogie active : l'alternance. En 2<sup>ème</sup> année de BEP, les lycéens bénéficient de 17 semaines de cours à la maison familiale et de 23 semaines de stage.

La particularité de la formation assurée par les Maisons Familiales Rurales est la vie résidentielle. Le cadre offert par les MFR est celui d'une maison à taille humaine qui peut accueillir une centaine de jeunes en formation, et qui privilégie l'internat. Les MFR sont des associations (Loi 1901) qui redonnent la vraie place aux familles dans l'éducation et la formation de leur enfant. Ces Maisons sont créées et gérées par des familles pour une formation professionnelle et générale, une éducation des adolescents et des jeunes adultes. Elles prennent leur place au sein du milieu qui l'entoure, à l'écoute des professionnels, des élus locaux et des familles.

10<sup>ème</sup> ville de Vendée par sa démographie, avec près de 8000 habitants, Chantonay, est située aux portes du bocage vendéen, à 30 kilomètres à l'est de La Roche sur Yon.

## **II - Méthode utilisée :**

Ce travail a consisté en une intervention d'une heure et demie, dans le cadre du module « fléaux sociaux » de la formation obligatoire du BEP « Service aux personnes ». Les autres sujets abordés dans ce module sont l'alcoolisme, les drogues, les traumatismes crâniens, le cancer, les accidents domestiques, les violences sexuelles. Chaque intervention est donnée par des bénévoles, qu'ils soient professionnels, victimes du fléau, ou faisant partie de l'entourage proche des victimes.

### **1. Préparation de l'intervention :**

Les modalités de l'intervention étaient assez semblables à celles des autres années. Le docteur Remy et moi-même avons préalablement rencontrés le directeur et les enseignants de la Maison Familiale, pour leur expliquer la particularité de la démarche cette année. La présentation entrerait dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale, et serait ainsi encadrée par deux questionnaires semblables de manière à objectiver l'évolution des connaissances des élèves. La demande a été très bien reçue.

### **2. Elaboration et distribution du premier questionnaire**

Le premier questionnaire (cf. Annexe n°2) a été distribué aux élèves quelques jours avant l'intervention. Il avait été convenu, que les résultats de ce questionnaire ne seraient pas analysés avant l'intervention. Le questionnaire a été préparé en parallèle de la présentation proposée aux jeunes.

Ce premier questionnaire de 20 items permettait d'évaluer les connaissances des élèves sur les infections sexuellement transmissibles, et leur prévention. Ce questionnaire comportait deux parties bien différentes.

Nous retrouvons, en première partie, des questions à réponse binaire sur les infections sexuellement transmissibles, abordant de manière très globale et générale des aspects concernant (questions 1 à 15) :

L'épidémiologie (une question) Q1 (pour question n°1)

La symptomatologie (deux questions) Q2-Q3

Les conséquences générales personnelles (co-infections, récurrences, séquelles...) (quatre questions) Q4-Q5-Q8-Q9

Les situations à risque de transmission (trois questions) Q6-Q10-Q13

Le principe de la prise en charge médicale (une question) Q7

L'efficacité de la pilule et du préservatif dans la prévention (deux questions) Q11-Q12

L'intérêt de la fidélité réciproque dans le couple (une question) Q14

Une question à réponse ouverte sur ce qu'ils connaissent pour éviter d'attraper une infection sexuellement transmissible. Q15

La deuxième partie de ce questionnaire permettait plus de faire une sorte d'état des lieux, sur des notions, peut être plus générales sur l'amour et la sexualité et moins axées sur les infections sexuellement transmissibles (questions 16 à 20).

Un sondage d'opinion sur ce que les jeunes pensaient de la façon dont est abordée l'amour et la sexualité dans les principales sources de médias qui leur sont adressées. Q17

Deux questions à choix multiples sur l'acte sexuel et la chasteté. Q 18-Q19

La dernière question leur faisait préciser l'intérêt qu'il portait au sujet, et à l'intervention proprement dite. Q20

Comme convenu préalablement, pour des raisons d'organisation, à notre demande, les enseignants se sont chargés eux-mêmes de la distribution des questionnaires. Ce questionnaire a été rempli de façon anonyme et individuelle en salle de cours, en présence d'un enseignant, de manière à diminuer le risque de discussion entre les élèves.

Le temps imparti pour répondre au questionnaire était de trois quart d'heure, temps largement supérieur à celui nécessaire pour le remplir.

### **3. Déroulement de l'intervention**

Cette intervention a eu lieu le jeudi 17 avril 2008, en fin de matinée. Elle s'est déroulée en deux temps : un enseignement d'une heure suivi d'un temps d'échanges la demi-heure suivante. La présentation a cependant été ponctuée par des précisions brèves à la demande des élèves quand elles étaient nécessaires.

De façon habituelle, un des enseignants est présent lorsque sont sollicités des intervenants extérieurs ; c'est donc Madame Loizeau, leur professeur d'anglais et d'informatique, qui a assisté à la présentation. Madame Loizeau est responsable de l'organisation des interventions dans le cadre de ce module fléaux sociaux.

L'enseignement a été donné dans la salle de classe habituelle des jeunes, les tables ayant été préalablement disposées en demi-rectangle. Il s'agissait d'une présentation orale soutenue par une projection power point.

#### **4. Contenu de l'intervention. (cf. chapitre 3)**

L'objectif était de présenter avec les mots les plus simples possible :

- Les infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes, leurs symptomatologies, leur mode de transmission, et leurs conséquences. Ont ainsi été évoqué la gonococcie, la chlamydie, la syphilis, l'herpès génital, l'hépatite B, l'infection à Papillomavirus..., pendant 25 minutes.
- L'infection à VIH bénéficiait d'une description un peu plus détaillée portant sur les différentes phases de la maladie, les moyens de diagnostic et les buts du traitement, pendant 7 à 8 minutes.
- Quelques diapositives récapitulaient les risques et caractères de gravité des infections sexuellement transmissibles, et leurs points généraux. Durée également de 7 à 8 minutes.
- Quant à la prévention proprement dite, pour reprendre les propositions du rapport Lestradet d'insister auprès des adolescents sur l'intérêt d'une modification des comportements individuels, c'est sans support vidéo que leur a été proposé une sorte d'éducation affective et sexuelle, d'éducation à l'amour. Puis, suivant les trois étapes du programme de prévention ougandais « ABC », il a été question successivement et plus précisément, de l'abstinence chez le jeune, de la fidélité réciproque dans le couple, et du préservatif. Cette dernière partie a duré plus de vingt minutes.

#### **5. Elaboration et distribution du deuxième questionnaire**

Le deuxième questionnaire a été distribué le mardi 20 mai 2008, soit plus de quatre semaines après l'intervention, après une période de vacances et de stage. Les élèves n'étaient pas prévenus de la date du deuxième questionnaire, pour éviter une relecture de notes au dernier moment ; le but étant d'évaluer leur apprentissage spontané, à moyen terme.

Ce deuxième questionnaire est en tous points identique au premier, sauf la dernière question qui fait préciser aux jeunes, en plus de leur intérêt général sur le sujet, leur avis sur l'intervention dont ils avaient bénéficié.

Il aurait pu être tentant, pour optimiser les chances d'avoir des réponses satisfaisantes au second questionnaire, de relire avec les élèves durant l'intervention les questions et d'y répondre ensemble. Le but premier n'étant pas de valoriser ce travail, il ne leur a jamais été proposé de « correction » écrite ou orale du questionnaire.

## **6. Choix de la population étudiée**

Dans la mesure, où cette intervention entrait dans le cadre d'une formation obligatoire délivrée depuis plusieurs années aux jeunes de deuxième année de BEP, nous n'avions choisi ni le lieu de l'intervention, ni l'âge, ni le nombre, ni la répartition des élèves auprès de qui nous travaillerions ce projet.

Il est évident que pour mener une étude interprétable et représentative, il aurait fallu travailler sur une population beaucoup plus nombreuse. Si l'effectif des élèves de deuxième année de BEP « Service aux personnes » avait été plus important, c'est probablement ce qui se serait passé, et le travail aurait pu constituer en une étude prospective menée sur plusieurs classes. Il n'en a pas été ainsi.

Une autre solution aurait pu être envisagée : proposer cette intervention à des élèves du même âge, soit dans une autre maison familiale, soit des jeunes de 16 ans suivant une autre formation. Dans les deux situations, il y aurait eu un caractère intrusif auprès des établissements sollicités, ce qui aurait été en décalage avec l'objectif initial, qui était de répondre à une demande.

## **7. Analyse des facteurs non choisis de l'étude**

### **Liée à la population :**

Caractère semi rural : pour ce qui est de la population étudiée proprement dite, nous appréhendions facilement le caractère semi rural vendéen des élèves. Nous retrouvions rapidement dans cette classe, la complicité liée à la vie résidentielle de ces jeunes internes.

Age : les 16 élèves qui ont suivi la formation avaient entre 15 et 16 ans. A choisir, nous aurions préféré, pour aborder le sujet de l'éducation à l'amour, avoir un public plus jeune, découvrant les modifications de son corps à la puberté. En effet, plus le public est jeune, plus il est vierge, tant dans son corps certes, mais surtout, dans sa conception de l'amour.

Population mixte : La mixité du groupe était assez inhomogène, en effet le public était composé de 14 filles pour seulement 2 garçons. Il est certes important pour un jeune, après qu'il se soit émerveillé des modifications physiologiques qu'il vit dans son corps à la puberté, après en avoir découvert le sens, et après avoir appris à canaliser et à éduquer l'instinct sexuel qui surgit dans sa vie, qu'il découvre les modifications physiologiques et les bouleversements psychologiques majeurs qui en découlent, que vivent en même temps que lui les jeunes du sexe opposé. Dans la mesure où les infections sexuellement transmissibles se transmettent réciproquement de l'homme à la femme, et de la femme à l'homme, ce n'est pas un problème de les présenter devant un public mixte, pour que chacun mesure sa part de responsabilité devant l'autre. En revanche, pour une éducation

affective et sexuelle, il nous apparaissait préférable de parler aux jeunes filles d'une part et aux jeunes garçons de l'autre, au moins dans un premier temps, ceci pour pouvoir insister auprès de chacun, sur ce qui les concerne plus particulièrement, et permettre durant le temps de questions de créer une ambiance plus favorable. Ce détail prend toute son importance, surtout à l'adolescence où le jeune se cherche, se découvre, où il est particulièrement vulnérable et sensible au regard et aux remarques valorisantes, ou au contraire destructrices, que l'on va porter sur lui. L'amour, à l'inverse de la technique relève de l'intimité de chacun. Chaque histoire d'amour est personnelle, mystérieuse, et incommunicable. Il n'est donc pas facile de parler d'amour à des groupes.

Formation suivie : Le type de formation « Service aux personnes » suivie par ces jeunes peut laisser présumer qu'ils puissent être particulièrement sensibles à ce genre d'interventions. C'est aussi tout naturellement que les jeunes adolescents sont réceptifs à tous discours relatifs à la vie et à l'amour en général.

### **Liée à la méthode utilisée**

Durée : La durée impartie pour la présentation était préalablement fixée, comparable au temps des interventions des années précédentes. Une durée d'une heure et demie pour une intervention semble tout à fait raisonnable. En effet, après une rapide présentation personnelle, la présentation a été divisée en trois temps d'une durée à peu près équivalente ; à savoir un peu plus d'une demi-heure pour l'énumération des infections sexuellement transmissibles, à peine une demi-heure pour la prévention proprement dite, et une demi-heure pour les questions. Les élèves étant habitués à avoir des interventions de cette durée, ils ont maintenu un niveau de concentration correct, pendant toute l'intervention.

Par ailleurs, pour un travail éducatif dans le domaine de l'affectif et du sexuel, il est évident qu'une demi matinée était largement trop courte, d'autant que le sujet à traiter était la prévention des infections sexuellement transmissibles, et non l'éducation affective et sexuelle pour elle même. Ceci permettait cependant une première prise de contact avec un groupe d'adolescents, en appréhendant leurs attentes éventuelles dans ce domaine, dans un cadre différent de celui de la consultation médicale. L'éducation reste un travail de longue haleine dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres !

Formation soumise à vérification : Le fait que cette information fasse partie intégrante de leur programme, et qu'elle soit soumise à une vérification écrite des connaissances, les a peut être rendu plus attentif à mon propos.

Choix de l'intervenant : Comme pour chaque intervention de ce module, les enseignants ont fait appel à un bénévole pour aborder le sujet. Pour la prévention des infections sexuellement

transmissibles, faire appel au corps médical répondait aux propositions de Luc Montagnier, reportées dans la commission VII de l'Académie Nationale de Médecine en matière de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles, à savoir<sup>6</sup>:

Former les consciences, éduquer afin de responsabiliser les comportements.

Favoriser une communication plus scientifique qui, à côté d'une vision médiatique peut être trop exubérante, donnerait une place privilégiée à une information venue du corps médical.

## Contenu de l'intervention

### Présentation et commentaires

Voici le contenu de la présentation « power point » proposée aux jeunes le jeudi 17 avril 2008, dans leur établissement scolaire. Sous les diapositives, nous retrouvons les commentaires oraux qui détaillaient et précisaient certaines notions.

La plupart des informations médicales et scientifiques sont tirées du manuel Merck<sup>4</sup>.



**IST**, pour Infections Sexuellement Transmissibles. Encore récemment, le terme utilisé était celui de MST pour Maladies Sexuellement Transmissibles, et précédemment encore Maladies Vénériennes venant de Vénus, la déesse de l'amour.

Depuis 1999, donc, on utilise le terme **IST**, car le terme d'« Infection » par rapport à celui de « Maladie », prend plus en compte le fait que certaines infections soient asymptomatiques.

## LES IST

- DES MALADIES...
    - CONTAGIEUSES : TRANSMISES PAR LES RELATIONS SEXUELLES
    - DE PLUS EN PLUS FREQUENTES
    - PASSANT SOUVENT INAPERCUES
    - BEAUCOUP DE CO-INFECTIONS
    - GRAVES
- ..... EVITABLES

Les IST sont donc des maladies :

- **Contagieuses**, par contact cutané direct, ou par contact avec des sécrétions sexuelles (sécrétions vaginales et sperme).
- De plus en plus **fréquentes**, malgré les progrès de la médecine.
- Passant souvent **inaperçues**, c'est-à-dire qu'on ne ressent rien, on ne se sent pas malade d'où le terme IST remplaçant celui de MST.
- Où les **co infections** ne sont pas rares : le corps est fragilisé par la première infection et le risque est plus important d'en attraper une ou plusieurs autres.
- Potentiellement **graves**, allant de la simple gêne qui peut récidiver (pour l'herpès), à la maladie dont on ne ressent aucun signe mais qui peut rendre stérile (pour Chlamydia et Gonocoque), à la maladie chronique, dont on ne guérira jamais (hépatite, SIDA...) et qui peut conduire à la mort.
- **Evitables**, que l'on peut prévenir.

## GONOCOCCIE

- LA PLUS FREQUENTE DES IST
- LE PLUS SOUVENT : AUCUN SIGNE CLINIQUE CHEZ LA FEMME
- GUERISON RAPIDE SI TRAITEMENT PRECOCE
- SINON RISQUE IMPORTANT DE STERILITE

La **Gonococcie**, vulgairement appelée blennorragie ou chaude pisse, est la **plus fréquente** des IST. Elle est causée par une bactérie.

La **transmission** bactérienne se fait par simple **contact, asymptomatique** et indolore.

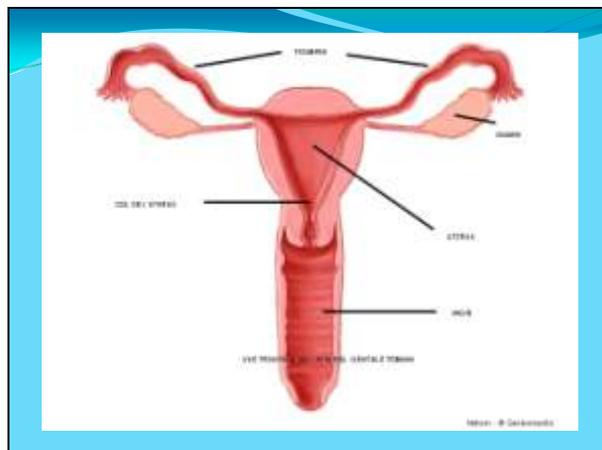
Le plus souvent, il n'y a **aucun signe clinique** : pas de plaie, pas de douleur.

