



*Comparaison des interventions classiques et théâtrales réalisées par le Centre Régional
d'Information et de Prévention du SIDA (CRIPS) pour la prévention du VIH dans les lycées et
CFA de la région parisienne.*

Enquête avant après, année scolaire 1999-2000

R. Haus (1), F. Dautzenberg (1), F. Lert (1,2), D. Rudelic Fernandes (1), F., D. Jayle (1)

Introduction :

L'évolution des comportements dont témoigne l'enquête ACSJ (Analyse des comportements sexuels des jeunes) (1) montre que les campagnes de prévention en direction des jeunes ont porté leurs fruits. Ces comportements acquis par les nouvelles générations doivent être maintenus au cours des étapes ultérieures de leurs trajectoires sexuelles. On s'accorde aujourd'hui généralement pour dire qu'il est plus facile de stimuler des comportements préventifs auprès des personnes n'ayant pas encore débuté des conduites à risque que d'inciter ultérieurement à leur abandon (2). Les travaux épidémiologiques récents confirment par ailleurs que la catégorie de population des 18-24 ans, qui est parmi les plus actives sexuellement (3), avec notamment des changements de partenaires, est aussi une des plus exposées au risque. Enfin, l'adolescence étant une phase de la construction de la personnalité où l'individu est encore en situation d'apprentissage, plus ouvert que l'adulte aux comportements nouveaux, les jeunes de moins de 20 ans constituent une cible prioritaire de l'éducation pour la santé.

L'ensemble de ces données a conduit les pouvoirs publics en France, comme dans de nombreux autres pays, à mettre en place des campagnes de prévention du sida s'adressant spécifiquement aux jeunes. Plusieurs types d'approches ont été développés :

- des campagnes dans les médias publics et en particulier ceux plus spécialement prisés par les jeunes (radio) ou lors d'évènements festifs rassemblant ce même public.
- différents modèles d'interventions dans les établissements scolaires et plus récemment, le modèle (à l'origine anglo-saxon), d'éducation par les pairs (4). Quant aux jeunes hors milieux scolaires, ils ont aussi été ciblés à travers des actions de proximité.

Ainsi deux modèles principaux de la mise en œuvre de la prévention en milieu scolaire ont été développés en France et dans d'autres pays européens, qui ont chacun leurs qualités et défauts :

- le modèle d'"intégration dans l'enseignement régulier" permet l'intégration de la problématique du sida dans le cadre plus général d'éducation pour la santé et d'éducation sexuelle et constitue potentiellement le cadre pour une approche plus progressive et plus différenciée de la problématique de la sexualité et du sida. Or, l'expérience suisse montre que dans la réalité les acteurs s'écartent souvent du modèle préconisé. En effet, la mise en œuvre dépend des motivations, des capacités d'interactions, de la formation et de la sensibilité de l'enseignant, mais aussi de la

concurrence d'autres programmes déjà chargés et du climat de confiance régnant entre l'enseignant et sa classe. De façon générale, une grande liberté d'action est laissée aux enseignants et la supervision est inexistante. L'homogénéité des interventions n'est pas garantie et les enseignants ne se sentent pas toujours à l'aise pour aborder les questions liées à la sexualité et leurs connaissances ne sont pas toujours à jour.

- le modèle "intervenants extérieurs" a comme avantages un certain anonymat qui permet des discussions plus libres, généralement, une bonne formation des intervenants ainsi qu'une certaine homogénéité de contenu des interventions avec possibilité de bénéficier des échanges d'expérience et de supervision. Les inconvénients connus du système sont : la difficulté du suivi des interventions, le manque de temps pour aborder des problématiques annexes au sida et surtout la difficile coordination avec les enseignants titulaires qui éprouvent souvent des difficultés à assumer les "suites" des interventions. Les interventions du CRIPS appartiennent à cette deuxième catégorie.

Devant le nombre grandissant d'actions menées en direction des jeunes, l'évaluation reste le seul outil de mesure de la bonne utilisation des ressources dévolues à ces actions. De même, compte tenu des transformations sensibles au niveau des comportements et des attitudes des adolescents et des jeunes adultes, il devient impératif que les réponses apportées dans le cadre des actions de prévention évoluent avec les connaissances, les attitudes et les attentes de ce public.

