

6

Prévention des comportements sexuels à risque

La littérature sur la prévention des comportements sexuels à risque chez les adolescents est particulièrement abondante. Elle est nettement dominée par les productions nord-américaines, d'une part à cause de la force de travail existante et de l'abondance des revues, d'autre part pour des raisons tenant à la forte présence de prises de risques sexuels dans la population adolescente, aspect développé ultérieurement.

La majorité des publications disponibles porte sur la prévention du risque lié au sida au détriment des autres maladies à transmission sexuelle (MST) et de la prévention des grossesses précoces non désirées. La prévention primaire du sida constitue donc l'objectif majeur des programmes d'éducation aux risques sexuels destinés aux jeunes.

En dépit de l'accent placé sur le risque de transmission de l'infection à VIH, des auteurs – rares cependant – s'interrogent sur l'importance réelle de ce risque en population générale jeune et se demandent si le risque sexuel le plus prégnant ne serait pas plutôt la survenue de grossesses non désirées. Une éducation à leur prévention serait une meilleure motivation pour les jeunes à aborder la question des risques sexuels (Whaley, 1999).

Pourquoi faire une éducation aux risques sexuels auprès des adolescents ?

Il est intéressant de se poser cette question en préliminaire car, si la réponse semble aller de soi dans beaucoup de publications où les adolescents sont considérés comme une population à risque (Yang, 1995 ; Peersman et Levy, 1998), pour d'autres auteurs la focalisation sur les « jeunes » fait l'objet d'une réflexion critique (ANRS, 1993 ; Sahai et Demeyere, 1996 ; Meremans, 1997).

Il est vrai qu'aux États-Unis, les risques liés à la transmission des MST et aux grossesses précoces non désirées (Creatsas, 1993 ; Committee on Adolescence, 1995 ; Felice et coll., 1999 ; Nitz, 1999) sont très importants : un million de grossesses précoces par an, dont 80 % non désirées (Santelli et coll.,

1999) débouchant sur une naissance dans plus de la moitié des cas et sur une interruption volontaire (IVG) dans plus d'un tiers des cas ; chaque année 10 % des jeunes femmes de 15 à 19 ans deviennent enceintes (Coyle et coll., 1996) ; la fréquence des MST est très importante dans cette classe d'âge (Ford et Moscicki, 1995) si l'on considère qu'un adolescent sur quatre contracte une MST au cours de l'enseignement secondaire (Cohall, 1993). Cette situation appelle des interventions spécifiques (Witte, 1997), notamment l'utilisation de méthodes contraceptives d'urgence, telles que le RU486 (Hillard, 1993) et un renforcement de l'information sur la contraception (Bromham et Oloto, 1997). En Europe, à l'exception de la Grande-Bretagne, qui connaît aussi une forte proportion de grossesses précoces (Mellanby et coll., 1997 ; Mawer, 1999 ; Nicoll et coll., 1999 ; Thomson et coll., 1999 ; Wellings et Kane, 1999), de l'ordre de 30 naissances pour 1 000 annuellement chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, il semble qu'on ne peut considérer véritablement les personnes en dessous de 18 ans comme un groupe particulièrement exposé. En France, selon l'enquête ACSJ (Attitudes et comportements sexuels des jeunes) réalisée en 1994 (Lagrange et Lhomond, 1997 et 2000), 1,1 % des jeunes de 15-18 ans ont eu une MST autre qu'une mycose et 3,3 % des filles ont eu une grossesse, suivie d'une IVG (2,3 %), d'un enfant (0,4 %) ou d'une fausse couche spontanée (tableau 6.1). Selon les données démographiques actuelles, le nombre de grossesses avant 18 ans est estimé à 10 000 par an, dont 6 500 aboutissent à une IVG.

Tableau 6.1 : Données sur les comportements à risque des jeunes de 15-18 ans sexuellement actifs, d'après l'enquête ACSJ (Lagrange et Lhomond, 1997).

	Âge			Tous*
	15-16 ans	17 ans	18 ans	
Fréquence (%) des rapports non protégés (dernier rapport pénétratif, quel que soit le partenaire)				
Garçons	25,0	31,8	41,1	32,5
Filles	33,2	52,7	67,4	49,8
Fréquence (%) des MST autres qu'une mycose				
Garçons	0,0	2,4	0,5	1,1
Filles	0,3	1,5	1,5	1,1
Fréquence (%) des grossesses chez les jeunes filles				
Suivies d'une IVG	1,8	3,2	1,8	2,3
Suivies d'un enfant	0,8	0,0	0,3	0,4
Total des grossesses	2,8	4,1	2,8	3,3

* 1 883 garçons et 1 384 filles, ayant eu au moins un coït dans leur vie

Bien que la situation en France ne soit pas aussi critique que dans d'autres pays, les raisons de cibler le groupe des adolescents sont nombreuses : l'adolescence apparaît à la fois comme la période de la découverte de la sexualité (Wellings et Field, 1996) marquée par une relative instabilité et éventuellement un plus grand nombre de partenaires sexuels, ce qui en fait une cible prioritaire de la prévention (Lert et coll., 1993). Elle est présentée aussi comme une période de relative instabilité psychologique marquée par un sentiment d'« invulnérabilité » (Mickler, 1993 ; Potsonen et Kontula, 1999) et des attitudes de défi, mais on ne sait pas vraiment sur quelles bases théoriques s'appuient ces assertions (Crosby, 1996) qui semblent plutôt relever de lieux communs à interroger. Elle est aussi une période d'instabilité sociale, les adolescents étant dans une phase intermédiaire entre la dépendance de l'enfance et l'autonomie de l'âge adulte. Enfin, les jeunes sont une population captive, notamment en milieu scolaire, donc facile à atteindre dans le cadre des programmes d'enseignement, d'autant que le besoin de connaissances sur les thèmes de la sexualité est constamment renouvelé (Lindell et Olsson, 1993 ; Wyn, 1994 ; Winn et coll., 1995 ; Buysse, 1996).

Des publications alarmistes, notamment nord-américaines (Tripp et coll., 1994), attribuent une grande et précoce activité sexuelle aux jeunes, présentant des chiffres de façon très partielle. Cependant, en se référant à l'âge moyen au premier coït, nous n'observons pas de variations notables dans les pays occidentaux : vers 17 ans avec un léger retard pour les filles dans la plupart des cas (en France, d'après l'enquête ACJF, il est à 17 ans et 3 mois pour les garçons et 17 ans et 6 mois pour les filles).

Il est à noter que le risque sexuel n'est pas le même dans toutes les classes sociales. Même si ce risque existe dans tous les milieux, il apparaît nettement amplifié par les situations de précarité sociale (Auslander et coll., 1998) de même que le risque de violence sexuelle. Le risque associé sexualité/toxicomanie est également abordé (Fortenberry, 1995 ; Baldwin et coll., 1996), l'usage de drogues étant présenté comme multiplicateur du risque sexuel, alcoolisation excessive incluse (Lévy et coll., 1994 ; Langer et Tubman, 1997 ; McNair et coll., 1998 ; Morse et coll., 1998 ; Deas-Nesmith et coll., 1999).

Bien que les préoccupations concernent essentiellement la prévention primaire du sida dans la population hétérosexuelle, certains travaux portent sur les jeunes vivant avec le VIH (Bourdon et coll., 1998 ; Feudo et coll., 1998 ; Sturdevant et coll., 1998 ; Tenner et coll., 1998) et sur les jeunes homosexuels (Remafedi et coll., 1994 ; Rotheram-Borus et coll., 1994 ; Harvey, 1997 ; Seal et coll., 2000).

Qui doit faire une éducation aux risques sexuels ?