- Chez la femme : on peut voir parfois des sécrétions vaginales blanchâtres, voire quelques brûlures vaginales.
- Chez l'homme : il peut y avoir un écoulement de pus par le pénis, voire quelques démangeaisons du gland.

**La guérison est rapide si le traitement est précoce**, et que les deux partenaires suivent le traitement, même si l'un seulement semble atteint. Le traitement est une cure courte d'antibiotiques après prélèvement (indolore) de sécrétions.

**En l'absence de traitement**, le patient risque des complications

- Pour la femme: on observe souvent une guérison spontanée apparente, sans traitement, mais avec des risques de stérilité secondaire, c'est-à-dire impossibilité plus tard d'avoir des enfants. Il existe également des risques de salpingite, c'est-à-dire d'infection des trompes (cf. diapo suivante), qui se manifeste par de la fièvre et des douleurs abdominales très importantes, nécessitant une hospitalisation pour traitement par antibiotiques en perfusion veineuse.
- Pour l'homme : il y a des risques d'infection de la vessie et des testicules.



## CHLAMYDIOSE

- EXISTE SOUVENT EN CO INFECTION AVEC LA GONOCOCCIE
- CONSULTER AU MOINDRE DOUTE
- RISQUE DE STERILITE

L'infection à **Chlamydiae** a beaucoup de points communs avec la Gonococcie. Cependant, les signes cliniques sont souvent moins brutaux et moins expressifs.

Ces deux infections peuvent co exister, l'une faisant le nid de l'autre.

Devant les faibles signes cliniques, il faut retenir de **consulter** son médecin au moindre doute pour le **dépistage, le traitement**, et la vérification de la guérison.

Les **risques** ne sont pas négligeables là encore en terme de **stérilité**, et d'infection diffusant aux autres organes : aux yeux (conjonctivite), aux articulations (arthrite)...

## SYPHILIS

- TRANSMISSION DIRECTE A PARTIR D'UNE LESION GENITALE OU EXTRA GENITALE : LE CHANCRE
- SANS TRAITEMENT :
  - *DIFFUSE A TOUS LES ORGANES*
  - MORTELLE

La **Syphilis** est une infection qui avait disparu et qui réapparaît depuis 10 ans.

La **transmission** de cette infection, se fait **par contact direct** à partir d'une lésion génitale ou extra génitale : **le chancre: petit bouton de 0,5 à 2 cm** (cf. diapo suivante) situé sur les organes génitaux externes, l'anus ou la bouche.

L'**incubation** de la maladie, c'est-à-dire le délai d'apparition des signes cliniques après le contact avec une lésion infectée est de 3 semaines à 3 mois.

On retrouve ici, un risque de **syphilis congénitale** : c'est-à-dire de transmission de l'infection de la maman au bébé pendant la grossesse.

La **guérison est rapide si le diagnostic et le traitement sont rapidement instaurés**. La guérison n'est donc possible que si le patient décide d'aller **consulter son médecin**.

Sans traitement : la syphilis évolue en trois phases, **diffuse à tous les organes, et est mortelle**.



## HERPES GENITAL

- TOUCHE 2 MILLIONS DE PERSONNES EN France
- MALADIE DESAGREABLE ET RECURRENTE
- CHEZ LA FEMME ENCEINTE, LE BEBE PEUT ETRE CONTAMINE ET LE PRONOSTIC EST GRAVE
- CONTAGION IMPORTANTE MÊME ENTRE 2 PUSSEES

**L'herpès génital** est causé par un virus de la même famille que l'herpès buccal, communément appelé bouton de fièvre. Cette infection génitale touche 2 millions de personnes en France : soit, sur 63 millions de Français, 1 personne sur 30.

Cette maladie se manifeste par des **démangeaisons** importantes, et l'apparition de **vésicules** sur le pénis ou la vulve, regroupées en bouquet.

Il n'y a en général pas de caractère de gravité pour soi même, mais cette infection est très **désagréable** et **récurrente**, c'est-à-dire que les récurrences sont très fréquentes.

Chez la femme enceinte, le **bébé peut être contaminé** et le **pronostic est grave, contraignant parfois à un accouchement par césarienne** pour éviter la contamination du bébé au moment de la naissance.

**La contagion est importante même entre deux poussées!!!**

## PAPILLOMA VIRUS (HPV)

- GRAVITE: 10% PEUVENT EVOLUER VERS UN CANCER
- VACCIN PREVENTIF REMBOURSE EFFICACE PENDANT 5 ANS ET APRES???

Les infections à **PapillomaVirus Humain (HPV)** sont aussi appelées verrues vénériennes (on retrouve Vénus) ou crêtes de coq.

Elles sont localisées au niveau des organes génitaux externes ou du col de l'utérus.

Elles sont causées par plusieurs types de virus de la même famille.

L'incubation est de 1 à 10 mois

Leur caractère de **gravité** réside dans le fait que **10% peuvent évoluer en cancer**, l'évolution est alors lente et peut être **dépistées** à des stades très précoces par les **frottis vaginaux réguliers**.

En fonction du stade de découverte, le **traitement** des lésions se fait par cryothérapie, électrocoagulation, chirurgie, et parfois chimiothérapie.

Il existe depuis quelques années un **vaccin préventif** : remboursé depuis novembre 2007 par la sécurité sociale, efficace pendant au moins 5 ans dans des conditions de réalisation très précises... et après???

## HEPATITE B

- TRANSMISSION PAR VOIE SANGUINE, SEXUELLE ET NEO NATALE
- 300 000 FRANCAIS ATTEINTS SANS LE SAVOIR
- VACCINATION RECOMMANDEE POUR LES POPULATIONS A RISQUE
- RISQUE D'HEPATITE CHRONIQUE, DE CIRRHOSE VOIRE DE CANCER DU FOIE

Il existe beaucoup d'hépatites virales différentes, dont **l'hépatite B**.

Leur transmission ne se fait pas uniquement par voie sexuelle, pour certaines d'ailleurs, il n'y a aucun transmission sexuelle.

L'hépatite B se transmet par **voies sanguine, sexuelle et néonatale**

300 000 Français sont atteints d'hépatite B, sans le savoir (pour information : Nantes compte 270 000 habitants).

Les premiers signes de la maladie sont assez semblables à ceux de la grippe associant une grande fatigue, de la fièvre, et des douleurs musculaires, puis le patient développe un ictère, (la fameuse jaunisse).

Du fait, du risque de contamination sanguine et sexuelle : **la vaccination a été initialement recommandée** dans les populations à risque, à savoir, les professionnels de la santé, les toxicomanes, les prostituées, puis a été étendue à tous ceux qui le souhaitent. La vaccination est actuellement incluse dans le schéma vaccinal proposé dans l'enfance.

L'hépatite B est une maladie chronique dont on ne guérit pas.

Evolution possible vers l'hépatite chronique, puis vers la cirrhose, voire vers le cancer du foie.

**MYCOSE**

- IST UNIQUEMENT POUR L'HOMME
- AUTO TRANSMISSION CHEZ LA FEMME
- DEMANGEAISONS ET PERTES BLANCHÂTRES
- PEU DE COMPLICATION
- RISQUE DE RÉCIDIVES
- IMPORTANCE DES MESURES D'HYGIÈNE

Les **Mycooses** ne sont des infections sexuellement transmissibles que chez l'homme.

Chez la femme, il s'agit d'une **auto contamination**: le germe le plus souvent impliqué, le Candida Albicans, est présent dans le tube digestif sans causer de maladie, mais sous certaines conditions : par exemple chez le diabétique, en cas de traitement par corticoïdes ou antibiotiques, de prise de pilule contraceptive, de port de vêtements trop serrés, d'excès d'hygiène intime..., ce germe se développe dans le vagin de façon excessive et entraîne une mycose.

La femme se plaint alors de **démangeaisons et de pertes vaginales blanchâtres**.

On retrouve **peu de complications**, mais des risques importants de **récidives**.

Le médecin insistera chez la jeune femme qui est sujette à ce genre d'infections sur l'importance des mesures d'hygiène préventives.

**... ET BIEN D'AUTRES ENCORE**

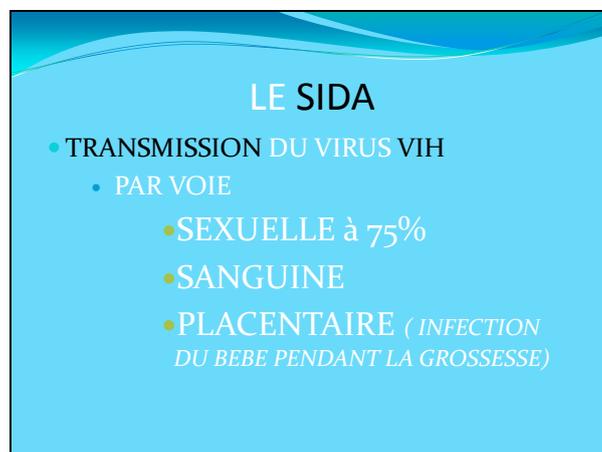
- LYMPHOGRANULOMATOSE VENERIENNE (MALADIE DE NICOLAS FAVRE)
- LE CHANCRE MOU
- LA TRICHONOMASE
- ....



Le SIDA, dont tout le monde a entendu parler, a été découvert dans les **années 1980**, initialement dans les milieux **homosexuels aux Etats-Unis**. Puis malheureusement, la **propagation a été rapide** sur tous les continents et dans tous les milieux.

**SIDA** sont les initiales de

- **Syndrome**: regroupe un ensemble de symptômes, de signes cliniques de maladie
- **Immuno**: du système immunitaire: le système chargé de la défense de l'organisme
- **Déficienc**: ce qui signifie que ce système immunitaire ne fonctionne pas
- **Acquis**: maladie contractée au cours de la vie, absente des gènes à la naissance, toujours transmise par quelqu'un déjà atteint.



La transmission du virus du sida ; le VIH (Virus de l'Immunodéficienc

- **sexuelle** à 75% (tous les rapports n'ont pas le même risque de transmission)
- **sanguine**
- **placentaire** (infection du bébé pendant la grossesse)

**LE SIDA**

- UN TRISTE BILAN !
- **en 2003 :**
  - 5 millions de nouveaux cas  
dont **2,5 millions de moins de 20 ans;**
  - **3 millions de personnes en sont mortes;**
  - **40 millions de personnes vivent avec le VIH/sida.**

### Un triste bilan<sup>28</sup>!

À l'échelle mondiale, l'épidémie du sida continue sa progression de façon alarmante.

Dans le monde, en 2003, selon le rapport d'ONUSIDA, on note, tel que diffusé dans les médias :

- 5 millions de nouveaux cas de sida dont **2,5 millions de moins de 20 ans...** soit la moitié!!
- **3 millions de personnes en sont mortes;**
- **40 millions de personnes vivent avec le virus du sida!**

Nous ne sommes pas dans les mêmes proportions de chiffres que pour les infections précédemment citées, parce qu'on parle ici à l'échelle mondiale. Mais par exemple **ici, sur Chantonnay**, même s'il y a aussi **de plus en plus de gens qui ont le SIDA**, il y a **proportionnellement** beaucoup **plus de jeunes porteurs de Gonocoque ou de Chlamydiae**, et l'on a vu les conséquences terribles de ces maladies, **surtout en terme de stérilité !**

**LE SIDA**

- 4 PHASES
- PHASE 1/ PRIMO INFECTION
  - ATTAQUE DES GLOBULES BLANCS ( DEFENSES DE L'ORGANISME) PAR LE VIRUS  
PEU OU PAS DE SIGNES CLINIQUES
  - PATIENT CONTAGIEUX
  - PRODUCTION D'ANTICORPS PAR L'ORGANISME POUR SE DEFENDRE EN 15] à 3 MOIS · SEROPOSITIF (TEST DE DEPISTAGE)

L'infection à VIH se développe en quatre phases.

#### PHASE 1 : **Primo Infection**

Le **VIH** : **VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE** attaque des cellules spécifiques : **les globules blancs** : cellules normalement responsables d'assurer la défense de l'organisme.

**Comparons avec la grippe** : le virus de la grippe, présent dans la salive, se loge au niveau des cellules respiratoires, ce qui va donner de la fièvre, une toux, un écoulement nasal.... En réponse, l'organisme

**fabrique des anticorps**, c'est-à-dire des armes pour lutter contre ce virus, et le patient malade guérira de la grippe en 8 à 10 jours.

Ainsi, le virus du sida entre dans l'organisme par les **secrétions sexuelles ou le sang** pour attaquer des cellules spécifiques : les globules blancs, elle mêmes normalement chargées de défendre l'organisme.

**LE SIDA**

- PHASE 2/ ASYMPTOMATIQUE  
PHASE LA PLUS LONGUE : PLUSIEURS MOIS OU ANNEES  
PATIENT NE SE SENT PAS MALADE  
CONTAGIEUX
- PHASE 3/ FORMES SYMPTOMATIQUES MINEURS  
MULTIPLICATION DU VIRUS  
DIMINUTION IMPORTANTE DES DEFENSES DU CORPS  
FIEVRE, SUEURS, DIARRHEE, ERUPTION CUTANEE...  
CONTAGIEUX

#### PHASE 2 : Asymptomatique

C'est la phase la plus longue, allant de plusieurs mois à plusieurs années, qui correspond à une phase **de latence** ou de trêve. Le patient ne se sent pas malade, mais il est toujours **contagieux**

#### PHASE 3 : Formes symptomatiques mineures

C'est une phase de multiplication du virus dans les cellules, entraînant un éclatement des cellules infectées, et une nouvelle dissémination du virus dans l'organisme. En parallèle, on assiste à une diminution importante des défenses de l'organisme. Les signes cliniques retrouvés ne sont pas très spécifiques : fièvre, sueurs, diarrhée, éruption cutané, infections banales... Là encore, le patient est toujours **contagieux**.

**LE SIDA**

- PHASE 4 : SIDA MALADIE
  - CAPITULATION DE L'ORGANISME
  - ATTEINTE DE LA PLUPART DES ORGANES
    - DES INFECTIONS NORMALEMENT BANALES
    - DES CANCERS

POUVANT ALLER JUSQU'À LA MORT

#### PHASE 4 : SIDA Maladie

Cette phase correspond à la **capitulation de l'organisme**, la plupart des organes sont altérés faisant apparaître des infections normalement banales, des cancers....

Ce sont ces **événements secondaires infectieux ou cancéreux** qui sont responsables du décès du patient.

**LE SIDA**

**DEPISTAGE DU RISQUE DE CONTAGION  
SEROPOSITIVITE**

- **PRISE DE SANG :**
  - RECHERCHE DES ANTICORPS
- **DELAI DE 3 MOIS !**

**Le dépistage des séropositifs**, c'est-à-dire des patients malades ou non, mais déjà contagieux, se fait par une simple prise de sang à la recherche d'**anticorps spécifiques**.

On note un délai de **3 mois** entre **l'exposition à risque** avec le liquide biologique infecté (sécrétion sexuelle, sang...) et la détection **des anticorps dans le sang**.

**LE SIDA**

**LES BUTS DU TRAITEMENT**

NEUTRALISER LE VIRUS AVANT SON ENTREE  
DANS LES GLOBULES BLANCS

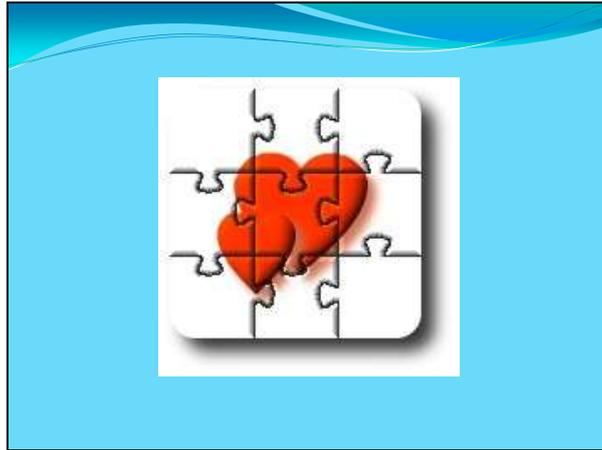
EMPECHER LA MULTIPLICATION DU VIRUS

AUGMENTER LES DEFENSES DE L'ORGANISME

TRAITER LES INFECTIONS OPPORTUNISTES

**Les buts du traitement sont multiples :**

- **Neutraliser le virus** avant son entrée dans les globules blancs.
- **Empêcher ou limiter la multiplication** du virus.
- **Augmenter les défenses** de l'organisme.
- **Traiter les infections opportunistes** qui se développent au dépend de l'organisme fragilisé.