Depuis l'année scolaire 1992/1993, le CRIPS Ile de France coordonne à la demande du Conseil Régional un programme de prévention dans les établissements scolaires (qui en font la demande) de la région Ile-de-France. Ce programme repose essentiellement sur des séances d'information de deux heures auprès de groupes de 10 à 40 élèves en première année de lycée, à un âge très proche de l'âge moyen (5) d'entrée dans la sexualité active (17.5 ans pour les garçons et 18.7 ans pour les filles). Ces séances sont animées par des intervenants appartenant au réseau du CRIPS (certains sont des permanents de l'association). Ils sont en général médecins, infirmier(ère)s, éducateurs, psychologues, bénévoles travaillant dans des associations. En raison de leur expérience personnelle et/ou professionnelle, tous présentent une implication forte vis-à-vis des problèmes du sida. Les interventions consistent généralement en une séance unique, obligatoire car elle remplace un cours. Elles se présentent soit sous la forme d'interventions dites "classiques" de type "conférence débat" soit de représentations théâtrales interactives. Le public de ces interventions est constitué de jeunes de 15 à 22 ans, élèves de première année de cycle secondaire en lycées polyvalents (Poly), lycées d'enseignement professionnel (LEP) et centres de formation des apprentis (CFA).

Pour cette étude, les interventions classiques ont été standardisées afin de limiter les éventuelles variabilités liées aux différents intervenants. La standardisation a été élaborée à partir des

pratiques des intervenants et en fonction des objectifs du programme. Elle a concerné le déroulement de l'intervention ainsi que les thèmes abordés :

- présentation du CRIPS, information sur la permanence téléphonique de SIDA INFO SERVICE

- rappel des différents modes de transmission du virus et de leur prévention : le test VIH (où et quand le pratiquer, délai d'apparition des anticorps, gratuité...), le préservatif masculin (variétés, mode d'emploi...) et la conduite à tenir en cas de rupture, le traitement d'urgence (délai, durée, efficacité...), la pilule du lendemain (délai, lieux de distribution, efficacité...), l'IVG, le préservatif féminin.

- les traitements disponibles : la trithérapie, ses effets secondaires, son coût.

- le quotidien des malades : le regard des autres, les difficultés d'annonce de la séropositivité à la famille et aux proches.

Par ailleurs, le débat théâtral se déroulait en partenariat avec la compagnie " Entrée de jeux ". Son principe est d'utiliser le théâtre comme un outil permettant de mettre en acte, en situation, des idées avec un groupe réuni pour réfléchir. Une représentation se compose en deux parties : la pièce initiale jouée par les comédiens (20 minutes) et le jeu d'improvisation à partir de la pièce qui fait intervenir les jeunes sur scène avec les acteurs (1 heure 45 minutes). Dans la pièce initiale, la question de la difficulté de parler du préservatif entre garçons et filles est soulevée, les spectateurs qui désirent prendre position viennent le faire sur scène en se substituant à l'un des comédiens. Cette technique de débat théâtralisé permet aux différentes opinions de s'exprimer, mais en les reliant systématiquement à un côté pratique (la mise en situation), plutôt que théorique. Le principe est alors de faire comprendre aux jeunes qu'il n'y a pas de solution unique mais qu'il appartient à chacun de trouver la sienne (6).

Objectif de l'étude : L'objet principal de cette étude était de comparer les deux types d'intervention (standardisées) dans les classes de seconde des lycées (polyvalents ou professionnels) et dans les CFA en terme de perception, d'évolution des connaissances, des attitudes, des comportements et des effets de sociabilité.

Hypothèses de travail : L'étude devait permettre d'appréhender l'impact différencié des actions préventives menées par le CRIPS Ile-de-France en milieu scolaire. En effet, il y avait nécessité de porter une attention au contenu du message éducatif qui était véhiculé et pour ce faire, il était nécessaire de connaître les facteurs psychosociaux qui déterminaient la décision des individus d'agir ou de ne pas agir dans une direction donnée (7). L'hypothèse de base de cette recherche était que le type d'interaction proposé au cours des interventions du CRIPS, parce qu'elle apportait de l'information et favorisait l'échange sur la sexualité et le sida, était susceptible d'aider à faire évoluer favorablement les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescents face au

risque de transmission sexuelle du VIH. L'évaluation se proposait également de dégager une compréhension qualitative des attitudes différenciées des élèves en fonction de l'âge, du sexe et de la filière scolaire.