Malgré les difficultés rencontrées dans la mise en place des programmes (Thomson, 1994) la réponse est massive : l'école (De Peretti et coll., 1993 ;

DiClemente, 1993 ; Dhillon et coll., 1993 ; Dick and coll., 1993 ; Guillemard, 1993 ; Isaksson et coll., 1993 ; Narboni, 1993 ; Robenstine, 1993 et 1994 ; Denman et coll., 1994 ; McEwan et coll., 1994 ; Unks, 1996 ; Donovan, 1998 ; Kyman, 1998), ce qui pose le problème des jeunes exclus du système scolaire (Boyer et Kegeles, 1991 ; Blair et Hein, 1994). De plus, cette éducation à l'école ne touche pas tous les adolescents : aux États-Unis, au début des années quatre-vingt dix, moins de 10 % des élèves sont concernés par les programmes d'éducation sexuelle (Stout et Kirby, 1993). Certes, il vaut mieux, du point de vue du risque sexuel encouru, que les parents jouent aussi leur rôle dans ce domaine. Certaines études portent sur la nature de la communication entre parents et adolescents (Piercy et coll., 1993 ; Smith et coll., 1993 ; Miller et coll., 1998a et 1998b ; DiOrio et coll., 1999 ; Kirby, 1999a) et sur l'implication des familles dans les programmes (Porter, 1998 ; Stanton et coll., 2000).

L'éducation sexuelle et aux risques de la sexualité est inscrite dans de nombreux programmes scolaires, sans se cantonner aux cours de biologie. En revanche, la question se pose de savoir qui doit faire cette éducation dans le cadre scolaire. Les enseignants ne sont pas toujours bien préparés (Meremans et coll., 1997), de plus ils peuvent être réticents, ont leurs propres préjugés, et sont souvent plus à l'aise pour aborder la question des risques sexuels liés au sida et aux MST que pour traiter de la sexualité (Paulussen et coll., 1994.) ; ils ont donc besoin d'une formation spécifique (Rodriguez et coll., 1996). Les dispositifs de formation doivent inclure un travail autour de la motivation et de l'engagement des « candidats » et sur leur capacité à prendre la distance pédagogique nécessaire au regard de leurs propres valeurs et de leur propre mode de vie (DGS-Division sida, 1997).

Dans certains pays, les services sanitaires scolaires, les dispensaires scolaires, les médecins (DiClemente, 1994 ; Millstein et coll., 1996 ; Tobias et Ricer, 1998), les infirmières (Cohen, 1994 ; Schonfeld, 1996), la médecine communautaire (Scott et coll., 1998) sont mis à contribution. D'autres expériences ont été tentées dans le domaine de la prévention du sida : passer par les associations (Harper et Carver, 1999) ; faire porter le message par des personnes atteintes, membres d'associations, pour donner une réalité à une maladie lointaine (Hein, 1993 ; Dennehy et coll., 1995 ; Pré, 1996 ; Rodrick-Athans et Bhavnagi, 1997), la personnaliser (Sechrist, 1997) ; former des groupes de pairs, d'élèves qui feront passer le message auprès de leurs camarades (Melanby et coll., 1992), ou utiliser d'autres types d'acteurs de prévention plus proches de la population cible, comme les étudiants en médecine (Jobanputra et coll., 1999). L'éducation par les pairs bénéficie d'un préjugé favorable, parce qu'elle permet à la fois de faire passer une information sur les risques mieux adaptée aux attentes et d'agir au niveau des normes influant sur les conduites sexuelles (Kinsman et coll., 1998). Ce préjugé n'apparaît pas justifié au vu des recherches, et l'approche par les pairs ne peut pas se substituer aux autres

approches éducatives et ne devrait être considérée que comme une stratégie complémentaire.

Quand faire une éducation aux risques sexuels ?

Certaines publications préconisent une éducation aux risques sexuels dès l'école primaire. Le problème est alors d'être incompris, parce que la motivation sexuelle est faible. Il semble qu'il vaut mieux à ce stade faire une éducation sexuelle adaptée à l'âge et aux intérêts des enfants qu'une éducation sur les risques de la sexualité, et bien entendu la poursuivre durant l'adolescence. Il est énoncé qu'il faut faire une éducation aux risques avant que l'adolescent s'engage dans une vie sexuelle, éducation qui n'a pas pour conséquence d'activer l'entrée dans la sexualité, crainte exprimée dans quelques publications.

Comment faire une éducation aux risques sexuels ?

De nombreux articles font état d'une collaboration entre centres universitaires ou de recherche et intervenants de terrain (Molbert et coll., 1993). La plupart des interventions sont fondées sur un cadre théorique. Certes, rien n'est plus utile qu'une bonne théorie mais la question se pose de la validité des fondements théoriques auxquels il est fait référence. Ils peuvent être classés en deux grandes catégories : les approches individualistes et les approches plus « interactionnistes » et globales (Paicheler, 1997 et 2000).

Les approches individualistes, majoritaires, se réfèrent à des modèles d'apprentissage et de prises de décision individuelles. L'accent est mis sur un apport d'informations qui, combiné avec la transmission d'un sentiment de vulnérabilité et une stratégie de maximisation des gains et de minimisation des pertes, devrait conduire aux comportements préventifs. On aura reconnu ici le modèle des croyances relatives à la santé – *Health Belief Model* – (Petosa et Wessinger, 1990 ; Brown et coll., 1991 ; Petosa et Jackson, 1991 ; Mahonney et coll., 1995 ; Hiltabiddle, 1996 ; Lollis et coll., 1997). Comme ce modèle est jugé insuffisant, il est aussi fait référence à la théorie de l'action raisonnée (Abraham et Sheeran, 1994 ; Baker et coll., 1996), qui inclut des motivations sociales et un recours aux normes, mais qui s'intéresse surtout aux intentions de comportement (Mulvihill, 1996). Or il est connu qu'il y a un décalage entre intentions et actions. L'objectif est aussi d'équiper les personnes des ressources psychologiques qui leur permettent de mettre en place les conduites : sentiment d'efficacité propre (Joffe et Radius, 1993 ; Mahonney et coll., 1995 ; Smith et coll., 1996 ; Basen-Engquist et coll., 1999), sentiment de contrôle.

Dans les interventions qui se fondent sur ces modèles, les objectifs sont, selon les cas, d'enseigner aux adolescents l'abstinence (Kay, 1995 ; Khouzam, 1995), alors que l'efficacité de cette recommandation n'est pas prouvée (Haignere et coll., 1999), le délai (Mahler, 1996b), de leur apprendre à savoir dire non, et à négocier avec un futur partenaire l'utilisation de préservatifs. Le jeu de rôles est alors souvent utilisé dans ce but, de même que pour aider à surmonter les problèmes techniques liés à l'utilisation du préservatif. Il s'agit aussi de mettre le préservatif à la disposition des intéressés (Kantor et Yoest, 1995 ; Stryker et coll., 1994), alors que l'installation du distributeur de préservatifs dans les lieux d'enseignement revêt une grande importance, au moins symbolique ; elle peut aussi provoquer l'indignation de certains parents (Mahler, 1996a) et aboutir à des poursuites légales. Les effets de la mise à disposition de préservatifs dans les lieux scolaires sont analysés (Blair, 1993 ; Kirby et coll., 1999) : elle ne semble pas entraîner une plus grande précocité sexuelle ni une multiplication des partenaires, comme cela avait déjà été observé pour l'éducation sexuelle elle-même (Welling et coll., 1995). Un point spécifique du contenu des programmes, la promotion d'activités sexuelles non coïtales, soulève des réserves car elles peuvent n'être qu'un prélude à des rapports sexuels pénétratifs (Genuis et Genuis, 1996).