RISQUES ET CARACTERES DE GRAVITE DES IST

- *CONTAMINATION PAR PORTEURS SAINS ASYMPTOMATIQUES CONTAGIEUX*
- *RISQUE MAJEUR DE CO INFECTION*
- *RECIDIVES FREQUENTES*
- *PARFOIS MALADIES CHRONIQUES*

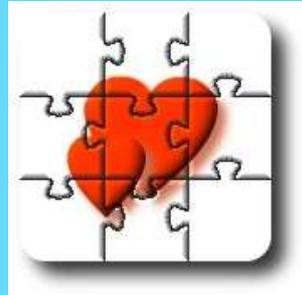
### Risques et Caractères de gravité des infections sexuellement transmissibles<sup>25</sup>

- Risque de contamination « involontaire » par un **porteur sain asymptomatique mais contagieux!**
- Risque majeur de **co-infections** : le fait d'être atteint d'une ces infections rend l'organisme plus vulnérable et donc plus à risque d'en contracter d'autres.
- **Récidives** fréquentes pour certaines infections sexuellement transmissibles (mycose, herpes.)
- Certaines infections sexuellement transmissibles (hépatite B, sida) sont des **maladies chroniques**, c'est-à-dire dont on ne guérira pas, que l'on gardera toute notre vie.

## RISQUES ET CARACTERES DE GRAVITE DES IST

- *RISQUE DE GROSSESSE EXTRA UTERINE*
- *RISQUE DE STERILITE*
- *APPARITION DE CANCERS*
- *CONTAMINATION DU FŒTUS POUVANT ENTRAINER SA MORT*
- *PARFOIS MORTELLES*

- Risque pour la chlamydie et la gonococcie de **grossesse extra utérine** et de **stérilité** : impossibilité plus tard d'avoir des enfants.
- Pour certaines IST, risque d'apparition de **cancers** (Papillomavirus et hépatites).
- Risque de **contamination du fœtus** avec parfois mort du bébé.
- Maladies **mortelles pour certaines d'entre elles** (sida, hépatite B...).



- PAS DE MALADIE HONTEUSE
- CONSULTER UN MEDECIN AU MOINDRE DOUTE
- SE SOIGNER A DEUX
- SE SENTIR RESPONSABLE DE TOUS LES PARTENAIRES
- SE SENTIR RESPONSABLE DE NOS ENFANTS DE DEMAIN



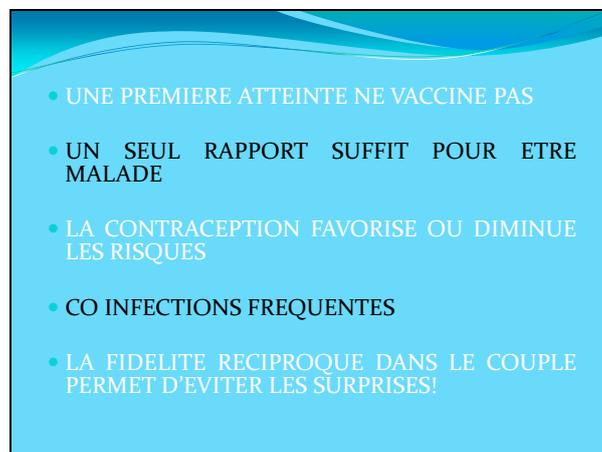
Il n'existe **pas de maladie honteuse**, mais des infections sexuellement transmissibles. Ces maladies sont **dépistées, soignées** comme n'importe quelle autre. On n'a pas à juger les personnes. On n'est certes pas obligé d'approuver certains comportements sexuels, mais ce n'est pas une raison pour exclure quiconque comme un lépreux.

Un **dépistage précoce** est la plupart du temps la **meilleure garantie de guérison**. Consulter donc au moindre doute, sans fausse pudeur. Il faut savoir que le médecin est tenu au **secret médical**, même vis-à-vis du conjoint ou des parents.

**Se soigner à deux** : ces maladies se contractent à deux et se guérissent à deux. **Inutile que l'un se soigne si l'autre continue de l'infecter**. C'est comme gonfler un pneu crevé!!!!

Se sentir **responsables de tous les partenaires qu'on a pu contaminer**. Il est grave de ne pas prévenir ceux qu'on a pu infecter. Ce qui nécessite parfois de remonter « la chaîne » de contamination. Il est en revanche lamentable de devenir par insouciance **un danger social**.

Se sentir **responsables de nos enfants de demain**. Il est **regrettable que** ce soient **les enfants qui paient pour les erreurs des parents**, que ce soient les enfants malades, contaminés par leurs parents ou les enfants qui vont devenir orphelins car leurs parents sont atteints d'une maladie mortelle qu'ils auraient pu éviter d'attraper. Notre corps appartient à nos descendants, nous avons pour eux à les conserver en bonne santé. **Le sida ne fait pas que des morts, il fait aussi des orphelins!**

- 
- UNE PREMIERE ATTEINTE NE VACCINE PAS
  - UN SEUL RAPPORT SUFFIT POUR ETRE MALADE
  - LA CONTRACEPTION FAVORISE OU DIMINUE LES RISQUES
  - CO INFECTIONS FREQUENTES
  - LA FIDELITE RECIPROQUE DANS LE COUPLE PERMET D'EVITER LES SURPRISES!

Ces maladies en général, **peuvent s'attraper plusieurs fois**. Ce qui veut dire qu'une première atteinte ne vaccine pas.

**Un seul rapport suffit pour qu'une maladie des plus graves soit transmise**. Dans bien des cas, même un porteur sain (microbes endormis !) peut être contaminant.

La pilule ne protège pas des IST et peut favoriser les candidoses.

Les infections sexuellement transmissibles **fréquemment s'associent entre elles** : l'un fait le lit de l'autre... un train peut en cacher un autre !

**Ceci dit, pas d'affolement.** Les infections sexuellement transmissibles ne s'attrapent qu'exceptionnellement en dehors de la vie sexuelle.

Et les couples qui savent vivre une sexualité ordonnée dans la fidélité seront à l'abri de surprises désagréables.



### **L'amour ... un danger ???**

Ce serait donc dangereux d'aimer ? Bien sur que NON, il ne faut pas avoir peur de l'amour que vous sentez monter en vous, mais aimer, ça s'apprend!

Dans la vie d'un homme, dans tout développement humain après l'enfance qui est la période des apprentissages, suit l'adolescence, cette période qui commence à la puberté où vous avez remarqué que votre corps s'est modifié, apparition des caractères sexuels secondaires, modifications physiologiques entraînant la capacité chez la jeune fille et le jeune homme de transmettre la vie... capacité que l'homme conservera tout au long de sa vie et qui s'arrêtera pour la femme au moment de la ménopause vers 50ans. Cela ne veut pas dire que la femme ne sera plus capable d'aimer et d'être aimée, mais simplement qu'elle ne pourra plus avoir d'enfant. L'homme lui, sera fécond toute sa vie et si à 65, 75, ou 85 ans, il avait une relation sexuelle avec une jeune fille de 25 ou 35 ans, il pourrait être papa!... Vous imaginez cependant que ce ne serait à souhaiter pour personne, ni pour l'enfant, ni pour le papa, ni pour la maman...

Chez tous les jeunes, que ce soient vos grands parents quand ils ont eu 12 ans ou les jeunes d'Amérique, de Chine ou d'Afrique qui ont eu 12 ans il y a 3 à 5 ans comme vous, ces modifications physiologiques de la puberté ont déclenché des bouleversements psychologiques majeurs, bouleversements psychologiques nécessaires pour passer de l'enfance à l'âge adulte. L'âge adulte est caractérisé par les responsabilités que l'on doit prendre, responsabilité dans le travail, responsabilité civique par le droit par le vote, responsabilité de parents vis-à-vis de leurs enfants au sein d'une famille...

L'adolescence est donc un temps de préparation, de discernement, de murissement de soi, où le jeune découvre que sa personnalité est unique au monde, qu'il est fait pour aimer et pour être aimé et que c'est cela le meilleur de lui-même. Et en même temps que vous avez senti des sentiments amoureux naître dans votre cœur, vous avez découvert l'instinct sexuel qui a surgi dans votre vie avec parfois une violence qui déconcerte, de façon peut être encore plus vive chez le garçon ; instinct qui doit être canalisé et éduqué, pour que vous appreniez à le maîtriser.

C'est naturel qu'un garçon et une fille s'attirent. Vos corps sont jeunes et beaux. Il est naturel cet instinct sexuel qui attire un garçon et une fille.

Il y a 2 grandes tendances instinctives très puissantes en l'homme : celle de la nutrition et celle du sexe. Les pulsions de l'instinct de la nutrition poussent à s'alimenter. C'est la faim qui nous pousse à nous alimenter régulièrement pour nourrir son corps, pour lui apporter l'essence dont il a besoin pour fonctionner. Une voiture n'a pas d'instinct. C'est son utilisateur qui pense à mettre de l'essence dans le réservoir pour la faire fonctionner. Cet instinct est à éduquer; et un homme ou une femme équilibré(e) est celui ou celle qui maîtrise l'instinct de la nutrition de telle façon qu'il n'y ait pas d'excès, ni dans les minimums ni dans les maximums pour éviter les maladies que sont l'anorexie et la boulimie. Et cet instinct est accompagné du plaisir, plaisir d'un bon repas...

Revenons maintenant aux pulsions de l'instinct sexuel. Il y a une part d'instinct dans l'attrait naturel qui poussera deux personnes de sexe différent à unir leur corps et cette rencontre, cette union des corps procure un grand plaisir pour l'homme et la femme. Et cet instinct s'exprime et trouve sa finalité dans le besoin ; et l'accomplissement de tout homme et de toute femme adulte c'est le don de soi : le don des corps certes, mais aussi le don des cœurs. Et c'est cet accomplissement total de soi qu'exprime la sexualité dans l'amour : le don des corps dans le don des cœurs.

Et c'est magnifique de se dire que c'est par cette relation du don des corps, qui est l'expression la plus forte du don de soi, que l'homme et la femme vont transmettre la vie, que de cette union va pouvoir naître un petit bébé, que l'homme et la femme vont pouvoir fonder une famille. Imaginons que pour avoir des enfants, il faille à l'inverse de ce qui se passe dans la réalité, faire quelque chose qui fasse mal, qui soit douloureux ou très pénible, vous pouvez être certain qu'il y aurait beaucoup moins d'enfants sur la terre, que nous ne serions peut être pas tous là ce matin !!

Pour vivre tout ça pleinement, il faut éduquer, canaliser cet instinct sexuel, il faut apprendre à se connaître soi-même ; apprendre à découvrir nos aspirations profondes, ce que nous voulons faire de notre vie, quel adulte nous rêvons de devenir...

Il faut apprendre à découvrir l'autre en général, apprendre à découvrir les personnes de l'autre sexe en particulier, les garçons vous verrez et peut être vous avez vu déjà que les filles n'ont pas la même façon que vous de réagir et pour les filles, c'est pareil... Il ne faut peut être pas s'enfermer trop vite dans une relation plus particulière, plus fermée, plus personnelle avec un garçon ou avec une fille.

Vous êtes à un âge où vous découvrez les différences de caractère entre les garçons et les filles et c'est maintenant qu'il faut en profiter pour multiplier les sorties en groupe, que vous appreniez à vous découvrir les uns les autres au sein de votre groupe d'amis.... Ici, vous avez déjà la chance de vivre en internat mixte, et vous apprenez mieux ainsi à vous découvrir au quotidien.

Parce qu'au début et vous vous en rendez compte, vous êtes attirées, vous les filles par un peu tous les garçons, c'est ainsi que Caroline a remarqué que Jean était grand sportif et courageux, elle aime beaucoup sa chevelure, mais elle préfère danser avec Patrick qui danse tellement bien, mais au total elle serait peut être plus attirée par François qui est une ou deux classes au dessus d'elle et qu'elle rencontre tous les matins quand elle va au lycée.... Et puis de son côté, Jean va aussi être attiré par Caroline, et de jours en jours, de semaines en semaines, ils vont rentrer dans une relation un peu plus privée tous les deux, mais ce n'est pas encore vraiment ça l'amour. Parce que au début quand vous connaissez l'amour, vous, les jeunes, ce n'est pas l'autre que vous aimez, c'est vous ; vous aimez être choisi, vous aimez les câlins, vous aimez les plaisirs que l'autre vous donne, et puis un jour, formidable, vous vous dites ce gars est merveilleux, cette fille est terrible, alors maintenant c'est son bonheur que je veux, alors là, on commence vraiment à aimer.

Et c'est vrai que même s'il n'y pas d'âge pour aimer, aujourd'hui on commence plus tôt, parce que les médias nous y poussent, que dans toutes les revues de jeunes, on a tout de suite une histoire amoureuse, que quand on a 14 ans on veut faire comme ceux qui en ont 16, et c'est pour ça qu'on commence très tôt. Mais de quel amour ? C'est un amour qui est en général possessif, qui n'a pas la prétention de durer, et qui n'aura de sens, que quand il va basculer depuis le désir dans le don ; « l'amour commence quand on préfère l'autre à soir même ! »

Alors me direz vous, quel lien avec les infections sexuellement transmissibles ?

On l'a vu, le problème des infections sexuellement transmissibles, c'est la rapidité à laquelle elles se propagent, leur augmentation importante, alors que la médecine fait de grands progrès dans biens des domaines. Mais si ces maladies se propagent à grande vitesse et qu'elles touchent de plus en plus les jeunes, c'est que on ne vous a peut être pas expliqué que cette pulsion sexuelle qui peut surgir de façon assez violente pendant l'adolescence, il faut apprendre à la maîtriser, à la canaliser. Souvent, on veut vous faire croire, que c'est normal d'avoir des relations sexuelles dès qu'on en ressent le désir : l'essentiel étant d'éviter deux dangers: le sida en utilisant le préservatif, et la grossesse en utilisant la pilule.

En effet, les infections sexuellement transmissibles sont des blessures de l'amour, mais ce ne sont pas les seules blessures de l'amour qu'un jeune puisse rencontrer ; il y a bien sur aussi les grossesses inattendues, les chagrins d'amour qui font souffrir l'un beaucoup plus que l'autre, et dont le jeune qui est encore en train de se construire aura parfois bien du mal à s'en remettre (ce n'est pas pour rien qu'il y a proportionnellement beaucoup plus de suicides chez les jeunes qui ont une vie sexuelle que chez les autres) ....

Les infections sexuellement transmissibles se propagent dans la jeunesse au rythme de son activité sexuelle, plus un jeune papillonnera à droite à gauche, bien souvent pour une recherche de plaisir personnel, plus il s'exposera au risque d'attraper et de transmettre une infection sexuellement transmissible à son (sa) partenaire.

Ce que j'ai voulu vous dire c'est que l'amour ça se construit à deux ! L'amour, ce n'est pas que le coup de foudre initial, c'est, à partir des sentiments forts que deux personnes ressentent l'une pour l'autre et qui sont la base de toute relation, un acte volontaire de l'un et de l'autre qui s'engagent naturellement à vouloir le bonheur de l'autre.

Et avoir des relations sexuelles, qui sont une expression très forte du don de soi, sans engagement de l'un envers l'autre, c'est poser le toit de la maison sur quelques piliers qui chuteront à la première tempête. Ce don du corps, c'est le toit de la maison de notre vie, ce qui complète la construction, la rend imperméable aux tempêtes, vents et pluies, maintient la chaleur et protège du froid. Et vous imaginez bien que si vous mettez le toit alors qu'il n'y a dessous non pas une maison complète mais un ou deux piliers, le toit va tomber, la maison va s'effondrer. Chez les deux jeunes qui auront eu des relations sexuelles sans engagement, parce qu'ils auront cru s'aimer, mais sans volonté de faire tenir la maison, leur amour aussi risque de se casser la figure, et il y en aura toujours un des deux qui souffrira plus que l'autre.