Population et méthode :

- Protocole de la passation :

Période de l'enquête : début janvier à fin avril 2000.

Le déroulement de l'enquête s'est effectué en deux temps selon une méthode quasi expérimentale. Les établissements qui s'étaient inscrits dans le programme ont été repartis entre les deux types d'interventions de façon à composer deux groupes dans lesquels il y avait une bonne représentation des types de filière et d'établissements ainsi qu'une hétérogénéité géographique au sein de la région. On peut considérer qu'il n'y avait pas de contamination intergroupe, les lycées étant éloignés les uns des autres. L'étude reposait sur l'évolution des attitudes, connaissances et comportements (avant -après) des élèves de chaque groupe d'intervention.

En effet, les deux questionnaires comportaient :

- des questions concernant des caractéristiques individuelles (sexe, âge, filière scolaire, expérience professionnelle, environnement social, pratiques de paroles à la maison sur la sexualité, expérience sexuelle)

- des items liés à la connaissance des facteurs de transmissions du VIH

- des questions sur les attitudes, intentions et comportements des jeunes à l'égard du préservatif et les composantes qui les sous tendent : dimension affective (réponse émotionnelle d'une personne à la pensée d'emprunter un comportement donné), sociale (pertinence d'un comportement donné à l'intérieur d'un groupe de référence), perception du contrôle qu'ils peuvent avoir sur le comportement (7).

- la mesure des effets de sociabilité (type et étendue), l'acquisition de nouvelles connaissances et l'opinion des élèves sur l'intervention.

Première passation : Le questionnaire a été distribué dans les classes choisies pour participer à l'évaluation après accord du proviseur. Il n'a pas été pratiqué de réel tirage au sort des classes (échantillon de convenance). En effet, celles ci ont été sélectionnées selon les modalités pratiques de réalisation de l'enquête au sein de l'établissement scolaire. Cette passation d'une durée de vingt minutes s'est faite environ 2 à 4 semaines avant l'intervention prévue par le CRIPS (intervention type "débat théâtral" ou intervention type "classique"). La distribution et l'explication du questionnaire étaient faite par l'enquêteur du CRIPS dans les classes concernées. Il était nécessaire de relier les questionnaires "avant" aux questionnaires "après" de chaque individu pour pouvoir évaluer avec précision l'impact de l'action tout en garantissant l'anonymat des personnes. Pour

cela, après avoir rempli son questionnaire, l'élève le pliait et le rangeait dans une grande enveloppe sur laquelle il écrivait ses nom et prénom. Il apposait ensuite sa signature à l'endroit où il scellait l'enveloppe pour garantir sa non ouverture entre les deux étapes de l'enquête. La collecte des enveloppes était faite par l'enquêteur immédiatement. Les enveloppes nominatives ont été conservées par le responsable de la recherche au CRIPS dans une armoire fermée à clé.

Deuxième passation : Après l'intervention, l'enquêteur (dans la majorité des cas le même que celui de la passation "avant") se mettait en rapport avec l'établissement sélectionné afin de définir la date de remplissage du deuxième questionnaire (environ 3 à 5 semaines après l'intervention du CRIPS). La distribution, l'explication du deuxième questionnaire était faite par l'enquêteur aux classes concernées. L'enveloppe nominative contenant le premier questionnaire était remise à l'élève. Après avoir répondu au deuxième questionnaire, ce dernier décachetait l'enveloppe nominative pour en retirer le premier questionnaire qu'il avait rempli. Il réunissait les deux questionnaires dans une enveloppe anonyme et la déposait dans une urne. Les enveloppes des élèves absents à la deuxième passation étaient détruites sans être ouvertes après avoir été comptées. Les questionnaires étaient collectés pour l'analyse par l'enquêteur du CRIPS. Aucune liste nominative n'a été établie. Le questionnaire élève ne comportait que trois informations démographiques : le sexe, l'année de naissance et le type d'établissement. A la demande de la CNIL ; consultée sur la procédure ; ni le nom de l'établissement, ni la classe n'ont été indiqués afin d'éviter toute possibilité d'identification indirecte.

- Population étudiée :

Ont participé à l'enquête :

- pour les lycées : 9 lycées dont 4 LEP et 5 lycées polyvalents. Ils siégeaient dans les départements 75, 77, 91, 93 et 95.