Mais ces démarches ont prouvé leur insuffisance en termes de concrétisation de comportement. Pourquoi ? Elles ne tiennent pas compte du fait qu'une situation sexuelle est une situation d'interaction sociale, ce qui limite de fait la marge d'initiative individuelle. Elles négligent les contextes sociaux dans lesquels se déroulent les rencontres sexuelles (Paicheler, 1999). À vouloir définir la sexualité de façon uniquement fonctionnelle, elles la vident de sa signification, notamment de son lien avec l'affectivité (Ferron et Laurent-Beck, 1994 ; Richard et coll., 1995). Or le risque dans la sexualité n'est pas seulement celui de la maladie ou de la grossesse, c'est aussi de mettre en péril l'attachement de l'autre ou une certaine image de soi (et dans ce cas, pour les garçons, la perte de l'érection est une crainte réelle qui peut conduire à une absence de protection). Ces démarches coupent la sexualité de sa dimension normative (Romer et coll., 1994), de ses contextes et de ses temporalités (Levinson, 1997). En cela, elles ignorent un fait d'évidence : les idéologies spécifiques liées aux rôles masculins et féminins dans la sexualité et le danger de ne pas agir selon ces idéologies. Dans ce cadre, des approches globales sont substituées aux approches injonctives exposées précédemment (Mathews et coll., 1995 ; Finan, 1997 ; Zibalese-Crawford, 1997) : il s'agit alors de partir de l'expression des adolescents pour appréhender le vécu social et affectif de la sexualité, de comprendre sa dimension normative, de l'ancrer dans un contexte social et d'apporter les réponses aux interrogations qui émergent au niveau auquel elles s'expriment (Manderscheid et coll., 1996 ; Beitz, 1998 ; Coleman et Ingham, 1999). Dans cette optique, il devient important de prendre en compte les facteurs socioculturels dans une approche multidimensionnelle (Atwood, 1993). Des méthodes de groupe (groupes de discussion, jeux de rôles) sont utilisées dans ce cadre (Geiger et Tieney, 1996). Il est

également possible de s'appuyer sur les défaillances de prévention et sur l'anxiété qu'elles provoquent pour promouvoir une éducation à la santé (Gold et Rosenthal, 1998). Dans une publication très intéressante (Laub et coll., 1999) exposant le travail conjoint d'un groupe d'acteurs de la prévention et d'un centre de recherche, le CAPS (*Center for AIDS Prevention Studies* de San Francisco), il est préconisé, entre autres, de faire une éducation aux risques sexuels en séparant filles et garçons, donc en tenant compte des idéologies liées aux identités de genre. Cette idée toute simple paraît frappée au coin du bon sens et il est étonnant que les acteurs de la prévention soient passés à côté de cette évidence. Il est d'ailleurs surprenant de constater que la littérature existante fait peu de place aux liens entre éducation sexuelle et identité de genre (Lyman et Engstrom, 1996 ; Moreau-Gruet et coll., 1996). Un programme d'éducation sexuelle mis en place en Grande-Bretagne préconise à la fois une éducation mixte et non mixte, afin que les adolescents ne soient pas trop soumis aux normes de leur propre sexe et soient confrontés aux représentations de l'autre sexe (Wight et Abraham, 2000).

Certains articles abordent la question des outils pédagogiques : jeux (Dotterer et Axiotis, 1994), marionnettes (Zaccone-Tzannetakis, 1995), bandes dessinées (Bonnin et Michaud, 1993), jeux ou programmes vidéo (Cahill, 1994), supports audiovisuels (Matzen, 1995), programmes informatiques (Billet et Shelly, 1996 ; Turner et coll., 1997 ; Evans et coll., 2000), ou des ressorts comme l'humour (Fennell, 1993). Si ces supports peuvent avoir une utilité, ils ne dispensent pas d'une réflexion approfondie sur le type de programmes qu'ils véhiculent.

Quels sont les effets et les lacunes des programmes ?

Une multitude de programmes a été mise en place, notamment aux États-Unis. Des publications proposent une synthèse des données et des programmes auprès des jeunes dans différents pays (Winett et Anderson, 1994 ; Lear, 1995 ; Abraham et Wight, 1996 ; Mulhivill, 1996 ; Peersman et Levy, 1998). L'efficacité des programmes, quand elle est évaluée, est très inégale (Oakley et coll., 1995 ; Stanton et coll., 1996 ; Applegate, 1998). Ces programmes ne sont pas toujours très contrôlés et ils laissent parfois libre cours aux préjugés, quels qu'ils soient, des intervenants.

Néanmoins, malgré ces lacunes, il est possible d'affirmer que les actions mises en place ont un effet (Gilbert, 1994 ; Kirby et coll., 1994 ; Klitsch, 1994 ; Holtgrave et coll., 1995 ; Kirby, 1995 ; Ogletree et coll., 1995 ; Janz et coll., 1996 ; Kim et coll., 1997 ; Sonenstein et coll., 1998) : des comportements de prévention ont été adoptés chez les adolescents, mais sans qu'on puisse les attribuer à l'efficacité de programmes spécifiques, de la prévention grand public ou des nombreux messages de prévention diffusés dans les médias et relayés à de nombreux niveaux. Contrairement aux discours alarmistes sur

l'inconscience des jeunes et leur goût du risque, c'est ce groupe de population qui s'est le mieux adapté à la menace du sida en dépit de quelques avis discordants (Choi et Coates, 1994 ; Earl, 1995). En France, les données de l'enquête ACSJ sont à cet égard éloquentes puisqu'elles montrent une augmentation régulière de l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel de 1989 à 1993 (figure 6.1) ; cette tendance est confirmée par des données de 1997 (Arènes et coll., 1988). Dans l'enquête ACSJ, 78,9 % et 74,4 % des filles âgées de 15 et 18 ans au 1^{er} janvier 1994 déclaraient avoir utilisé un préservatif au premier rapport sexuel. Les données correspondantes recueillies fin 1997 auprès de jeunes de 15 à 19 ans (Arènes et coll., 1998) sont respectivement 88,6 % et 85,4 %. Dans tous les cas, une baisse de la fréquence d'utilisation du préservatif au dernier rapport est observée ; elle est attribuée à une probable stabilisation des couples qui amène une utilisation plus importante de la contraception orale féminine. Aux États-Unis, dans une étude faite sur une cohorte multiethnique de jeunes de 14 à 22 ans, Santelli et coll. (1997) observent le plus haut niveau d'utilisation conjointe de la pilule et du préservatif dans le groupe ethnique le plus éprouvé par les MST et les grossesses précoces, celui des Afro-Américains : 11,8 % des filles et 6,0 % des garçons, en comparaison avec 6,6 % et 4,5 % respectivement dans l'ensemble de la cohorte. Cette étude montre, comme l'enquête ACSJ, que la déperdition de l'usage du préservatif en fonction de l'âge accompagne l'augmentation de la contraception orale.

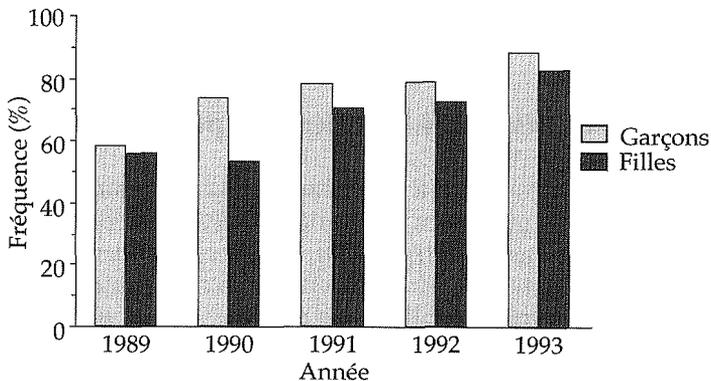


Figure 6.1 : Fréquence d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel chez les jeunes de 15 à 18 ans en France, selon l'année de ce premier rapport (enquête ACSJ).

Les actions d'éducation aux risques de transmission du sida ont pour effet de retarder l'entrée dans la vie sexuelle, de diminuer l'activité sexuelle, d'induire une plus grande sélectivité des partenaires et d'inciter à l'utilisation de préservatifs. Il est possible de s'interroger sur les « effets pervers » des programmes préventifs, qui, se fondant parfois sur l'« anticipation de regrets » de s'être

engagé trop tôt dans la vie sexuelle (Van der Pligt et Richard, 1994), augmentent la peur, voire l'intolérance aux actions non conformes d'autrui, sans toujours induire une attitude plus rationnelle vis-à-vis de la protection, contraceptive notamment (Rudelic-Fernandez, 1996).