Et pour en revenir au sujet, c'est à force d'essayer de mettre le toit, sans bâtir en dessous les murs, que les infections sexuellement transmissibles se propagent.

Si l'instinct sexuel n'a pas été appris à être maîtriser, c'est le cas chez beaucoup de jeunes qui butinent d'une fleur à l'autre comme une libellule, chez les jeunes qui vont d'une fille à l'autre, d'amourette en amourette, et qui ne savent ni se fixer ni rester fidèles, il n'y a pas de connaissance réelle de la profondeur et de la beauté de l'amour humain. Il y a simplement utilisation de son corps et du corps des autres pour un plaisir personnel.



**Le programme ABC, qu'est-ce que c'est<sup>18</sup>?**

C'est la campagne proposée par le Président de l'Ouganda en Afrique, pour lutter contre la diffusion de l'épidémie du sida, qui a fait passer de 20% en 1991 à 6% en 2001, la population infectée par le VIH.

Alors que dans la majorité des pays, les messages de lutte s'appuyaient surtout sur le préservatif, ce petit pays a fait le pari de proposer une modification des comportements.

ABC comme :

- **ABSTINENCE SEXUELLE :** différez les relations sexuelles si vous êtes jeunes et célibataires!
- **BE FAITHFULL:** pour SOYEZ FIDELE à votre partenaire après avoir fait les tests de dépistages!

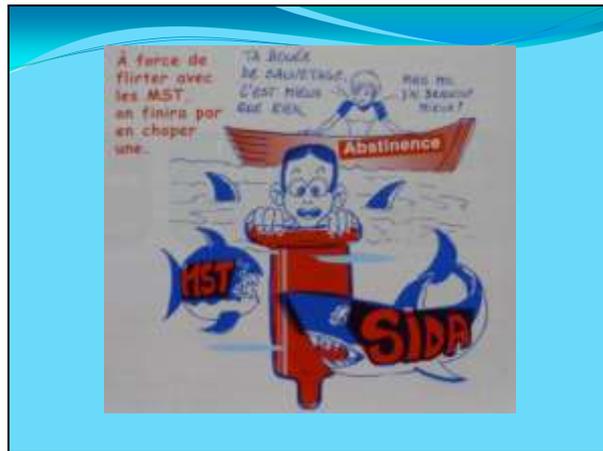
- **CONDOM:** PRESERVATIF : Utilisez correctement et constamment un préservatif si vous papillonnez!

Abstinence ou chasteté: c'est ce dont il s'agit quand on propose aux jeunes de prendre le temps de faire grandir le désir amoureux qui monte en eux. C'est une période d'attente, où le jeune en se construisant, apprend à se réserver pour celui ou celle avec qui il voudra s'engager de façon durable. C'est un temps de découverte de l'autre pour lui, ou l'amour entre deux personnes s'il est amené à durer va basculer de l'amour désir, encore possessif, à la recherche surtout d'un plaisir personnel, à l'amour don de soi, offert pour le bonheur de l'autre et réciproquement. En l'absence de relation sexuelle, le risque de contracter une IST est donc nul pour toutes les infections.

Soyez fidèle: lorsque ce sentiment amoureux a grandi de façon réciproque et que dans le couple chacun est prêt à s'engager envers l'autre, on l'a dit l'acte sexuel, est la plus belle façon pour un couple d'exprimer son amour. Dans ces cas-là, il est recommandé aux amoureux de consulter leur médecin, qui entre autre leur prescrira des tests de dépistages. Si chacun trouve son bonheur dans cette relation, que l'un et l'autre sont attentifs réciproquement et soucieux du bonheur de l'autre (même si les choses ne sont pas toujours évidentes!!) il n'ya pas de raison d'aller voir ce qui se passe ailleurs! Dans ce cas là aussi, de fidélité réciproque, il n'y a pas de risque de contracter une infection sexuellement transmissible.

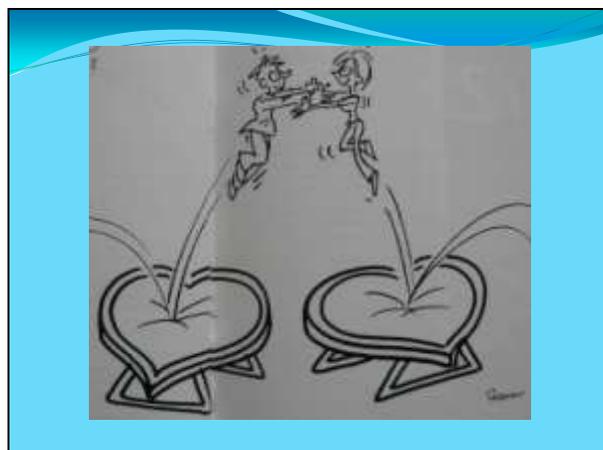
Reste ceux pour qui, pour diverses raisons, ces situations sont dures à vivre, ceux à qui peut-être, on n'a jamais dit que ça valait le coup de maîtriser son instinct sexuel, de ne pas faire n'importe quoi avec n'importe qui, alors pour les protéger eux-mêmes et les autres, il leur est recommandé d'utiliser correctement et constamment un préservatif. Mais il faut savoir, que du fait du risque de ruptures éventuelles, d'une mauvaise utilisation (avec le risque de souiller par les sécrétions sexuelles la paroi externe du préservatif au moment de la pose), et du fait de pores dans sa paroi, et de la taille très petite de certains virus et en particulier du VIH, la protection par le préservatif n'est pas totale, et que son efficacité préventive serait alors de moins de 90% chez des couples hétérosexuels... soit plus de 10% qui risquent d'attraper le sida dans un rapport protégé avec préservatif, toutes situations confondues, cela fait plus d'1 sur 10 soit, étant donné que nous sommes 19 réunis, cela fait 2 parmi nous ce matin... Qui??

D'autant que dans ces cas là, les infections sexuellement transmissibles ne sont pas les seules blessures causées à celui qui papillonne, ou à ses partenaires sexuels!



## SIDA

- SIGNE
- INVITANT à
- DECOUVRIR
- L'AMOUR VRAI



## Temps d'échange

Pour chaque intervention de ce type présentée à la maison familiale de Chantonay, les élèves avaient l'habitude de préparer une première série de questions avant le jour de la présentation. Cette préparation avait eu lieu avant la distribution du premier questionnaire, quelques jours avant mon passage.

En voici donc la liste telle qu'elle m'a été remise:

- Quels sont les signes qui montrent que l'on peut être atteint d'une MST ?
- Comment avancent les progrès au niveau de la médecine?
- Quelles sont les différentes IST qui existent ?
- Comment savoir qu'on a une IST ?
- Peut-on guérir d'une IST ?
- Qu'est-ce que vraiment une MST ?
- Est-ce qu'on peut attraper une MST même avec le préservatif ?
- Comment peut-on l'attraper ?
- Peut-on en mourir ?
- Est-ce que ça se soigne ?
- Comment peut-on vivre avec cette maladie ?

Reprendre leurs questions ensemble, nous a permis de refaire le point. En effet, certaines d'entre elles nécessitaient quelques précisions, en particulier les quatre dernières concernaient le sida. Finalement ils répondaient eux-mêmes à la plupart des questions, le sujet ayant été abordé dans l'exposé.

La dernière question était assez intéressante et ouvrait sur un aspect que je n'avais pas abordé, parce que débordant la question de la prévention. Ce fut l'occasion de préciser qu'il n'y avait pas de maladie honteuse, que nous n'avions pas à juger les personnes. Certes, nous ne sommes pas obligés d'approuver certains comportements sexuels, mais ce n'est pas une raison pour exclure quiconque. Nous avons donc précisé que le virus ne vit que quelque temps hors de l'organisme et surtout qu'il ne peut pas se multiplier dans ces conditions. Il est détruit par la chaleur (à 70°C), et les produits courants de désinfection : alcool, eau de javel... Donc on n'attrape pas le sida en fréquentant un porteur de virus dans la vie de tous les jours : on ne risque pas d'attraper le sida par une poignée de mains, des éternuements, des baisers sur la joue, des caresses. On ne peut pas être contaminé dans les douches, les WC publiques, les piscines, les contacts au bureau ou à l'école. La transmission par le baiser profond est théoriquement possible, le virus ayant été retrouvé dans la salive, mais pratiquement paraît très faible. On n'attrape pas le sida chez le dentiste, l'acupuncteur, le pédicure,

dans la mesure où le matériel est stérilisé comme il se doit. Mais il est sage de n'utiliser que sa brosse à dent et son rasoir<sup>25</sup>.

Il fallait ensuite distinguer le sujet séropositif, du patient en phase de sida maladie. En effet, le sujet séropositif peut quelque temps après la contamination souffrir d'un état de fatigue passager, une sorte de syndrome pseudo grippal, associant de la fièvre, des courbatures, des douleurs musculaires, une augmentation du volume des ganglions, une diarrhée, et une éruption cutanée, etc. Ces symptômes sont inconstants, parfois, il ne se passe même rien, et cette primo-infection passe inaperçue. Quand le diagnostic de l'infection est fait, le patient doit observer un suivi médical précis et prendre un traitement médical spécifique. Les contraintes sont la prise quotidienne, les effets secondaires des médicaments et les interactions avec d'autres traitements prescrits au patient pour d'autres maladies éventuelles. Le rythme des activités de la vie quotidienne est donc peu modifié chez un patient séropositif.

Les choses sont un peu différentes quand le patient entre dans la phase de sida maladie, qui correspond à la capitulation de l'organisme. Se développent alors toutes sortes d'infections opportunistes. Ces infections apparaissent chez un patient déjà affaibli et vont aggraver l'altération de son état général. Parfois, ces éléments intercurrents nécessitent une hospitalisation, et surtout l'état de fatigue dans lequel les patients sont alors, les empêchent de travailler pendant cette période.

Pendant les quelques minutes de transition entre la présentation et le temps des questions, il était proposé aux jeunes, s'ils le souhaitent de poser d'autres questions. Par confidentialité et facilité, les jeunes pouvaient poser leurs questions par écrit. Les jeunes ont peu répondu à cet appel, seulement une question a été posée, à savoir :

- Est-ce qu'il y aura bientôt autre chose que le préservatif qui sera inventé?

Cette question fut l'occasion de redire que le sida et les autres infections sexuellement transmissibles ne sont pas une fatalité. Certains textes officiels recommandent une modification du comportement sexuel de la population : réduction du nombre des partenaires, plus grande fidélité dans le couple, retard de l'âge du premier rapport, promouvant une sexualité responsabilisée valorisant les sentiments. En parallèle, nous pouvons évoquer l'attitude raisonnable qui a été proposée pour remédier au fléau des accidents de la route. On sait le drame permanent que constituent les accidents de la route. Pour faire face à la situation, on ne s'est pas contenté de perfectionner les pare-chocs, de renforcer seulement les carrosseries, d'exiger la ceinture de sécurité. Ce n'est pas seulement un problème de collision à éviter, c'est un problème de conduite à susciter, de bonne conduite. Ne parler que des préservatifs, c'est se soucier seulement des pare-chocs, et des ceintures de sécurité, au lieu de promouvoir un comportement responsable pour soi et pour autrui. Les bénéfices attendus d'une réelle et sincère éducation affective et sexuelle sont au-delà de la seule prévention des infections sexuellement transmissibles. Ce n'est probablement pas sans lien, s'il y a majoritairement plus de suicides chez les jeunes actifs sexuellement que chez les autres. Ce n'est pas

la seule crainte des infections sexuellement transmissibles qui doit nous faire agir. Il ne s'agit pas de retenir ses instincts sexuels par refoulement, par frustration, parce que c'est interdit ou parce que c'est trop risqué..., mais pour faire grandir...

Et, c'est vrai, la chasteté chez le jeune ne résout pas toujours tous les problèmes, mais elle n'aggrave pas les difficultés et ne fait pas de promesse mensongère.

- L'enseignante m'a ensuite demandé de refaire le point sur le rôle de la pilule dans cette situation.

Je leur ai donc confirmé que la pilule n'avait jamais permis de protéger des infections sexuellement transmissibles.

- Enfin, une jeune souhaitait des précisions sur ce que j'avais évoqué quant aux risques variables de transmission du virus du sida en fonction des situations

M'appuyant sur l'échelle des risques proposée par le professeur L. Montagnier, je leur ai rappelé les différentes situations.

Les situations à risques majeurs de contamination étaient la transfusion avec un sang ou un plasma contaminé, l'injection intraveineuse avec des seringues contaminées, les rapports sexuels anaux, et la défloration correspondant à la rupture de l'hymen lors du premier rapport sexuel chez la jeune fille.

Venaient ensuite avec un risque important, les piqûres coupures avec des aiguilles et des instruments souillés, les rapports sexuels par voie vaginale chez des sujets porteurs d'infections locales, et les rapports buccaux.

Puis, on retrouvait avec un risque faible, les rapports sexuels par voie vaginale en l'absence de toute érosion ou infection locale.

Les situations sans risques étaient la chasteté, et la fidélité entre deux sujets séronégatifs.

Le préservatif, divisant par dix les possibilités de contamination, fait descendre d'un cran dans l'échelle des risques.

Pour terminer sur une note positive face à ce fléau social, je leur ai rappelé que les infections sexuellement transmissibles ne s'attrapent qu'exceptionnellement en dehors de la vie sexuelle, et les couples qui savent vivre une sexualité ordonnée dans la fidélité sont à l'abri de désagréables surprises.

## Résultats des questionnaires

La présentation et les questionnaires ont eu lieu pour l'ensemble de la classe, soit pour les 16 élèves.

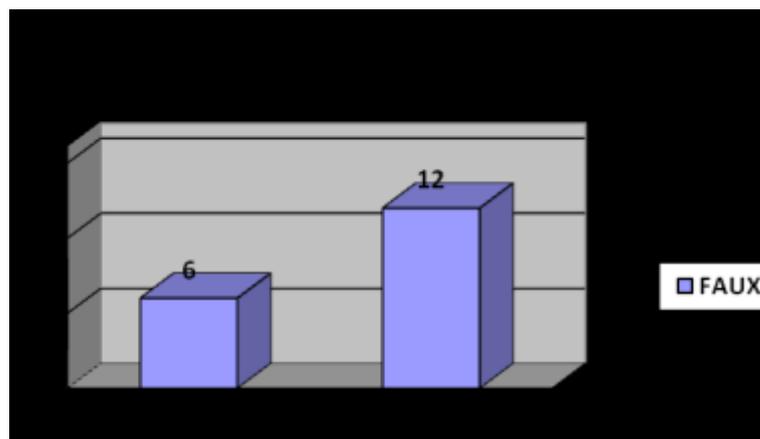
Pour les quatorze premières questions, les élèves avaient le choix entre deux réponses : VRAI ou FAUX. Les élèves ayant largement le temps de lire et de répondre au questionnaire, les deux non réponses du premier questionnaire ont été comptées comme des réponses incorrectes.

Ci-dessous, nous retrouvons graphiquement l'évolution des réponses correctes du premier au deuxième questionnaire. L'échelle des ordonnées, avec un maximum de 16 correspond au nombre total des élèves ayant suivi la formation et répondu aux questionnaires.

**Question n°1** : Grâce aux progrès de la médecine, les IST sont en voie de disparition.

VRAI

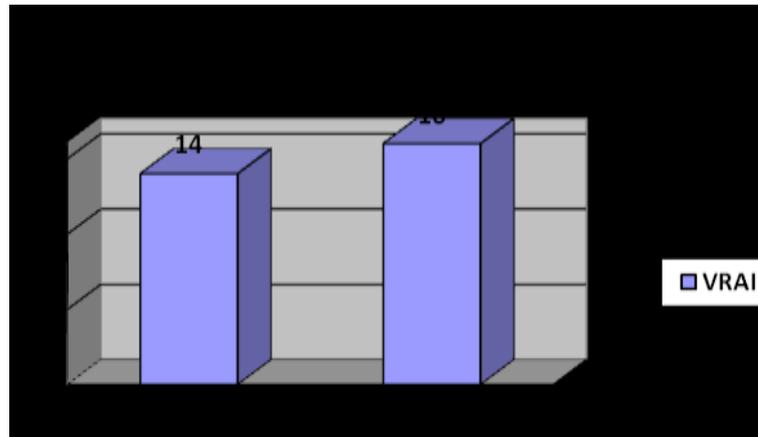
**FAUX**



**Question n°2 :** Une IST peut passer inaperçue : la personne est malade et peut transmettre la maladie sans qu'elle se sente malade.