La question des grossesses et maternités précoces est généralement conçue comme un échec de la prévention des risques sexuels – de la contraception – lié à une immaturité et à un déficit scolaire et social (Trad, 1993). L'objectif de santé publique est par conséquent d'en diminuer le nombre. Quelques recherches soulignent la fonction structurante de ces grossesses pour des jeunes femmes en situation précaire (Aubry et coll., 1988 ; Bajos et coll., 2001) : elles peuvent être désirées, intégrées dans une vie de couple stable et contribuent à donner un sens à l'existence. Après quelques réticences, l'entourage les accueille favorablement. Cet état de fait ne masque évidemment pas la nécessité de transmettre aux jeunes femmes les ressources qui leur permettent d'éviter les grossesses non désirées (Santelli et coll., 1999) sur la base d'une meilleure connaissance des facteurs psychologiques (Trad, 1999) et sociaux qui les favorisent (Rigsby et coll., 1998 ; Kirby, 1999b). Le risque de sida ne doit pas masquer le risque de grossesses non désirées, bien plus présent chez les jeunes (Whaley, 1999), d'où la nécessité d'une éducation à la contraception qui tienne compte des attentes et des trajectoires sexuelles (Hacker et coll., 2000).

Une des lacunes principales des programmes concerne l'éducation au risque de la violence sexuelle, qui devrait faire l'objet d'une éducation des enfants et des adolescents. Les déterminants psychosociaux, les perceptions, les circonstances et la fréquence des rapports sexuels contraints chez les adolescents ont fait l'objet d'études à différentes échelles communautaires (Biglan et coll., 1995 ; Poitras et Lavoie, 1995 ; Bennett et Fineran 1998 ; Dickson et coll., 1998 ; Jordan et coll., 1998 ; Uzan, 1998). En France, la fréquence de « rapports sexuels sous la contrainte » signalés par 15,4 % des filles interrogées dans le cadre de l'enquête ACSJ, est préoccupante. Ils concernent plus les adolescentes hors du système scolaire ou dans des filières dévalorisées, donc ils sont liés à des situations de précarité sociale. Une recherche sur la sexualité des jeunes dans les cités de banlieue parisienne signale l'existence de viols collectifs habituels qui échappent à la pénalisation (Coppel et coll., 1993). Ce fait est mentionné de nouveau dans un rapport sur les violences sexuelles envers les mineurs et les grossesses des adolescentes à partir des données d'un service de gynécologie-obstétrique de la banlieue parisienne (Uzan, 1998) ; dans ce rapport, 11 % de viols collectifs sont recensés parmi les cas de sévices sexuels subis par des mineurs et l'auteur fait remarquer que seulement 10 % des abus sexuels sur mineurs sont signalés aux autorités judiciaires. Les grossesses non désirées ont souvent comme origine des rapports sexuels contraints, ce qu'attestent les recherches nord-américaines (Beyer et Ogletree, 1998 ; Elders et Albert, 1998). Aux États-Unis, la situation est encore plus alarmante : 40 % des filles disent avoir subi une contrainte sexuelle durant l'enfance et, sur la base

d'enquêtes et de données criminelles, le nombre de femmes violées est estimé à 25 % (Anderson et coll., 1997). Ainsi, après plus d'une décennie de focalisation sur le risque de sida, il faudrait se baser sur les données chiffrées qui signalent les risques les plus fréquents en population adolescente, remettre l'accent sur la contraception et définir une stratégie cohérente pour lutter contre la violence sexuelle dès l'école primaire (Wood et coll., 1998), ce qui passe par une analyse des lacunes et des insuffisances des rares programmes existants (Colin et Suzzarini, 1993).

En conclusion, bien que toutes les évaluations soient faites sur du déclaratif, ce qui constitue leur limite indépassable, la cohérence des données au fil du temps, dans les différents pays, atteste que ce déclaratif signale des évolutions réelles dans le sens d'une meilleure prévention du risque sexuel chez les adolescents. La persistance d'un nombre important de grossesses précoces aux États-Unis et, à un moindre degré, en Grande-Bretagne, signale une limite des programmes, compte tenu du fait que ces grossesses ne sont pas distribuées également dans toutes les classes sociales et qu'elles sont souvent liées à des abus sexuels.

La prévention des risques sexuels doit s'inscrire dans une perspective de santé sexuelle, qui prenne en compte l'importance de la sexualité pour le bien-être physique et affectif (Graham, 1994), en fonction des orientations et des ressources de chacun. L'autre option, moralisatrice, serait d'utiliser la menace des risques sexuels, pour imposer des modèles restrictifs, promouvoir une forme de police sexuelle. La prévention en France a toujours évité de suivre une telle orientation, mais nous la voyons faire florès aux États-Unis, notamment, non sans rencontrer des oppositions très argumentées.

À côté des programmes d'éducation aux risques sexuels, il existe un environnement législatif et réglementaire qui peut engendrer des dynamiques de changement. Ainsi, la volonté politique actuelle en France de remettre la question de la contraception et de l'avortement sur l'agenda et d'en faire une priorité en communication sur la santé, ainsi que l'autorisation donnée aux infirmières scolaires de délivrer la « pilule du lendemain » (Norlevo) dans l'enseignement secondaire (MEN, 2000), ont contribué à animer un débat sur le contrôle des naissances, notamment chez les jeunes. La presse générale s'en est largement fait l'écho. Ces mesures qui devraient être utiles au changement des mentalités et des conduites ont été très controversées. Elles ont même été contestées dans leur légalité par certaines associations familiales et suspendues par le Conseil d'État en juin 2000. Une proposition de loi, dans laquelle figure cette autorisation donnée aux infirmières scolaire, a été adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale le 5 octobre 2000.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM C, SHEERAN P. Modelling and modifying young heterosexuals' HIV-preventive behaviour ; a review of theories, findings and educational implications. *Patient Educ Counseling* 1994, **23** : 173-186
- ABRAHAM C, WIGHT D. Developing HIV-preventive behavioural interventions for young people in Scotland. *Int J STD AIDS* 1996, **7** : S39-S42
- ANDERSON V, REIS J, STEPHENS Y. Male and female adolescents' perceived interpersonal communication skills according to history of sexual coercion. *Adolescence* 1997, **32** : 419-427
- ANRS. *Les jeunes face au sida : de la recherche à l'action. Une synthèse des enquêtes et des recherches françaises*. Editions ANRS, Paris 1993 : 128 p
- APPLEGATE M. Aids education for adolescents : a review of the literature. *J HIV/AIDS Prev Educ Adolesc Child* 1998, **2** : 5-29
- ARENES J, JANVRIN MP, BAUDIER F. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Editions CFES, Paris, 1998 : 328 p
- ATWOOD JD. AIDS in African American and Hispanic adolescents : a multisystemic approach. *Am J Family Ther* 1993, **21** : 333-351
- AUBRY C, SCHWEITZER M, DESCHAMPS JP. Désir d'enfant et grossesse dans l'adolescence. *Arch Fr Pédiatr* 1988, **45** : 845-849
- AUSLANDER WF, SLONIM-NEVO V, ELZE D, SHERRADEN M. HIV prevention for youths in independent living programs : expanding life options. *Child Welfare* 1998, **77** : 208-221
- BAJOS N, et l'équipe GINE. Accès à la contraception et à l'IVG. Rapport de recherche Inserm-CNRS, CRESPI, 2001
- BAKER SA, MORRISON DM, CARTER WB, VERDON MS. Using the Theory of Reasoned Action (TRA) to understand the decision to use condoms in an STD clinic population. *Health Educ Q* 1996, **23** : 528-542
- BALDWIN JA, ROLF JE, JOHNSON J, BOWERS J, BENALLY C, TROTTER RT. Developing culturally sensitive HIV/AIDS and substance abuse prevention curricula for Native American youth. *J Sch Health* 1996, **66** : 322-327
- BASEN-ENGQUIST K, MASSE LC, COYLE K, KIRBY D, PARCEL GS et coll. Validity of scales measuring the psycho-social determinants of HIV/STD-related risk behavior in adolescents. *Health Educ Res* 1999, **14** : 25-38
- BEITZ JM. Sexual health promotion in adolescents and young adults : primary prevention strategies. *Holis Nurs Pract* 1998, **12** : 27-37
- BENNETT L, FINERAN S. Sexual and severe physical violence among high school students. Power beliefs, gender, and relationship. *Am J Orthopsychiatry* 1998, **68** : 645-652
- BEYER CE, OGLETREE RJ. Sexual coercion content in 21 sexuality education curricula. *J Sch Health* 1998, **68** : 370-375

- BIGLAN A, NOELL J, OCHS LM, SMOLKOWSKI K, METZLER C. Does sexual coercion play a role in the high-risk sexual behavior of adolescent and young adult women ? *J Behavior Med* 1995, **18** : 549-568
- BILLET D, SHELLY M. La prévention du Sida et la politique du ministère de la jeunesse et des sports. *La Santé de l'Homme* 1996, **326** : 57-59
- BLAIR J. Condom availability in schools. *J Adolesc Health* 1993, **14** : 565-568
- BLAIR JE, HEIN K. Public policy implications of HIV/AIDS in adolescents. *Future of Children* 1994, **4** : 73-93
- BONNIN F, MICHAUD C. Bandes dessinées et prévention des MST et du sida. Analyse critique de 7 documents. *Hygie* 1993, **12** : 16-19
- BOURDON B, TIERNEY S, HUBA GJ, LOTHROP J, MELCHIOR LA et coll. Health Initiatives for Youth : a model of youth/adult partnership approach to HIV/AIDS services. *J Adolesc Health* 1998, **23** (2 Suppl) : 71-82
- BOYER CB, KEGELES SM. AIDS risk and prevention among adolescents. *Soc Sci Med* 1991, **33** : 11-23
- BROMHAM DR, OLOTO EJ. Trying to prevent abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997, **2** : 81-87
- BROWN LK, DICLEMENTE RJ, REYNOLDS LA. HIV prevention for adolescents : utility of the Health Belief Model. *AIDS Educ Prev* 1991, **3** : 50-59
- BUYSSE A. Adolescents, young adults and AIDS : a study of actual knowledge vs perceived need for additional information. *J Youth Adolesc* 1996, **25** : 259-271
- CAHILL JM. Health Works : Interactive AIDS education videogames. *Computers in Human Services* 1994, **11** : 159-176
- CHOI KH, COATES TJ. Prevention of HIV infection. *AIDS* 1994, **8** : 1371-1389
- COHALL AT. A report card to the nation on adolescents and sexually transmitted diseases. *Prev Med* 1993, **22** : 561-567
- COHEN P. The role of the school nurse in providing sex education. *Nurs Times* 1994, **90** : 36-38
- COLIN L, SUZZARINI JM. Interrogations critiques sur le programme de prévention des abus sexuels : « Mon corps, c'est mon corps ». *Lettre du GRAPE* 1993, **13** : 33-41
- COLEMAN LM, INGHAM R. Exploring young people's difficulties in talking about contraception : how can we encourage more discussion between partners ? *Health Educ Res* 1999, **14** : 741-750
- COMMITTEE ON ADOLESCENCE - American Academy of Pediatrics. Condom availability for youth. *Pediatrics* 1995, **95** : 281-285
- COPPEL A, BOULLENGER N, BOUHNİK P. Les réseaux d'échange sexuel et de circulation de l'information en matière de sexualité chez les jeunes des quartiers à risque. Rapport GRASS/ANRS 1993 : 117 p
- COYLE K, KIRBY D, PARCEL GS, BASEN-ENGQUIST K, BANSPACH S, RUGG D, WEIL M. Safer Choices : a multicomponent school-based HIV/STD and pregnancy prevention program for adolescents. *J Sch Health* 1996, **66** : 89-94

CREATSAS G. Sexuality : sexual activity and contraception during adolescence. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1993, 5 : 774-783

CROSBY RA. Combating the illusion of adolescent invincibility to HIV/AIDS. *J Sch Health* 1996, 66 : 186-190

DE PERETTI C, KARSENTI M, LESELBAUM N. La prévention du sida en milieu scolaire. Recommandations. In : *La prévention du sida en milieu scolaire : guide ressource des actions d'éducation pour la santé liées à la prévention du sida menées dans les lycées et les collèges*. AFLS et INRP édts, 1993 : 155-157

DEAS-NESMITH D, BRADY KT, WHITE R, CAMPBELL S. HIV-risk behaviors in adolescent substance abusers. *J Subst Abuse Treat* 1999, 16 : 169-172

DENMAN S, GILLIES P, WILSON S, WIJEWARDENE K. Sex education in schools : an overview with recommendations. *Public Health* 1994, 108 : 251-256

DENNEHY EB, EDWARDS CA, KELLER RL. AIDS education intervention utilizing a person with AIDS : examination and clarification. *AIDS Educ Prev* 1995, 7 : 124-133

DGS (Direction générale de la Santé – Division sida). Prévention du sida, éducation à la sexualité, éducation à la santé, éducation globale. Note d'orientation émanant du Comité des directeurs de la lutte contre le sida, 1997 : 15 p

DHILLON HS, O'BYRNE D, KOLBE L, BALDO M, JONES JT. Mobilizing support to strengthen the role of schools in preventing HIV infection, STD and other significant health problems. *Hygie* 1993, 12 : 20-21

DICK B, WARREN C, JONES J, DAVIDSON D, JHA S. Developing and implementing school health services to address HIV/AIDS. *Hygie* 1993, 12 : 28-30

DICKSON N, PAUL C, HERBISON P, SILVA P. First sexual intercourse : age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *BMJ* 1998, 316 : 29-33

DICLEMENTE RJ, BROWN LK. Expanding the pediatrician's role in HIV prevention for adolescents. *Clin Pediatr* 1994, 33 : 235-240

DICLEMENTE RJ. Preventing HIV/AIDS among adolescents. Schools as agents of behavior change. *JAMA* 1993, 270 : 760-762

DIORIO C, KELLEY M, HOCKENBERRY-EATON M. Communication about sexual issues : mothers, fathers, and friends. *J Adolesc Health* 1999, 24 : 181-189

DONOVAN P. School-based sexuality education : the issues and challenges. *Fam Plann Perspect* 1998, 30 : 188-193

DOTTERER S, AXIOTIS IR. Sex-tac-toe. *J Am Coll Health* 1994, 43 (3) : 137-139

EARL DT. Reexamination of the paradigm of HIV risk reduction in adolescents. *J Am Osteopathic Assoc* 1995, 95 : 725-728

ELDERS MJ, ALBERT AE. Adolescent pregnancy and sexual abuse. *JAMA* 1998, 280 : 648-649

EVANS AE, EDMUNSON-DRANE EW, HARRIS KK. Computer-assisted instruction : an effective instructional method for HIV prevention education ? *J Adolesc Health* 2000, 26 : 244-251

FELICE ME and the Committee on Adolescence 1998-1999 of the American Academy of Pediatrics. Adolescent pregnancy – current trends and issues : 1998. *Pediatrics* 1999, **103** : 516-520

FENNELL R. Using humor to teach responsible sexual health decision making and condom comfort. *J Am Coll Health* 1993, **42** : 37-39

FERRON C, LAURENT-BEQ A. *Parler du sida avec les adolescents-Une histoire d'amour*. Éditions CFES, Paris 1994 : 154 p

FEUDO R, VINING-BETHEA S, SHULMAN LC, SHEDLIN MG, BURLESON JA. Bridgeport's Teen Outreach and Primary Services (TOPS) project : a model for raising community awareness about adolescent HIV risk. *J Adolesc Health* 1998, **23** (2 Suppl) : 49-58

FINAN SL. Promoting healthy sexuality : guidelines for the school-age child and adolescent. *Nurse Practitioner* 1997, **22** : 62-65-71

FORD CA, MOSCICKI AB. Control of sexually transmitted diseases in adolescents : the clinician's role. *Adv Pediatr Infect Dis* 1995, **10** : 263-305