VRAI

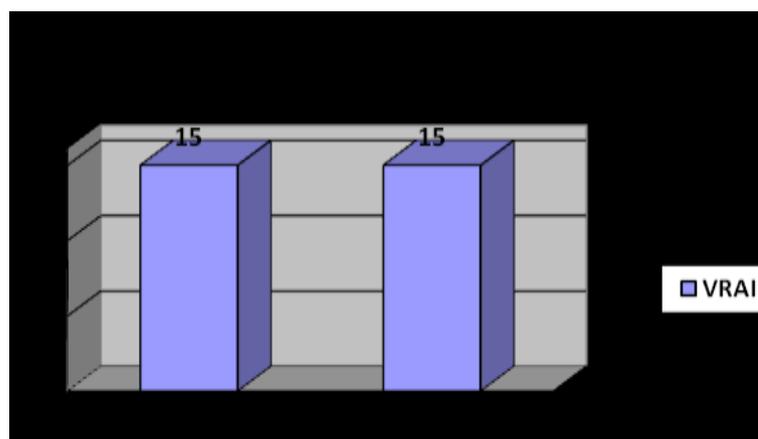
FAUX



**Question n°3 :** On peut porter le virus du SIDA sans le savoir et sans être malade pendant de nombreuses années.

VRAI

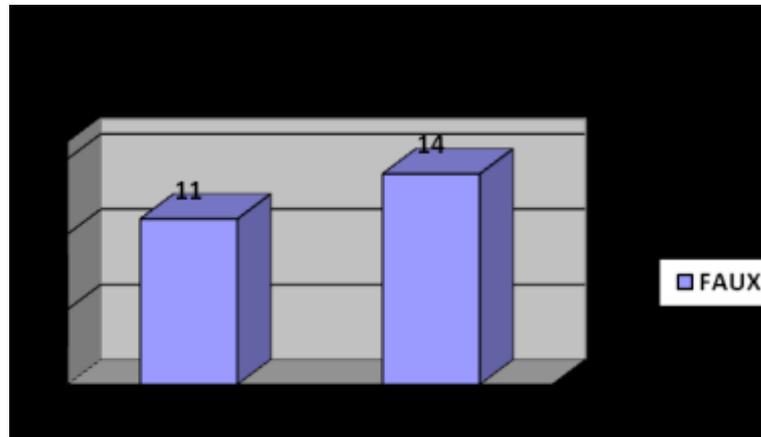
FAUX



**Question n°4** : On ne peut pas être atteint de plusieurs IST en même temps.

VRAI

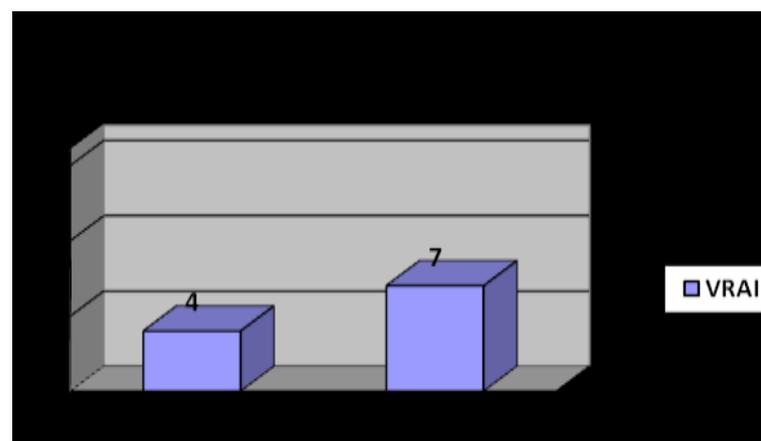
**FAUX**



**Question n°5** : On peut avoir plusieurs fois la même IST.

VRAI

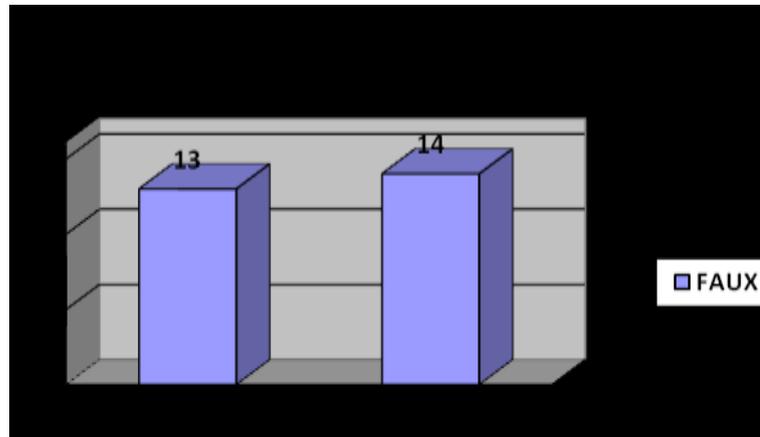
FAUX



**Question n°6** : On ne peut pas attraper le SIDA ou une autre IST au premier rapport sexuel.

VRAI

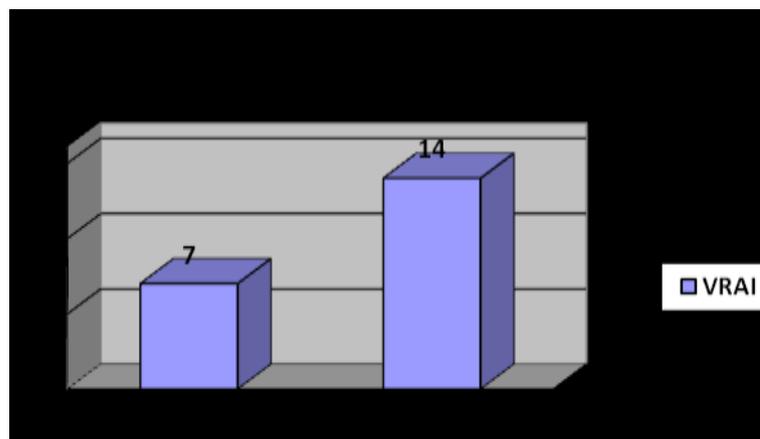
**FAUX**



**Question n°7** : Pour guérir d'une IST, il faut que les deux partenaires soient traités en même temps, même si l'un des deux seulement présente les signes de l'infection.

**VRAI**

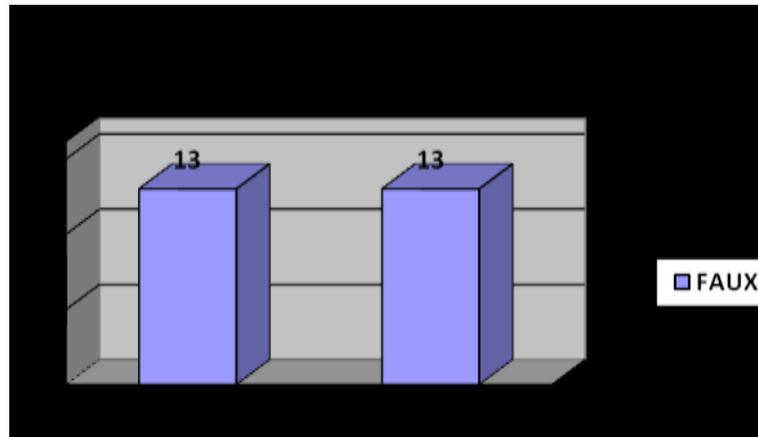
FAUX



**Question n°8** : On guérit toujours sans séquelles des IST.

VRAI

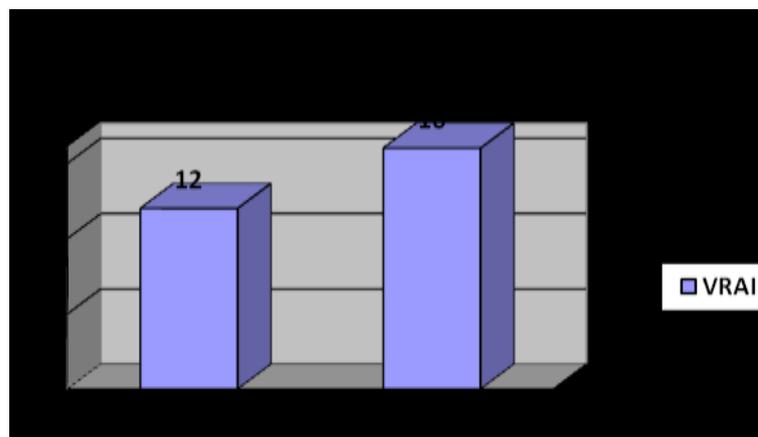
**FAUX**



**Question n°9** : Certaines IST peuvent rendre stérile, c'est-à-dire empêcher définitivement plus tard d'avoir des enfants.

**VRAI**

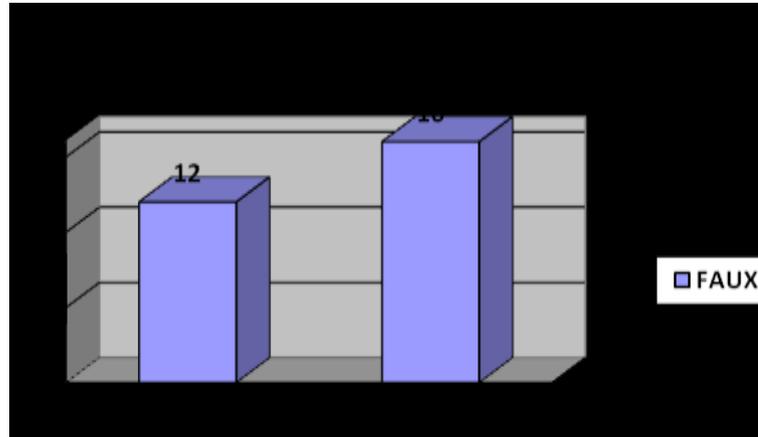
FAUX



**Question n°10** : Une femme enceinte ne peut jamais transmettre une IST à son bébé à naitre.

VRAI

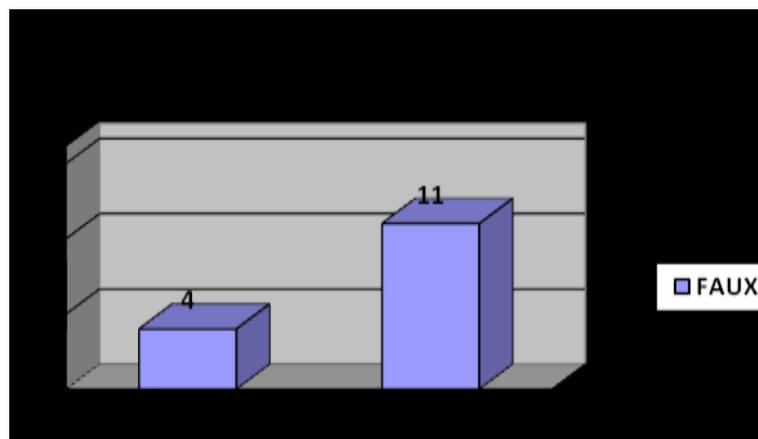
**FAUX**



**Question n°11** : Le préservatif permet dans tous les cas d'éviter d'attraper une IST.

VRAI

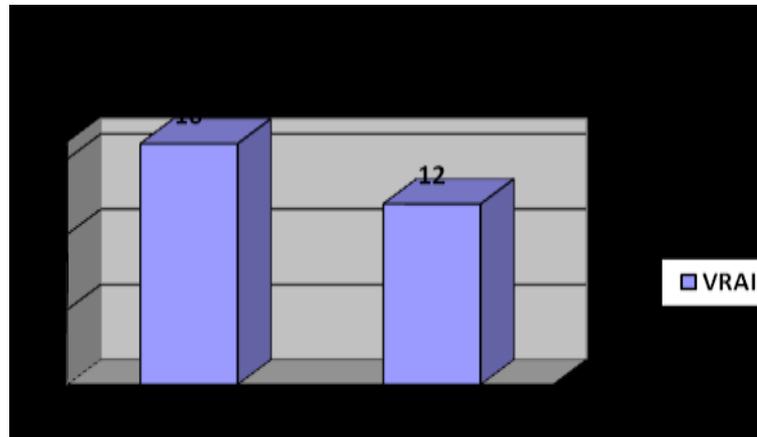
**FAUX**



Question n°12 : La pilule ne permet pas d'éviter les IST.

VRAI

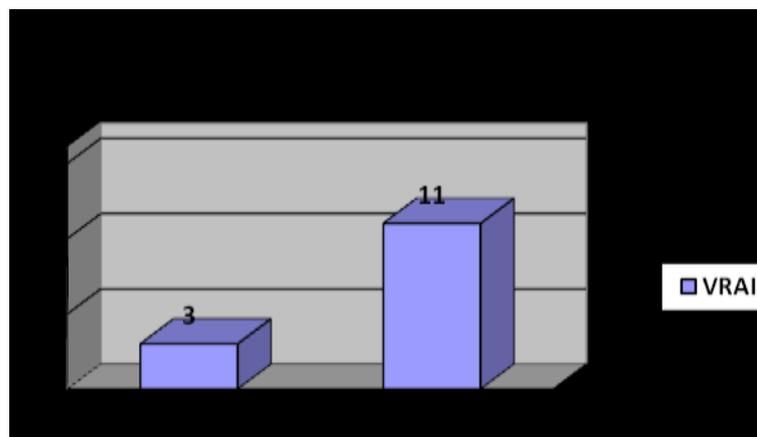
FAUX



Question n°13 : Le premier rapport sexuel pour la jeune fille comporte plus de risques d'attraper une IST que les autres rapports.

VRAI

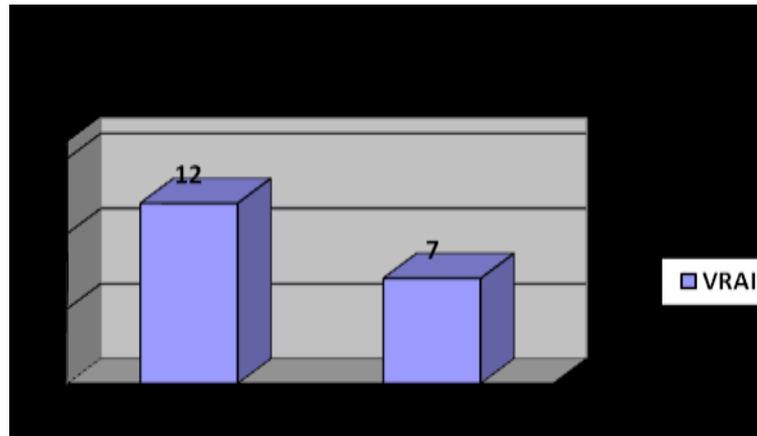
FAUX



**Question n°14 :** Après avoir vérifié auprès de votre médecin que ni vous, ni votre partenaire sexuel n'êtes porteur d'une IST, si vous avez un seul partenaire sexuel, que vous lui êtes fidèle et qu'il vous est fidèle, vous n'avez aucun risque de contracter une IST.

**VRAI**

FAUX

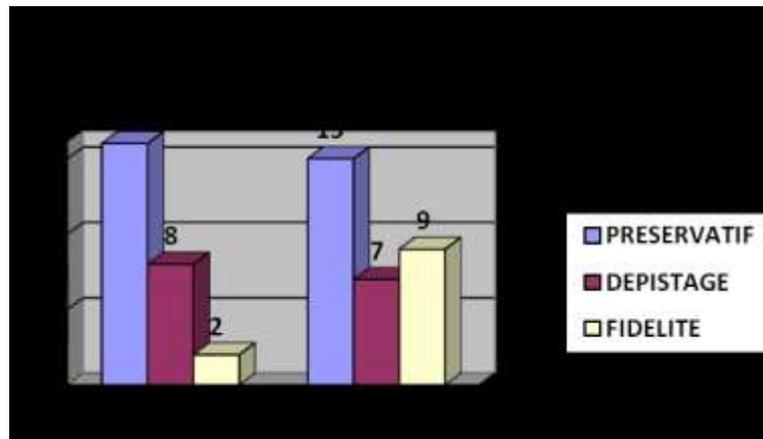


**Question n°15 :** Comment peut-on éviter d'attraper le SIDA ou une autre IST?

Aucune proposition n'était soumise en réponse à cette question. Voici la liste exhaustive des réponses apportées.