FORTENBERRY JD. Adolescent substance use and sexually transmitted diseases risk : a review. *J Adolesc Health* 1995, **16** : 304-308

GEIGER BF, TIERNEY MA. My guardian angel : A learning exercise for adolescent AIDS education. *AIDS Educ Prev* 1996, **8** : 86-91

GENUIS SJ, GENUIS SK. Orgasm without organisms : science or propaganda ? *Clin Pediatr* 1996, **35** : 10-17

GILBERT S. Is the message getting across ? Effectiveness of health education at informing young people about HIV and AIDS. *Professional Nurse* 1994, **9** : 765-769

GOLD RS, ROSENTHAL DA. Examining self-justifications for unsafe sex as a technique of AIDS education : the importance of personal relevance. *Int J STD AIDS* 1998, **9** : 208-213

GRAHAM CA. AIDS and the adolescent. *Int J STD AIDS* 1994, **5** : 305-309

GUILLEMARD JC. Prévention du sida à l'école : rôle des organisations internationales et situation dans plusieurs pays européens. École et sida. *Psychologie et Education-Dourdan* 1993, **15** : 15-26

HACKER KA, AMARE Y, STRUNK N, HORST L. Listening to youth : teen perspectives on pregnancy prevention. *J Adolesc Health* 2000, **26** : 279-288

HAIGNERE CS, GOLD R, MCDANEL HJ. Adolescent abstinence and condom use : are we sure we are really teaching what is safe ? *Health Educ Behav* 1999, **26** : 43-54

HARPER GW, CARVER LJ. « Out-of-the-mainstream » youth as partners in collaborative research : exploring the benefits and challenges. *Health Educ Behav* 1999, **26** : 250-265

HARVEY J. Design of a comic book intervention for gay male youth at risk for HIV. *Journal of Biocommunication* 1997, **24** : 16-24

HEIN K. « Getting real » about HIV in adolescents. *Am J Public Health* 1993, **83** : 492-494

HILLARD PJ. Family planning in the teen population. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1993, **5** : 798-804

HILTABIDDLE SJ. Adolescent condom use, the Health Belief Model, and the prevention of sexually transmitted disease. *JOGNN* 1996, **25** : 61-66

HOLTGRAVE DR, QUALLS NL, CURRAN JW, VALDISERRI RO, GUINAN ME, PARRA WC. An overview of the effectiveness and efficiency of HIV prevention programs. *Public Health Rep* 1995, **110** : 134-146

ISAKSSON A, BAHRI S, O'BYRNE D, CHOWDHUNG S, REINDERS J, FRASER K. Developing and implementing school policies to address HIV infection and other health policies. *Hygie* 1993, **12** : 23-24

JANZ NK, ZIMMERMAN MA, WREN PA, ISRAEL BA, FREUDENBERG N, CARTER RJ. Evaluation of 37 AIDS prevention projects : successful approaches and barriers to program effectiveness. *Health Educ Q* 1996, **23** : 80-97

JOBANPUTRA J, CLACK AR, CHEESEMAN GJ, GLASIER A, RILEY SC. A feasibility study of adolescent sex education : medical students as peer educators in Edinburgh schools. *Br J Obstet Gynaecol* 1999, **106** : 887-891

JOFFE A, RADIUS SM. Self-efficacy and intent to use condoms among entering college freshmen. *J Adolesc Health* 1993, **14** : 262-268

JORDAN TR, PRICE JH, TELLJOHANN SK, CHESNEY BK. Junior high school students' perceptions regarding nonconsensual sexual behavior. *J Sch Health* 1998, **68** : 289-296

KANTOR LM, YOEST CC. Should condoms be distributed in schools ? *Alabama Medicine* 1995, **64** : 14-17

KAY LE. Adolescent sexual intercourse. Strategies for promoting abstinence in teens. *Postgrad Med* 1995, **97** : 121-7, 132

KHOUZAM HR. Promotion of sexual abstinence : reducing adolescent sexual activity and pregnancies. *Southern Med J* 1995, **88** : 709-711

KIM N, STANTON B, LI X, DICKERSIN K, GALBRAITH J. Effectiveness of the 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions : a quantitative review. *J Adolesc Health* 1997, **20** : 204-215

KINSMAN SB, ROMER D, FURSTENBERG FF, SCHWARZ DF. Early sexual initiation : the role of peer norms. *Pediatrics* 1998, **102** : 1185-1192

KIRBY D. Sex and HIV/AIDS education in schools. Have a modest but important impact on sexual behaviour. *BMJ* 1995, **311** : 403-403

KIRBY D. Sexuality and sex education at home and school. *Adolesc Med* 1999a, **10** : 195-209

KIRBY D. Reflections on two decades of research on teen sexual behavior and pregnancy. *J Sch Health* 1999b, **69** : 89-94

KIRBY D, BRENER ND, BROWN NL, PETERFREUND N, HILLARD P, HARRIST R. The impact of condom distribution in Seattle schools on sexual behavior and condom use. *Am J Public Health* 1999, **89** : 182-187

KIRBY D, SHORT L, COLLINS J, RUGG D, KOLBE LJ, HOWARD M, MILLER B, SONENSTEIN E, ZABIN LS. School-based programs to reduce sexual risk behaviors : a review of effectiveness. *Public Health Rep* 1994, **109** : 339-360

KLITSCH M. Proportion of high school students receiving AIDS instruction increases, while risky behavior declines. *Fam Plann Perspect* 1994, **26** : 144-145

KYMAN W. Into the 21st century : renewing the campaign for school-based sexuality education. *J Sex Marital Ther* 1998, **24** : 131-137

LANGER LM, TUBMAN JG. Risky sexual behavior among substance-abusing adolescents : psychosocial and contextual factors. *Am J Orthopsych* 1997, **67** : 315-322

LAUB C, SOMERA DM, GOWEN LK, DIAZ RM. Targeting « risky » gender ideologies : constructing a community-driven, theory-based HIV prevention intervention for youth. *Health Educ Behav* 1999, **26** : 185-199

LAGRANGE H, LHOMOND B et le groupe ACSJ. *L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Collection Recherches, Éditions La Découverte, Paris 1997 : 431 p

LAGRANGE H, LHOMOND B and the ACSJ team. Condom use among 15 to 18 year-olds in France : changes in behaviour over time. In : *Aids in Europe : new challenges for the social sciences*. Moatti JP, Souteyrand Y, Prieur A, Sandfort T, Aggleton P, eds. Routledge, London and New York 2000 : 103-118

LEAR D. Sexual communication in the age of AIDS : the construction of risk and trust among young adults. *Soc Sci Med* 1995, **41** : 1311-1323

LERT F, SPENCER B, LERT H. La prévention du sida chez les jeunes. *Revue Française des Affaires Sociales* 1993, **47** : 137-155

LEVINSON S. L'organisation temporelle des premières relations sexuelles. In : *L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Lagrange H, Lhomond B, dir. Collection Recherches, Éditions La Découverte, Paris 1997 : 227-256

LEVY JJ, FRIGAULT LR, SAMSON JM, DUPRAS A, CAPPON P. Prédicteurs des comportements sexuels à risque face au sida chez un groupe d'étudiants universitaires hétérosexuels de Montréal. *Contraception, Fertilité, Sexualité* 1994, **22** : 123-128

LINDELL ME, OLSSON HM. Students opinions about sex education in a Swedish school region. *Scand J Soc Med* 1993, **21** : 203-210

LOLLIS CM, JOHNSON EH, ANTONI MH. The efficacy of the health belief model for predicting condom usage and risky sexual practices in university students. *AIDS Educ Prev* 1997, **9** : 551-563

LYMAN C, ENGSTROM EL. HIV and sexual health education for women. *New Directions for Student Services* 1996, **57** : 23-37

MAHLER K. Condom availability in the schools : lessons from the courtroom. *Fam Plann Perspect* 1996a, **28** : 75-77

MAHLER K. Delay in first sex is seen among British teenagers in sex education program. *Fam Plann Perspect* 1996b, **28** : 83-84

MAHONEY CA, THOMBS DL, FORD OJ. Health belief and self-efficacy models : Their utility in explaining college student condom use. *AIDS Educ Prev* 1995, **7** : 32-49

MANDERSCHIED JC, GALICHET F, AVENTURIN E. La réflexion sur le sida comme question philosophique : une expérience d'enseignement. *Revue Française de Pédagogie* 1996, **114** : 45-52

MATHEWS C, EVERETT K, BINEDELL J, STEINBERG M. Learning to listen : Formative research in the development of AIDS education for secondary school students. *Soc Sci Med* 1995, **41** : 1715-1724

MATZEN JL. Assessment of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome audiovisual materials designed for grades 7 through 12. *J Pediatr Nurs* 1995, **10** : 114-120

MAWER C. Preventing teenage pregnancies, supporting teenage mothers. *BMJ* 1999, **318** : 1713-1714

MCEWAN R, BHOPAL R, ATKINSON A. AIDS and sex education in Newcastle schools : policy, priority and obstacles. *Health Educ J* 1994, **53** : 15-27

MCNAIR LD, CARTER JA, WILLIAMS MK. Self-esteem, gender, and alcohol use : relationships with HIV risk perception and behaviors in college students. *J Sex Marital Ther* 1998, **24** : 29-36

MELLANBY A, PEARSON VA, TRIPP JH. Preventing teenage pregnancy. *Arch Dis Child* 1997, **77** : 459-462

MELLANBY A, PHELPS F, TRIPP JH. Sex education : more is not enough. *J Adolesc* 1992, **15** : 449-466

MEN (ministère de l'Éducation nationale). Protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement. *Bull Off Educ Nat* 2000, **HS 1**

MEREMANS P. *L'éducation affective et sexuelle des adolescents dans le contexte de l'épidémie du sida*. Thèse de anté publique, spécialité éducation pour la santé, UCL, Bruxelles 1997

MEREMANS P, SACE C, BRASSEUR P, DECCACHE A. Modalités et perspectives de prévention du sida parmi les enseignants des écoles secondaires de la ville de Namur. *Santé Publique* 1997, **9** : 475-482

MICKLER SE. Perceptions of vulnerability : Impact on AIDS-preventive behavior among college adolescents. *AIDS Educ Prev* 1993, **5** : 43-53

MILLER KS, KOTCHICK BA, DORSEY S, FOREHAND R, HAM AY. Family communication about sex : what are parents saying and are their adolescents listening ? *Fam Plann Perspect* 1998a, **30** : 218-22, 23

MILLER KS, LEVIN ML, WHITAKER DJ, XU X. Patterns of condom use among adolescents : the impact of mother-adolescent communication. *Am J Public Health* 1998b, **88** : 1542-1544

MILLSTEIN SG, IGRA V, GANS J. Delivery of STD/HIV preventive services to adolescents by primary care physicians. *J Adolesc Health* 1996, **19** : 249-257

MOLBERT W, BOYER CB, SHAFER MA. Implementing a school-based STD/HIV prevention intervention : collaboration between a university medical center and an urban school district. *J Sch Health* 1993, **63** : 258-261

MOREAU-GRUET F, FERRON C, JEANNIN A, DUBOIS-ARBRE F. Adolescent sexuality : the gender gap. *AIDS Care* 1996, **8** : 641-653

- MORSE EV, MORSE PM, BURCHFIEL KE, ZEANAHD PD. Behavioral factors affecting HIV prevention for adolescent and young adult IDUs. *J Assoc Nurses Aids Care* 1998, **9** : 77-90
- MULVIHILL CK. AIDS education for college students : Review and proposal for a research-based curriculum. *AIDS Educ Prev* 1996, **8** : 11-25
- NARBONI F. Réflexions et actions entreprise par la direction des lycées et des collèges. École et sida. *Psychologie et Éducation-Dourdan* 1993, **15** : 101-106
- NICOLL A, CATCHPOLE M, CLIFFE S, HUGHES G, SIMMS I, THOMAS D. Sexual health of teenagers in England and Wales : analysis of national data. *BMJ* 1999, **318** : 1321-1322
- NITZ K. Adolescent pregnancy prevention : a review of interventions and programs. *Clin Psychol Rev* 1999, **19** : 457-471
- OAKLEY A, FULLERTON D, HOLLAND J, ARNOLD S, FRANCE-DAWSON M et coll. Sexual health education interventions for young people : a methodological review. *BMJ* 1995, **310** : 158-162
- OGLETREE RJ, RIENZO BA, DROLET JC, FETRO JV. An assessment of 23 selected school-based sexuality education curricula. *J Sch Health* 1995, **65** : 186-191
- PAICHELER G. Modèles pour l'analyse de la gestion des risques liés au VIH : liens entre connaissances et actions. *Sciences Sociales et Santé* 1997, **15** : 39-71
- PAICHELER G. Perception of HIV risk and preventive strategies : a dynamic analysis. *Health* 1999, **3** : 47-69
- PAICHELER G. Understanding risk management : towards an integration of individual, interactive and social levels. In : *Aids in Europe : new challenges for the social sciences*. Moatti JP, Souteyrand Y, Prieur A, Sandfort T, Aggleton P, eds. Routledge, London and New York 2000 : 247-259
- PAULUSSEN T, KOK G, SCHAALMA H. Antecedents to adoption of classroom-based AIDS education in secondary schools. *Health Educ Res* 1994, **9** : 485-496
- PEERSMAN GV, LEVY JA. Focus and effectiveness of HIV-prevention efforts for young people. *AIDS* 1998, **12** : S191-S196
- PETOSA R, JACKSON K. Using the Health Belief Model to predict safer sex intentions among adolescents. *Health Educ Q* 1991, **18** : 463-476
- PETOSA R, WESSINGER J. The AIDS education needs of adolescents : a theory-based approach. *AIDS Educ Prev* 1990, **2** : 127-136
- PIERCY FP, TREPPER T, JURICH J. The role of family therapy in decreasing HIV high-risk behaviors among adolescents. *AIDS Educ Prev* 1993, **5** : 71-86
- POITRAS M, LAVOIE F. A study of the prevalence of sexual coercion in adolescent heterosexual dating relationships in a Quebec sample. *Violence Vict* 1995, **10** : 299-313
- PORTER LS. Reducing teenage and unintended pregnancies through client-centered and family-focused school-based family planning programs. *J Pediatr Nurs* 1998, **13** : 158-163