- Le préservatif (cité par 16 élèves au premier questionnaire et par 15 élèves au deuxième questionnaire)
- Le dépistage (cité par 8 élèves au premier questionnaire et par 7 élèves au deuxième questionnaire)
- La fidélité (cité par 2 élèves au premier questionnaire puis par 9 élèves au deuxième questionnaire)
- Protéger sa plaie (par exemple par un pansement) (cité uniquement au premier questionnaire par 6 élèves)
- L'abstinence sexuelle (cité uniquement au premier questionnaire par 1 élève)
- Ne pas être en contact avec du sang ou du sperme de séropositif (cité uniquement au premier questionnaire par 1 élève)
- Connaître son partenaire (cité uniquement au premier questionnaire par 1 élève)

- La pilule (cité uniquement au premier questionnaire par 1 élève)
- Avoir une bonne hygiène (cité uniquement au deuxième questionnaire par 2 élèves)
- Le vaccin (cité uniquement au deuxième questionnaire par 1 élève)
- Avoir un rapport sexuel avec une personne qui a une IST (cité uniquement au deuxième questionnaire par 1 élève)

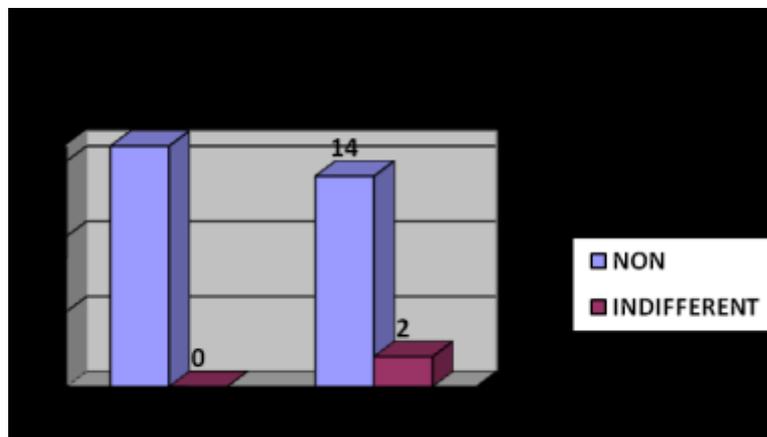


**Question n°16 :** Aimeriez-vous que votre conjoint (e) soit porteur d'une IST au jour de votre mariage ?

OUI

NON

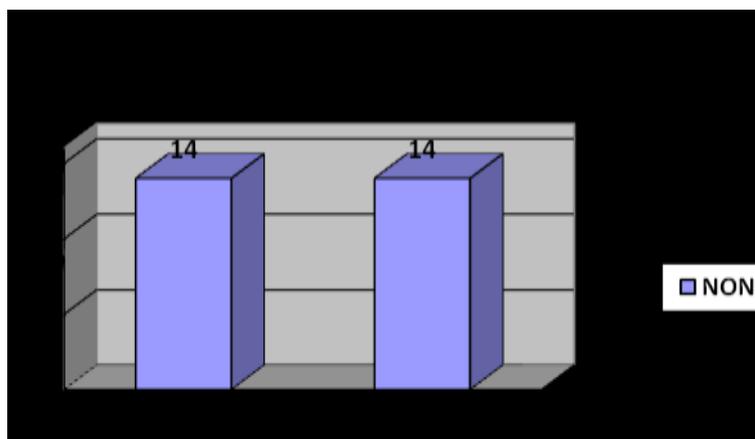
INDIFFERENT



**Question n°17 :** Dans les revues ou les émissions radio et télévisées de jeunes qui parlent d'amour, trouvez vous qu'on insiste trop sur la sexualité ?

OUI

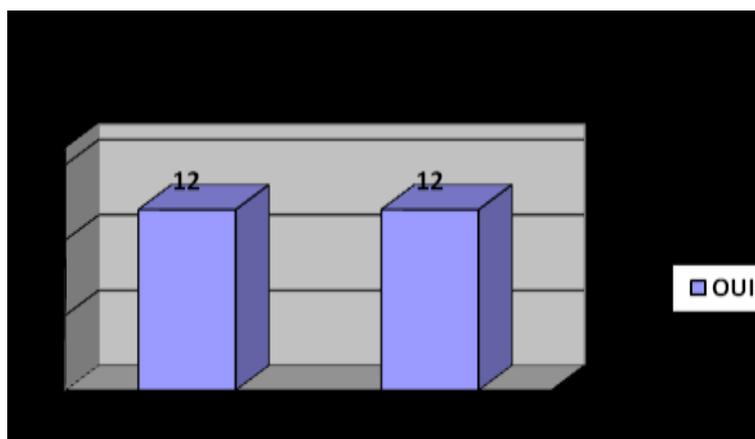
NON



Souhaiteriez-vous que l'on insiste davantage sur une dimension affective et humaine ?

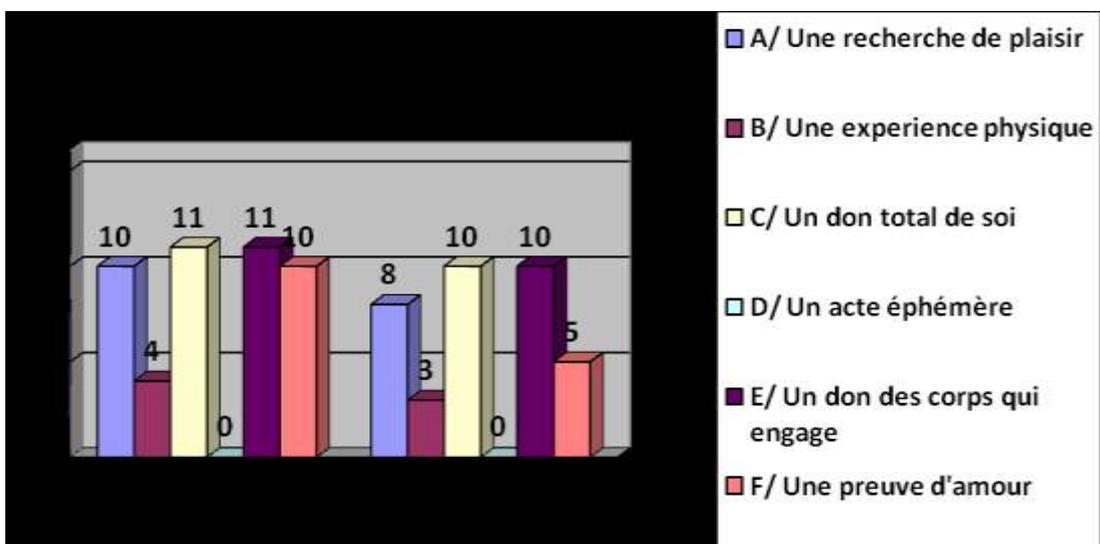
OUI

NON



**Question n°18 :** Pour vous, l'acte sexuel, c'est

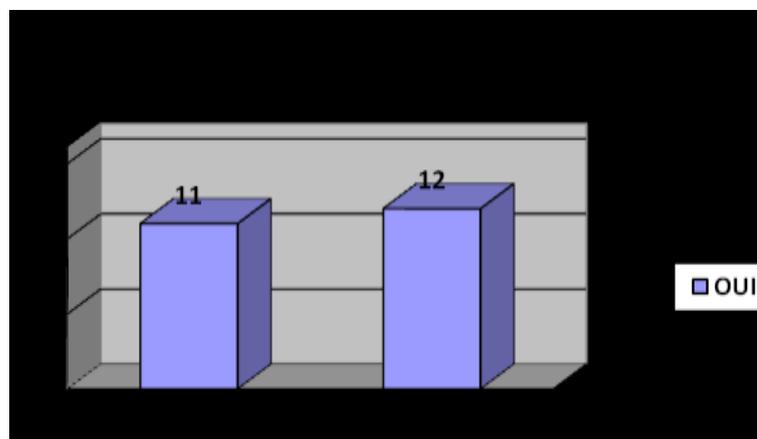
- A : Une recherche de plaisir.
- B : Une expérience physique, un « corps à corps » sportif.
- C : Un don total de soi que l'on offre à l'autre.
- D : Un acte éphémère, sans engagement, sans conséquence.
- E : Le don des corps d'un homme et d'une femme qui se sont engagés par amour dans une relation stable et sérieuse.
- F : Une preuve que l'autre vous aime.



**Question n°19 :** Avez-vous déjà entendu parler de chasteté ?

OUI

NON



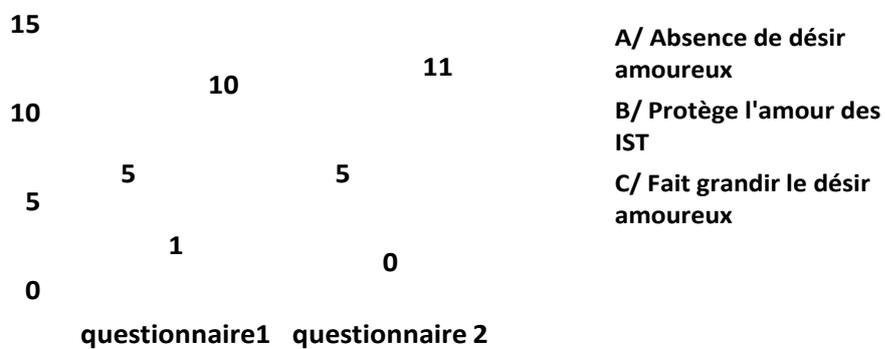
La chasteté ou l'abstinence sexuelle,

A : Est réservée à ceux qui n'ont pas de désir amoureux.

B : Protège l'amour, chez le jeune, des infections sexuellement transmissibles et de leurs conséquences.

C : Fait patienter, chez les jeunes, le désir amoureux qui naît en eux, maîtrise ce désir amoureux et le fortifie pour le grand amour de leur vie.

### Question 19 - 2ème partie

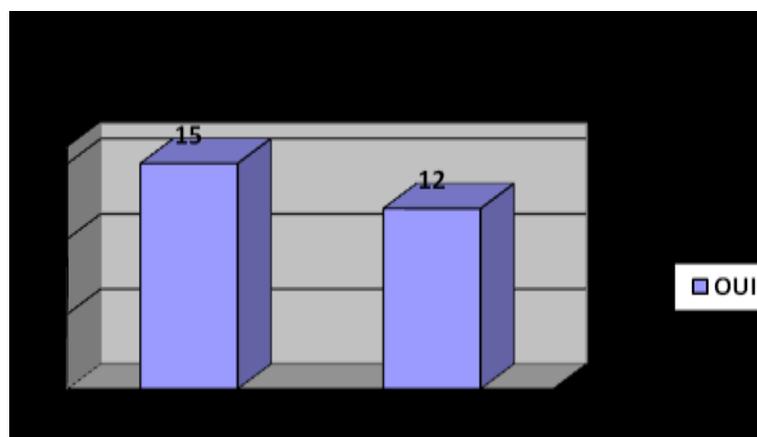


**Question n°20** : Si l'enseignement était facultatif, souhaiteriez vous y assister ?

Si l'enseignement avait été facultatif, auriez vous souhaité y assister ?

OUI

NON



## Analyse des résultats et discussion

Etant donné le nombre limité d'élèves en BEP à la Maison Familiale Rurale de Chantonnay, à qui l'enseignement était délivré, et ayant participé aux questionnaires, il n'était pas envisageable d'en faire des analyses statistiques pour pouvoir en tirer des conclusions significatives. Par ailleurs, l'idée de départ étant aussi de répondre à une demande des enseignants, il était convenu, en l'absence d'autres demandes dans ce sens, de ne pas étendre l'expérience à d'autres classes ou groupes de jeunes.

Pour l'interprétation des résultats, quelques précisions sont nécessaires. Rappelons d'une part, que nous n'avons pas étudié les réponses du premier questionnaire avant l'intervention, ceci afin de conserver le maximum d'objectivité. D'autre part, si le questionnaire et l'intervention ont été préparés en parallèle l'un de l'autre, le but premier de la présentation était bien d'apporter aux jeunes une information sur le sujet à traiter. C'est pour cette raison, que nous n'avons pas repris le questionnaire avec les jeunes en fin d'intervention, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas eu de correction aux questions avant le deuxième questionnaire ; le but étant bien d'évaluer de façon un peu générale, l'impact d'un tel enseignement.

Reprenons les questions par thème, et analysons les réponses obtenues au premier questionnaire, pour faire le point sur les généralités pré acquises.

Question épidémiologie: les jeunes semblent désinformés de la gravité de la situation, puisque plus de la moitié pensent que les infections sexuellement transmissibles sont plutôt en voie de disparition (question n°1 :Q1). Cette réponse pourrait correspondre au fait que grâce aux progrès réels de la médecine dans certains domaines, et à l'apparition de nouvelles thérapeutiques, les jeunes aimeraient croire à une médecine toute puissante. Il ne leur semble alors peut être pas imaginable que ces infections soient encore en voie d'expansion.

Question symptomatologie : la notion qu'une infection sexuellement transmissible puisse passer inaperçue, qu'une personne puisse être infectée par un virus ou un autre agent pathogène, sans se sentir malade semble bien acquise. Tous les élèves sauf un, ont pour ces items, répondu correctement (Q2 et Q3).

Les connaissances générales quant aux conséquences des infections sexuellement transmissibles, semblent aussi relativement maîtrisées. Les jeunes savent à plus de 75% en extrapolant, qu'il est possible d'être atteint de plusieurs infections sexuellement transmissibles en même temps (Q4), que l'on ne guérit pas toujours sans séquelles de ces infections (Q8), et que certaines d'entre elles peuvent rendre stériles (Q9). En revanche, moins d'un tiers savent qu'il est possible d'attraper plusieurs fois une même infection (Q5).

Pour ce qui est des risques de transmission, la plupart des jeunes savent que le premier rapport sexuel n'est pas épargné du risque de contamination éventuelle (Q6), mais très peu, seulement 3 élèves sur 16 savent que le premier rapport sexuel chez la jeune fille comporte un risque majeur de transmission d'une infection sexuellement transmissible par le fait de la rupture de l'hymen (Q13). 12 élèves de la classe soit 75% de la population étudiée savent que le risque de transmission d'une infection sexuellement transmissible de la maman à l'enfant existe pendant la grossesse (Q10).

La nécessité de se traiter à deux, même si l'un seulement des partenaires semble présenter des signes d'infections, n'est pas une notion bien connue des jeunes avant l'intervention, puisque moins de la moitié des réponses est correcte à cette question (Q7).

Dans ces trois domaines, de symptomatologie, de situations à risque de transmission et de prise en charge thérapeutique, la plupart des élèves ont des acquis plutôt satisfaisants. Ceci pourrait venir du fait que les programmes de Sciences de la Vie et de la Terre des classes de quatrième et de troisième consacrent quelques heures de cours aux infections sexuellement transmissibles. Nous notons cependant que certains ne maîtrisent pas encore ces notions. De plus, certaines précisions ne sont pas connues, comme l'absence de phénomène immunisant de ces infections et la situation plus à risque que représente la défloration.

Question prévention proprement dite, qu'en est-il ? 15% d'entre eux seulement savent que le préservatif n'est pas d'une efficacité sans faille en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles (Q11). Nous observons donc, que très peu de jeunes savent que le préservatif a ses limites ; ceci ne semble guère étonnant étant donné les informations délivrées quant à l'efficacité du préservatif entre autre par les autorités ministérielles, et les associations de lutte contre le sida, comme nous l'avons vu au premier chapitre. Pour ce qui est de la pilule, les adolescents semblent déjà savoir qu'elle n'a aucune place dans ce domaine (Q12). 75% des élèves pensent, à juste titre que la fidélité réciproque dans le couple, en l'absence d'infection diagnostiquée, protège des risques infectieux (Q14).