- POTSONEN R, KONTULA O. Adolescents' knowledge and attitudes concerning HIV infection and HIV-infected persons : how a survey and focus group discussions are suited for researching adolescents' HIV/AIDS knowledge and attitudes. *Health Educ Res* 1999, **14** : 473-484
- PRE F. Actions de prévention MST-sida en milieu scolaire : enquête auprès de 100 intervenants, Rhône, 1995. *Santé Publique* 1996, **8** : 215-232
- REMAFEDI G. Cognitive and behavioral adaptations to HIV/AIDS among gay and bisexual adolescents. *J Adolesc Health* 1994, **15** : 142-148
- RICHARD R, VAN DER PLIGT J, DE VRIES N. Anticipated affective reactions and prevention of AIDS. *Br J Soc Psychol* 1995, **34** (Pt 1) : 9-21
- RIGSBY DC, MACONES GA, DRISCOLL DA. Risk factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers : a review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1998, **11** : 115-126
- ROBENSTINE C. HIV Education at the Secondary Level : An urgent Necessity. *NASSP Bulletin* 1993, **77** : 9-16
- ROBENSTINE C. HIV/AIDS education for adolescents : school policy and practice. *Clearing House* 1994, **67** : 229-232
- RODRICK-ATHANS L, BHAVNAGRI NP. Strategies for overcoming obstacles in AIDS education for preteens. *Childhood Education* 1997, **73** : 70-76
- RODRIGUEZ M, YOUNG R, RENFRO S, ASENCIO M, HAFFNER DW. Teaching Our Teachers To Teach : A SIECUS study on training and preparation for HIV/AIDS prevention and sexuality education. *SIECUS Report* 1996, **28** : 15-23
- ROMER D, BLACK M, RICARDO I, FEIGELMAN S, KALJEE L et coll. Social influences on the sexual behavior of youth at risk for HIV exposure. *Am J Public Health* 1994, **84** : 977-985
- ROTHERAM-BORUS MJ, REID H, ROSARIO M. Factors mediating changes in sexual HIV risk behaviors among gay and bisexual male adolescents. *Am J Public Health* 1994, **84** : 1938-1946
- RUDELIC-FERNANDEZ D. L'impact de la prévention sur la précocité sexuelle. *Le Journal du sida-Transcriptase* 1996 (Vancouver*numéro spécial ANRS) : 16-18
- SAHAI V, DEMEYERE P. Sexual health : are we targeting the right age groups ? *Can J Public Health* 1996, **87** : 40-41
- SANTELLI JS, WARREN CW, LOWRY R, SOGOLOW E, COLLINS J et coll. The use of condoms with other contraceptive methods among young men and women. *Fam Plann Perspect* 1997, **29** : 261-267
- SANTELLI JS, DICLEMENTE RJ, MILLER KS, KIRBY D. Sexually transmitted diseases, unintended pregnancy, and adolescent health promotion. *Adolesc Med* 1999, **10** : 87-108
- SCHONFELD DJ. Talking with elementary school-age children about AIDS and death : principles and guidelines for school nurses. *J Sch Nurs* 1996, **12** : 26-32
- SCOTT JL, GIEDT A, DIMITRIEVICH E. A community medicine project involving an educational session in sexually transmitted diseases for high school students. *S D J Med* 1998, **51** : 345-346

SEAL DW, KELLY JA, BLOOM FR, STEVENSON LY, COLEY BI, BROYLES LA. HIV prevention with young men who have sex with men : what young men themselves say is needed. *AIDS care* 2000, **12** : 5-26

SECHRIST W. Personalizing HIV infection : moving students closer to believing... « This could actually happen to me ! ». *J HIV/AIDS Prev Educ Adolesc Child* 1997, **1** : 105-108

SMITH KW, MCGRAW SA, COSTA LA, MCKINLAY JB. A self-efficacy scale for HIV risk behaviors : development and evaluation. *AIDS Educ Prev* 1996, **8** : 97-105

SMITH ML, MINDEN D, LEFEVBRE A. Knowledge and attitudes about AIDS and AIDS education in elementary school students and their parents. *J Sch Psychol* 1993, **31** : 281-292

SONENSTEIN FL, KU L, LINDBERG LD, TURNER CF, PLECK JH. Changes in sexual behavior and condom use among teenaged males : 1988 to 1995. *Am J Public Health* 1998, **88** : 956-959

STANTON B, KIM N, GALBRAITH J, PARROTT M. Design issues addressed in published evaluations of adolescent HIV-risk reduction interventions : a review. *J Adolesc Health* 1996, **18** : 387-396

STANTON BE, LI X, GALBRAITH J, CORNICK G, FEIGELMAN S, KALJEE L, ZHOU Y. Parental underestimates of adolescent risk behavior : a randomized, controlled trial of a parental monitoring intervention. *J Adolesc Health* 2000, **26** : 18-26

STOUT JW, KIRBY D. The effects of sexuality education on adolescent sexual activity. *Pediatr Ann* 1993, **22** : 120-126

STRYKER J, SAMUELS SE, SMITH MD. Condom availability in schools : The need for improved program evaluations. *Am J Public Health* 1994, **84** : 1901-1906

STURDEVANT MS, KOHLER CL, WILLIAMS LF, JOHNSON JE. The University of Alabama Teenage Access Project : a model for prevention, referrals, and linkages to testing for high-risk young women. *J Adolesc Health* 1998, **23** (2 Suppl) : 107-114

TENNER AD, TREVITHICK LA, WAGNER V, BURCH R. Seattle Youth Care's prevention, intervention, and education program : a model of care for HIV-positive, homeless, and at-risk youth. *J Adolesc Health* 1998, **23** (2 Suppl) : 96-106

THOMSON C, CURRIE C, TODD J, ELTON R. Changes in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among Scottish 15 + 16 year olds, 1990-1994 : findings from the WHO : Health behaviour and school-aged children study (HBSC). *Health Educ Res* 1999, **14** : 357-370

THOMSON R. Prevention, promotion and adolescent sexuality : the politics of school sex education in England and Wales. *Sex Marital Ther* 1994, **9** : 115-126

TOBIAS BB, RICER RE. Counseling adolescents about sexuality. *Prim Care* 1998, **25** : 49-70

TRAD PV. Adolescent pregnancy : an intervention challenge. *Child Psychiatry et Human Development* 1993, **24** : 99-113

TRAD PV. Assessing the patterns that prevent teenage pregnancy. *Adolescence* 1999, **34** : 221-240

- TRIPP JH, MELLANBY A, PHELPS F, CURTIS HA, CRICHTON NJ. A method for determining rates of sexual activity in schoolchildren. *AIDS Care* 1994, **6** : 453-457
- TURNER A, SINGLETON N, EASTERBROOK S. Developing sexual health software incorporating user feedback : a British experience. Using computer software to reduce personal health risks : HIV/STD applications. *Health Educ Behav* 1997, **24** : 102-120
- UNKS G. Will Schools risk teaching about the risk of AIDS ? *Clearing House* 1996, **69** : 205-210
- UZAN M. Prévention et prise en charge des grossesses des adolescentes. Rapport remis à la Direction générale de la santé. AP/HP, Inserm U361. Paris, avril 1998
- VAN DER PLIGT J, RICHARD R. Changing adolescents' sexual behaviour : perceived risk, self-efficacy and anticipated regret. *Patient Educ Counseling* 1994, **23** : 187-196
- WELLINGS K, WADWORTH J, JOHNSON AM, FIELD J, WHITAKER L, FIELD B. Provision of sex education and early sexual experience : the relation examined. *BMJ* 1995, **311** : 417-420
- WELLINGS K, FIELD B. Sexual behaviour in young people. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1996, **10** : 139-160
- WELLINGS K, KANE R. Trends in teenage pregnancy in England and Wales : how can we explain them ? *J R Soc Med* 1999, **92** : 277-282
- WHALEY AL. Preventing the high-risk sexual behavior of adolescents : focus on HIV/AIDS transmission, unintended pregnancy, or both ? *J Adolesc Health* 1999, **24** : 376-382
- WIGHT D, ABRAHAM C. From psycho-social theory to sustainable classroom practice : developing a research-based teacher-delivered sex education programme. *Health Educ Res* 2000, **15** : 25-38
- WINETT RA, ANDERSON ES. HIV prevention in youth : a framework for research and action. *Adv Clin Child Psychol* 1994, **16** : 1-43
- WINN S, ROKER D, COLEMAN J. Knowledge about puberty and sexual development in 11-16 year-olds : Implications for health and sex education in schools. *Educational Studies* 1995, **21** : 187-201
- WITTE K. Preventing teen pregnancy through persuasive communications : realities, myths, and the hard-fact truths. *J Community Health* 1997, **22** : 137-154
- WOOD K, MAFORAH F, JEWKES R. « He forced me to love him » : putting violence on adolescent sexual health agendas. *Soc Sci Med* 1998, **47** : 233-242
- WYN J. Young women and sexually transmitted diseases : the issues for public health. *Aust J Public Health* 1994, **18** : 32-39
- YANG M. Adolescent sexuality and its problems. *Ann Acad Med Singapore* 1995, **24** : 736-740
- ZACCONE-TZANNETAKIS PR. We can protect ourselves : a rhyming puppet show about HIV prevention. *J Sch Health* 1995, **65** : 152-154
- ZIBALESE-CRAWFORD M. A creative approach to HIV/AIDS programs for adolescents. *Soc Work Health Care* 1997, **25** : 73-88