La question 15 leur laissait la possibilité de s'exprimer librement sur ce qu'ils connaissent en terme de prévention des infections sexuellement transmissibles. Nous notons que si tous les élèves parlent du préservatif, ils sont aussi la moitié à citer le dépistage. Nous retrouvons aussi de façon récurrente l'intérêt de protéger une éventuelle plaie. Puis en réponse presque unique, sont évoquées la pilule, le fait de ne pas être en contact avec du sang ou du sperme contaminé, l'intérêt de connaître son partenaire et les notions d'abstinence, de fidélité. Nous ne reviendrons pas sur le préservatif. L'évocation par plusieurs d'entre eux du dépistage, laisse penser qu'ils avaient déjà reçu des informations à ce sujet. Est-ce que ces notions sont étudiées au collège, correspondent à des messages diffusés dans les émissions grand public pour adolescents, ou à des informations dont ils auraient entendus parler personnellement auprès de leur médecin ? Si la précision serait intéressante à connaître, elle dépasse ici le thème traité, et la question reste donc entière à ce sujet. Un(e) jeune évoque la pilule, ce qui laisse penser que si, à une époque, comme on a pu le dire, les jeunes ont accordé à la pilule, un rôle préventif en matière d'infections sexuellement transmissibles, la confusion n'est plus d'actualité.

Nous étudierons les réponses à la deuxième partie du questionnaire, avec les réponses du deuxième questionnaire, dans les paragraphes suivants.

Étudions maintenant les réponses au deuxième questionnaire, et l'évolution des réponses après l'intervention. Pour des questions d'effectifs évoquées précédemment, nous interpréterons les résultats en gardant à l'esprit qu'il n'est pas question d'en tirer des données statistiques valables. En revanche, la multiplication de telles actions et leur analyse globale permettrait d'en tirer des conclusions d'ordre statistiques.

Certaines notions semblent avoir particulièrement bien marqué les esprits. C'est le cas par exemple, en matière d'épidémiologie, où la tendance s'est en effet bien inversée. Le message, que les infections sexuellement transmissibles sont toujours un fléau social d'actualité semble être bien passé, le nombre de bonnes réponses passant de 6 à 12 élèves (Q1). C'est le cas aussi pour la question de la prise en charge thérapeutique, où les jeunes semblent avoir bien intégré l'importance de se soigner à deux, les bonnes réponses ayant doublé au deuxième questionnaire, passant de 7 à 14 (Q7). Nous notons passant de 4 à 11 bonnes réponses, soit près de trois fois plus, que les jeunes ont retenu que le préservatif n'était pas sans faille, comme ils le croyaient au préalable très majoritairement (Q11). Enfin, le dernier point qui semble être bien passé, est le fait que certaines situations, comme la rupture de l'hymen chez la jeune fille, comportent un risque majeur de transmission des infections sexuellement transmissibles en général, et du sida en particulier. C'est ainsi que les réponses correctes à ce sujet sont presque quatre fois plus nombreuses au deuxième questionnaire qu'au premier (Q13).

Les jeunes semblent avoir été particulièrement sensibles et réceptifs aux informations concernant la grossesse, en particulier la question de la stérilité et de la transmission infectieuse materno-foetale. En effet, si pour la majorité d'entre eux, ils avaient déjà bien acquis ces notions au préalable, la totalité des élèves ont retenu la vérité en ce domaine après l'intervention (Q9 et Q10). Nous pouvons donner à cette évolution plusieurs explications. En effet, la population de la classe était majoritairement féminine, et les jeunes filles sont peut-être, encore plus sensible à ces questions de maternité et de stérilité. Il faut aussi rappeler que ces jeunes sont en formation dans les métiers de service à la personne, que beaucoup d'entre eux travailleront au contact des enfants, ce qui peut les rendre plus attentifs sur ces questions de transmission de la vie.

Pour ce qui est de la plupart des autres questions de la première partie, on note soit une stabilité soit un gain de quelques réponses correctes, ce qui laisse penser que les élèves auraient été intéressés et réceptifs aux informations. Cette stabilité ou ce petit gain de réponses correctes est observé pour les notions déjà bien acquises, comme par exemple, le caractère asymptomatique de certaines de ces infections (Q2 et Q3), la possibilité de co-infections (Q4), la possibilité d'être infecté dès le premier rapport sexuel (Q6). On fait aussi la même observation pour les notions plus difficiles à retenir, comme le fait qu'une première infection « ne vaccine pas » et que l'on n'est pas à l'abri d'être réinfecté par un germe pathogène du même groupe.

Analysons de plus près les réponses aux questions 12 et 14.

A l'item intitulé : « La pilule ne permet pas d'éviter les IST » (Q12), la totalité des élèves avaient répondu « VRAI » au premier questionnaire, laissant penser comme on l'a vu plus haut que cette notion était préalablement assimilée. Nous nous souvenons cependant que l'un ou l'une d'entre eux avait cité la pilule, à ce premier questionnaire à la question ouverte sur les moyens de prévention (Q15), d'où déjà cette petite contradiction dans leurs réponses. Et nous constatons avec surprise qu'après l'intervention, ils sont un quart de moins à fournir la bonne réponse. Quelle explication ? La plus évidente pourrait être une remise en cause personnelle du message délivré. En effet, une erreur aurait pu se glisser involontairement dans notre exposé oral qui n'ait pas été relevé par les élèves. Ce n'est probablement pas le cas, car une enseignante était présente, qui a justement demandé de préciser l'absence de rôle préventif des infections sexuellement transmissibles de la pilule, ce qui a été fait durant le temps d'échange. On peut donc aussi penser que la question, que ce soit au premier ou au deuxième questionnaire, ait été mal comprise par certains. En effet, comment expliquer sinon, que au premier questionnaire, à la question 12, les 16 élèves répondent correctement alors que trois questions plus loin, l'un (e) d'entre eux, cite la pilule pour prévenir des infections sexuellement transmissibles. On retrouvait déjà dans le premier questionnaire un non sens dans leurs réponses. C'est pourquoi, peut-être, simplement, que cette question à double négation était difficile à comprendre et certains se sont fait piéger de la sorte. On pourrait aussi imaginer que ayant finalement connaissance des failles du préservatif, ils aient pu avoir un doute et confondre avec la pilule. Heureusement la question 15 viendra infirmer cette hypothèse. En effet confirmant l'idée que le message soit probablement passé correctement, mais que les difficultés résidaient plus dans la tournure de la phrase, on peut se reporter à la question 15 du deuxième questionnaire, où plus personne ne cite la pilule.

Pour ce qui est de la question 14, nous sommes aussi surpris des résultats. En effet, à la question, « Après avoir vérifié auprès de votre médecin que ni vous, ni votre partenaire sexuel n'êtes porteur d'une IST, si vous avez un seul partenaire sexuel, que vous lui êtes fidèle et qu'il vous est fidèle, vous n'avez aucun risque de contracter une IST », alors que nous avons 12 bonnes réponses avant l'intervention, seulement 7 élèves ont répondu correctement après l'intervention. Nous verrons pourtant à la question 15, que les jeunes semblent avoir retenu de l'intervention que la fidélité dans le couple est un moyen d'éviter d'attraper une infection sexuellement transmissible. Analysée donc en parallèle de la question suivante, nous pouvons peut être aussi retenir comme explication, la difficulté de compréhension de la question. ?

A la question 15, les jeunes devaient citer de façon libre ce qu'ils connaissaient comme moyen de lutter contre les infections sexuellement transmissibles. Il faut souligner avant tout, que dans le deuxième questionnaire, l'un ou l'une d'entre eux, n'a pas du répondre exactement à la question qui était posée, puisque sa réponse était « rapport sexuel ou contact avec une personne qui a une IST », ce qui laisse penser éventuellement que la question ait été prise à l'envers... Sinon, nous observons qu'il n'y a pas beaucoup d'évolution dans les réponses quant au préservatif. Au premier comme au deuxième questionnaire, la moitié des élèves parlent du dépistage sanguin ; même si le dépistage ne permet pas d'attraper une infection sexuellement transmissible, ces réponses laissent penser qu'ils

ont compris l'intérêt de prendre conseil auprès de leur médecin, et notamment de vérifier de façon assez systématique, leur statut sérologique. Enfin, nous constatons avec intérêt et satisfaction que la notion de la fidélité dans le couple semble avoir été intégrée comme moyen de limiter la propagation des infections sexuellement transmissibles.

Les deux questions (Q12 et Q14) aux réponses certes inattendues, mais surtout non concordantes aux autres questions évoquant le même sujet, mettent en avant les difficultés d'un tel objectif : évaluer ce qui a été retenu d'une présentation. Si c'est important, de convertir pour ce genre de présentation, des termes scientifiques en mots simples qui puissent être compris de tous, l'évaluation du questionnaire est aussi importante et peut être que l'accent n'avait pas été assez mis sur ce dernier point.

Qu'en est-il des réponses de la deuxième partie du questionnaire ? Par cette deuxième partie, il s'agissait surtout de faire un état des lieux de façon très succincte auprès des jeunes, sur leur conception de l'amour et de la sexualité.

Le fait que les jeunes répondent tous au premier questionnaire, qu'ils ne souhaitent pas vraiment que leur conjoint au jour de leur mariage soit porteur d'une infection sexuellement transmissible n'avait rien d'étonnant (Q16). En effet le but de la question était justement de leur faire prendre conscience, par leur réponse que s'ils ne souhaitent pas que leur conjoint soit porteur d'une infection sexuellement transmissible, sûrement la réciproque pourrait être vraie, et il pouvait être important à partir de là, qu'ils se donnent les vrais moyens de les éviter. L'indifférence de deux d'entre eux à ce sujet, au deuxième questionnaire uniquement, peut être la conséquence d'une vision un peu fataliste de la réalité : la prise de conscience de la prévalence croissante de ces infections a pu laisser certains penser que ces infections étaient une fatalité, que personne ne pouvait y échapper ...Ce n'est pas bien sûr, le sens du message que nous voulions passer. On peut aussi voir une autre explication à cela. Il était peut être important de leur dire ou de leur rappeler qu'il n'y a pas de maladie honteuse. Les infections sexuellement transmissibles sont des maladies dépistées et traitées comme d'autres maladies. Certes, nous ne sommes pas obligés d'approuver certains comportements, mais ce n'est pas une raison pour exclure quiconque comme un lépreux. La grandeur d'un être humain n'est pas diminuée par la maladie dont il est atteint. L'évolution des réponses à cette question est peut être un écho à ce message.

On remarque aussi, alors que majoritairement, ils ne trouvent pas que les émissions et revues d'adolescents insistent trop sur la sexualité, ils souhaiteraient pourtant, pour la plupart que l'accent soit un peu plus mis sur la dimension affective et humaine (Q17).

Pour eux, l'acte sexuel c'est une recherche de plaisir, mais surtout un don de soi offert à l'autre, et le don des corps d'un homme et d'une femme qui se sont engagés par amour dans une relation stable et sérieuse (Q18).

Sur la notion de la chasteté, ils pensent en majorité qu'elle permet, chez le jeune, de faire patienter le désir amoureux qui naît en eux, de le maîtriser et de le fortifier pour le grand amour de leur vie (Q19).

Quant à la dernière question, nous voyons que si très majoritairement, ils souhaitaient assister à l'intervention, il y en a trois parmi eux, pour qui visiblement la présentation n'a pas répondu à leurs attentes, ou les a dérangés. Il faut être vigilant bien sûr, quant à l'interprétation de ce constat, car même si cette « heure de cours » était un peu originale, par la présence d'un intervenant extérieur, elle gardait le caractère assez officiel d'un cours, et bien souvent les élèves préfèrent le temps libre aux cours. Essayons cependant d'en retirer quelques explications. Ces quelques changements d'avis entre le premier et le deuxième questionnaire laissent penser que certains ont été déçus par l'intervention, que ce qu'ils en ont retenu, ne correspondait pas à ce qu'ils avaient envie d'entendre. Concernant la première partie de l'intervention, c'est-à-dire l'épidémiologie, la symptomatologie, les conséquences ... des infections sexuellement transmissibles proprement dite, peut être certain(e)s ont eu peur de ce qui a été dit et finalement auraient préféré ne pas être au courant, pour rester dans une sorte d'ignorance rassurante. Il peut en être de même quant à la prévention de ces infections, la promotion actuelle du préservatif, laisse peu de place à la vérité sur les failles de son efficacité. Parfois, quand la vérité dérange, on préférerait ne pas la connaître. L'évocation de la chasteté chez le jeune, de la fidélité dans le couple, a pu aussi faire écho à des sujets déjà évoqués par leurs parents à un âge où l'opposition est de règle, d'où peut être la réaction de certains. Entendre de la bouche d'un intervenant extérieur, professionnel (et donc à priori respectable), qui ne soit ni parent, ni professeur, des notions déjà entendues, mais classées comme rejetables car désuètes..., a quelque chose de dérangeant. Et c'est à ce moment là pourtant que commence le travail intéressant. Quand le jeune prend conscience que plusieurs voies s'ouvrent à lui, il faut que pour choisir en pleine liberté, on lui ait présenté tous les chemins avec objectivité. Et que si le chemin de la chasteté et de l'abstinence proposé au jeune, est suivi par plus de jeunes qu'on ne l'imagine, c'est qu'il correspond peut-être vraiment, non à un refoulement de sa sexualité, mais à un exercice de maîtrise de soi, permettant de faire mûrir l'amour qui grandit entre eux. Peut être donc que l'intervention ne correspondait pas tout à fait à leurs attentes, que c'était trop dur à entendre pour certain(e)s. Mais n'est ce pas ce qui se passe parfois dans les situations de ruptures de relation médecin-malade ? Avec le recul et son regard extérieur, le médecin doit savoir parfois bousculer, heurter, voire peut être choquer son patient, s'il sait qu'il peut en tirer bénéfice à plus ou moins long terme.

Par ailleurs, si un des buts de cette mission était aussi de leur apporter un complément d'éducation affective et sexuelle, il est beaucoup plus difficile dans ce cas-là, d'en évaluer l'impact éventuel. Est-ce d'ailleurs si important d'essayer de chiffrer ou de vérifier l'impact d'une telle pédagogie ? A l'image de professionnels ou bénévoles sensibilisés par le problème des blessures de l'amour chez les adolescents et les jeunes adultes, comme le Professeur Joyeux fondateur de l'Ecole de la Vie et de l'Amour, Elisabeth Bourgeois, infirmière, et de nombreux autres éducateurs, nous avons simplement essayé de leur expliquer très rapidement, et peut-être un peu trop rapidement d'ailleurs, l'intérêt de

respecter les différentes étapes de la construction de chacun, de leur parler de la grandeur et de la beauté de l'amour humain. Tout parent, tout éducateur, tout professionnel de santé à sa part de responsabilité en matière d'éducation affective et sexuelle proposée aux jeunes. Qu'en retiendra le jeune ? Peu importe... S'il y a trouvé un encouragement à poursuivre dans ce qu'il lui semblait être la voie de son bonheur, tant mieux !, s'il a entendu pour la première fois peut être des notions dont on ne lui avait jamais parlé, comme par exemple que l'amour prend patience, tant mieux !, s'il a redécouvert que l'amour entre un homme et une femme, c'est beau, c'est sacré, tant mieux !, s'il a été dérangé par le discours, tant mieux aussi !, probablement ce jeune se cherche encore, mais s'il trouve sur sa route des éducateurs attentionnés, il finira par trouver sa voie, celle qui lui correspond personnellement. Et ce qui se vit dans les cœurs ne peut guère se traduire en statistique !

Si « les patients et leurs médecins sont réticents à parler ouvertement et sans hypocrisie des questions sexuelles », comme le constataient les auteurs du chapitre d'introduction des infections sexuellement transmissibles du manuel Merck cité au chapitre premier, c'est pourtant précisément là, souvent, que nos patient(e)s nous attendent. Ils, ou plutôt souvent elles, sont sensibles à un échange sincère en vérité. On l'a vu, la prévention des infections sexuellement transmissibles peut passer chez le jeune par un temps d'abstinence, c'est-à-dire, comme l'avait dit le médecin généraliste chez qui j'étais en stage, évoqué en introduction, « il n'y a pas d'urgence ! ». Et c'est là que doit s'instaurer un temps d'échange pour savoir où en est le jeune, ce qu'il vit, s'il s'épanouit ainsi, quelles sont les difficultés qu'il rencontre, quelles sont ses attentes... Et à ce moment là peut-être, on peut évoquer la chasteté, vécue non pas comme un interdit, un refoulement de sa sexualité, mais comme un temps d'attente, un temps de construction de soi, une étape où l'on apprend à maîtriser le désir amoureux pour le faire grandir et lui donner plus de valeur encore. Et beaucoup de jeunes savent attendre, si on leur donne de bonnes raisons d'attendre.

Peut-être que ce message n'est pas recevable par tous, mais tous doivent en avoir entendu parler ! Sans nuire à la liberté individuelle, chacun restant responsable de ses actes, le but du message est d'éclairer les consciences des jeunes.

C'est vrai que la chasteté chez le jeune, ne règle pas tous les problèmes, que ce n'est pas un chemin plus facile que les autres, mais, elle ne fait pas de promesse mensongère et n'aggrave pas les difficultés. Et la responsabilisation des jeunes c'est, après les avoir bien informés, les aider à devenir adultes, c'est à dire autonomes et responsables.

Globalement, les jeunes semblent avoir tiré bénéfice de cette intervention, ce qui laisse penser que l'expérience puisse être à renouveler.

## CONCLUSION

Après une intervention auprès de jeunes étudiants en BEP « services à la personne », destinée à les sensibiliser sur les infections sexuellement transmissibles, nous avons tenté d'évaluer l'impact du message transmis.

En effet, en dépit des progrès diagnostiques et thérapeutiques qui limitent rapidement la contagiosité des patients atteints d'infections sexuellement transmissibles et permettent de guérir la majorité d'entre eux, leur incidence ne cesse d'augmenter. C'est pourquoi depuis plusieurs années déjà, les enseignants de la Maison Familiale Rurale de Chantonnay, font appel à des professionnels de la santé pour que les jeunes, en étant mieux informés, prennent plus conscience de l'ampleur du fléau. De façon exceptionnelle, cette année, la présentation a été encadrée par deux questionnaires identiques, permettant d'évaluer ce qui était compris et mémorisé du discours, et ce qui méritait d'être amélioré pour les années à venir.

Bien qu'il ne soit pas envisageable d'en tirer des conclusions statistiquement interprétables, compte tenu du faible effectif d'adolescents concernés par la présentation, nous pouvons conclure pour ce qui est mesurable, à un effet bénéfique de la formation proposée. Outre une information médicale classique, des données volontairement nouvelles ont été introduites. Il s'agissait d'une part de parler brièvement, des failles scientifiquement prouvées si minimes soient elles, du préservatif, et d'autre part, s'appuyant sur les recommandations de l'Académie Nationale Médecine de 1995 et reprenant un programme de prévention du sida qui a fait ses preuves en Ouganda, d'évoquer à ces jeunes que la prévention de ces infections passe aussi par une responsabilisation des comportements, et que l'éducation affective et sexuelle des jeunes à toute sa place. Nous avons ainsi observé que si, pour la majorité des questions, le gain de réponses positives du premier au deuxième questionnaire est réel, ces notions nouvelles semblent avoir été particulièrement entendues, réalisant ainsi un marqueur particulier de cette intervention, et rendant cette enquête pertinente.

C'est assez intéressant donc, de voir qu'en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles auprès d'un groupe d'adolescents, l'expérience de faire appel à un professionnel de la santé, paraît renouvelable. C'est peut être plus encourageant encore de penser qu'en élargissant aux divers domaines de promotion de la santé pour lesquels le généraliste est sollicité, son rôle éducatif n'est pas négligeable. Cette dernière hypothèse mériterait d'être vérifiée.

## ANNEXES

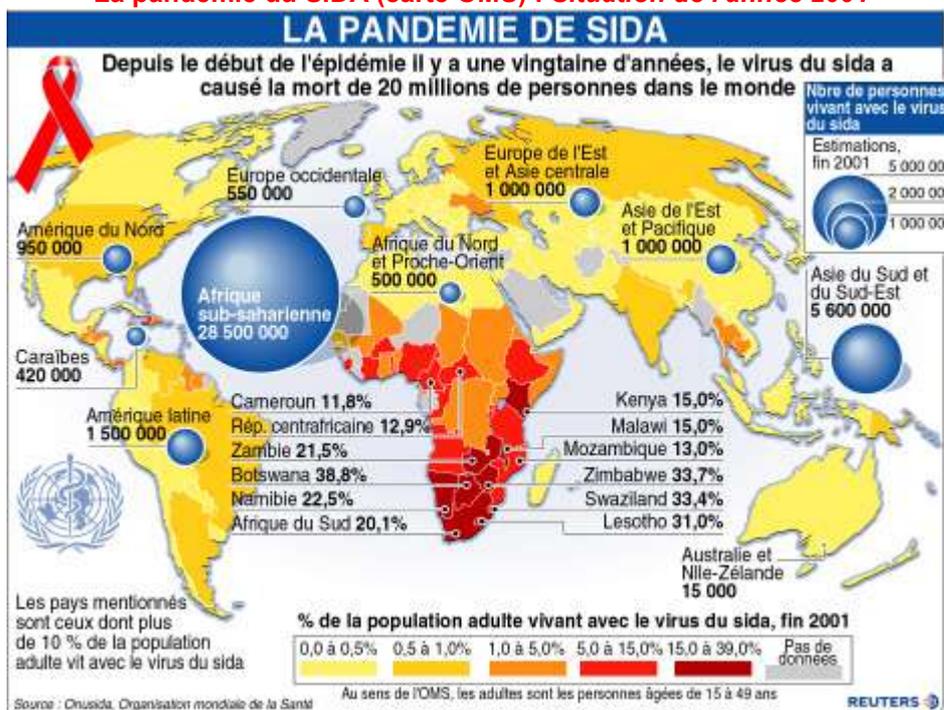
1. La pandémie du Sida – carte OMS - Année 2001 p 77
2. Questionnaires encadrant l'intervention p 78

## Le SIDA en Afrique : Epidémiologie

Voici quelques données de l'OMS sur la prévalence du virus du SIDA dans les pays les plus au Sud de l'Afrique : (chiffres exprimés en pourcentage de la population adulte vivant avec le SIDA en 1991 et en 2001)

PAYS	1991	2001
Guinée Equatoriale	0,34	3,4
Lesotho	0,35	31
Afrique du Sud	0,81	20,1
Mozambique	1	13
Angola	1,1	5,5
Cameroun	1,34	11,8
Namibie	1,62	22,5
Gabon	1,86	3,63
Swaziland	2,13	33,4
Tanzanie	4,16	7,8
Kenya	4,49	15
R.D.Congo	4,57	4,9
Centrafrique	6,18	12,9
Congo	6,39	7,2
Rwanda	7,36	8,9
Malawi	7,74	15
Burundi	9,86	8,3
<b>Ouganda</b>	<b>12,87</b>	<b>5</b>
Zimbabwe	13,25	33,7
Zambie	13,47	21,5

### La pandémie du SIDA (carte OMS) : Situation de l'année 2001



Dossier sangonet - SIDA, rapport ONUSIDA (2 juin 2002)

**Les Infections Sexuellement Transmissibles IST**  
Questionnaire encadrant l'intervention du jeudi 17 avril 2008  
Maison Familiale Rurale de Chantonay

1. Grâce aux progrès de la médecine, les IST sont en voie de disparition.  
VRAI FAUX
2. Une IST peut passer inaperçue : la personne est malade et peut transmettre la maladie sans qu'elle se sente malade.  
VRAI FAUX
3. On peut porter le virus du SIDA sans le savoir et sans être malade pendant de nombreuses années.  
VRAI FAUX
4. On ne peut pas être atteint de plusieurs IST en même temps.  
VRAI FAUX
5. On peut avoir plusieurs fois la même IST.  
VRAI FAUX
6. On ne peut pas attraper le SIDA ou une autre IST au premier rapport sexuel.  
VRAI FAUX
7. Pour guérir d'une IST, il faut que les deux partenaires soient traités en même temps, même si l'un des deux seulement présente les signes de l'infection.  
VRAI FAUX
8. On guérit toujours sans séquelles des IST.  
VRAI FAUX
9. Certaines IST peuvent rendre stérile, c'est-à-dire empêcher définitivement plus tard d'avoir des enfants.  
VRAI FAUX
10. Une femme enceinte ne peut jamais transmettre une IST à son bébé à naître.  
VRAI FAUX
11. Le préservatif permet dans tous les cas d'éviter d'attraper une IST.  
VRAI FAUX
12. La pilule ne permet pas d'éviter les IST.  
VRAI FAUX
13. Le premier rapport sexuel pour la jeune fille comporte plus de risques d'attraper une IST que les autres rapports.  
VRAI FAUX
14. Après avoir vérifié auprès de votre médecin que ni vous, ni votre partenaire sexuel n'êtes porteur d'une IST, si vous avez un seul partenaire sexuel, que vous lui êtes fidèle et qu'il vous est fidèle, vous n'avez aucun risque de contracter une IST.  
VRAI FAUX



## BIBLIOGRAPHIE

1. **Outil d'aide pour l'évaluation des Récits de situation complexe et authentique (RSCA) (I)** P. LE MAUFF, L. GORONFLOT, J. URION, R. SENAND (LA REVUE DU PRATICIEN - MEDECINE GENERALE - 07/11/2006 - No 748 p.1251-2)
2. **Outil d'aide pour l'évaluation des Récits de situation complexe et authentique (RSCA) (II)** P. LE MAUFF, L. GORONFLOT, J. URION, R. SENAND (LA REVUE DU PRATICIEN - MEDECINE GENERALE - 21/11/2006 - No 750 p.1311-2)
3. **Les Maisons Familiales Rurales –**  
<http://www.formation-alternance-vendee.com/index.php>
4. **Manuel Merck de Diagnostic et Thérapeutique** - 3<sup>ème</sup> édition Française.-.1999.-. Chap. 164 - [http://mm.msd-france.com/manuel\\_merck/13inf176.html](http://mm.msd-france.com/manuel_merck/13inf176.html)
5. **Larousse Médical** - Nov. 1995 – p 530 et 618
6. **Le SIDA propagation et prévention – Rapports de la commission VII de l'Académie nationale de médecine - avec commentaires.** Henri Lestradet. Ed.Paris - Juillet 1997.
7. **La prévalence de la séropositivité VIH en France.** Desenclos JC, Costagliola D, Commenges D et al.Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2005;11:41-4.
8. **Actualités épidémiologiques sur le VIH et le sida –** Unité VIH-IST-VHC, Département des maladies infectieuses, Institut National de Veille Sanitaire - Françoise Cazein, Florence Lot, Stéphane Le vu, Josiane Pillonel, Roselyne Pinget, Caroline Semaille - 19 novembre 2007
9. **Préservatif masculin : quelle réduction du risque de transmission du VIH ?** La Revue Prescrire. Mai 2006/ Tome 26 N°272 (393)  
  
i" **A Meta-Analysis of Condom Effectiveness in Reducing Sexually Transmitted HIV**", Susan C. Weller Phd.: Social Science Medicine: Vol 36, No 12, 1993, pp. 1635- 1644.
10. **« Les nouvelles actions de lutte et de prévention contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) »** Discours sous réserve du prononcé - Lundi 27 novembre 2006 - Xavier Bertrand Ministre de la Santé et des Solidarités.
11. **Des capotes sur les Vélib' Et vous, vous faites quoi pour vous protéger ?** Communiqué de presse - Act Up Paris - 30 novembre 2007
12. **Vaccin Papillomavirus 6, 11, 16, 18. Cancer du col : un espoir à confirmer.** La Revue Prescrire. Février 2007/ Tome27 N°280 (89)

13. **Quelle place pour le vaccin Papillomavirus humain (Gardasil®) dans la prévention du cancer du col ?** Haute Autorité de Santé – Fiche de bon usage du médicament – Aout 2007 - [Fiche BUM Gardasil](#)
14. **"Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes"**. New England Journal of Medicine, Janvier 2004, 350: 11-20 Corey L. et al.
15. **Modern Barrier Contraceptives: Effective Contraception and Disease Prevention.** Research Triangle Park, NC: Family Health International, 1994. Feldblum P, Joanis C.
16. **Sexually Transmitted Diseases.** New York: McGraw-Hill Book Company, 1990. HolmesKK, Mardh P-A, Sparling PF, et al.
17. **SIDA, rapport ONUSIDA (2 juin 2002)** Dossier sangonet
18. **Victoire de l'abstinence sur le SIDA en Ouganda** Liberté politique 25 juin 2004 Albert Barrois
19. **"Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda"**, Science n° 304, avril 2004, p. 714-718. RL Stoneburner, Low-Ber (2004),
20. **Les jeunes, le sexe et l'amour : comment leur en parler** Elisabeth Bourgois Paris, Éd. Parole et Silence, 2003
21. **4 dialogues parents-enfants pour leur apprendre l'écologie sexuelle de 4 à 20 ans.** Henri Joyeux- Ecole de la vie et de l'amour – Ed. François Xavier de Guibert – 3ème édition 1998
22. **Comment parler à nos jeunes de l'amour et de la sexualité en respectant le jardin secret de chacun.** Henri Joyeux. Ed. François Xavier de Guibert – 2<sup>ème</sup> édition – 2005.
23. **Conseils pour une éducation affective et sexuelle. Témoignage de Charles Ménage.** Ed. Foyers de Charité – 2005
24. **12 questions à se poser avant de parler de la sexualité.** Jean Marie Andrès – Ed. Melchior – 2007
25. **Découvrons l'amour – Pour ne pas aimer idiot.** D. Sonet. Ed. Droguet et Ardant.- 2000.
26. **Pour réussir ta vie sentimentale et sexuelle.** Jean Benoit Casterman. Ed. des Béatitudes. – 2007
27. **SIDA : « safe-sex ou save sex ? »**Daniel Ange. Ed. Le serment Fayard. – 1997
28. **SIDA : Responsabilité bien au-delà du condom !** Solange Lefevre Pageau, inf. Ed. CREVF – 2003
29. **Aimer, ça s'apprend ? Et aimer vraiment, c'est quoi ?** Denis Sonet. Août 2007. <http://www.talent1.eu/aimerplus/>
30. **La santé de l'homme 370** - mars/avril 2004 (p.17 et 18)
31. **L'entrée des jeunes dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida.** Lagrange H., Lhommond B. et l'équipe ACSJ - Paris : La découverte, 1997

32. **Les Français sont à la hauteur de leur réputation.** Sondage mars 2001 pour « ça se discute ».
33. **Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes.** Michelle Rotermann – Rapports sur la santé au Canada Vol. 16, N°.3 – mai 2005.
34. **Etude sur le comportement sexuel des jeunes.** Durex 2001. Rapport INVS sur [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)
35. **Les 12 avantages liés à l'abstinence.** Michel Robillard – Nov. 2001.-  
<http://www.chastete-quebec.com/>
36. **TeenSTAR** - <http://www.teenstarfrance.org/>
37. **L'amour vrai attend.** <http://www.amourvraiattend.com/presentation/index.htm>

NOM : **BARTHÉLEMY**

PRENOM : **Véronique**

Titre de la Thèse : **Impact d'une action de prévention sur les Infections Sexuellement Transmissibles auprès d'un groupe d'adolescents.**

---

## **RESUME**

Répondant à la demande d'un établissement scolaire, nous sommes intervenus auprès d'adolescents, sur la prévention des infections sexuellement transmissibles, dont l'incidence, en dépit des progrès diagnostiques et thérapeutiques, ne cesse d'augmenter. Reprenant les recommandations de l'Académie Nationale de Médecine et un programme de prévention qui a fait ses preuves en Ouganda en matière de lutte contre le sida, nous avons proposé aux adolescents des prémices d'éducation affective et sexuelle, afin de former les consciences et de responsabiliser les comportements. Cette information a été encadrée par deux questionnaires identiques, afin d'évaluer l'impact d'une telle action. En l'absence de données statistiquement interprétables, du fait de l'effectif réduit du groupe étudié, nous pouvons cependant conclure pour ce qui est mesurable à un effet bénéfique. L'expérience paraît donc renouvelable.

---

## **MOTS CLES**

- Infections sexuellement transmissibles
- Prévention
- Adolescence
- Education affective et sexuelle
- Responsabiliser les comportements