- pour les CFA : 7 CFA concernant les départements 75, 77 et 92.

Le nombre maximum de classes évaluées au sein d'un même établissement était de six.

<i>Type d'établissement</i>	<i>Nombre d'établissement</i>		<i>Nombre de classes</i>		<i>Nombre d'élèves ayant rempli les 2 questionnaires ou le questionnaire après seul</i>		<i>Nombre d'élèves pris en compte</i>	
	<i>Polyvalent</i>	<i>Professionnel (LEP + CFA)</i>	<i>Polyvalent</i>	<i>Professionnel (LEP + CFA)</i>	<i>Polyvalent</i>	<i>Professionnel (LEP + CFA)</i>	<i>Polyvalent</i>	<i>Professionnel (LEP + CFA)</i>
<i>Intervention classique</i>	2	8	12	16	284	269	237	215
<i>Intervention théâtrale</i>	3	3	12	14	334	158	300	123
Total	5	11	24	30	618	427	537	338
	16		54		1045		875	

On dispose des questionnaires de 1045 élèves, dont 875 ont rempli le questionnaire " avant ", le questionnaire " après " et ont participé à l'intervention (423 pour le théâtre et 452 pour les interventions classiques). La différence est représentée par les élèves dont on ne disposait que du questionnaire " après " (élèves absents au cours de la première passation) et ceux absents à l'intervention. Ils n'ont pas été analysés.

- Méthodes statistiques :

L'analyse statistique des différents résultats a été réalisée à l'aide du logiciel EPI INFO pour la partie descriptive (test Chi2), du logiciel SAS pour les tests de corrélation, les tests de la moyenne et le test de Mac Nemar. Le seuil retenu pour les différents tests effectués a été = 0.05.

Rappel des étapes antérieures de l'évaluation :

La première année, l'évaluation a mis l'accent sur la faisabilité du programme, c'est-à-dire sur le cadre organisationnel, les thèmes et les méthodes utilisées par les intervenants d'horizons très divers ainsi que les attitudes des élèves (6). En effet, on pouvait redouter des difficultés d'organisation mettant en péril la réalisation du programme, une mauvaise acceptation des intervenants externes par le personnel éducatif, enfin une difficulté à nouer le dialogue avec les jeunes.

La deuxième année, cette faisabilité étant acquise, l'évaluation s'est attachée à repérer les modes d'intervention et les techniques utilisées par les intervenants pour s'adapter au contexte hétérogène des classes lié aux niveaux scolaires et sociaux des élèves, au degré de mixité sexuelle et ethnique des classes. En effet, dans la filière professionnelle, la répartition garçon fille varie avec le type de spécialisation (mécanique, coiffure...). L'intervenant a donc une forte probabilité de se trouver devant une classe hétérogène, avec des élèves pour qui la séance interviendra après la première relation sexuelle, d'autres bien avant et d'autres avec une concomitance relative (8). De plus, l'évaluation s'est attachée à comparer les deux modes d'intervention (les séances classiques animées par le réseau d'intervenants et le débat théâtralisé tel que celui proposé par la compagnie Théâtre & Co).

Ces résultats ont conduit à réduire, pour les deux années suivantes, le champ de l'évaluation autour d'une approche qualitative de différents modes d'intervention.

Principaux résultats des étapes antérieures de l'évaluation :

Les indicateurs quantitatifs disponibles grâce aux évaluations précédentes ne permettaient pas de saisir l'interaction entre l'intervenant et les élèves et de comprendre la nature de la relation sur laquelle repose une action de prévention. Pour répondre à cet objectif, une approche qualitative a été mise en place comprenant l'observation *in situ* des interventions, des entretiens semi-directifs individuels et collectifs auprès des élèves ainsi qu'entretiens avec intervenants et responsables du CRIPS. L'originalité de la démarche était de procéder à une "*clinique de la prévention*" : décrire une intervention de 2h en tant qu'acte préventif du point de vue des élèves, des intervenants et de l'organisme coordinateur. Environ 200 élèves ont été interviewés suite à l'observation de 16 interventions réalisées au sein des lycées et des CFA sur tous les départements d'Ile-de-France.

L'objectif était de chercher à comprendre comment les contenus et les méthodes des interventions pouvaient impliquer ou au contraire rebuter les jeunes qui y avaient participé, de saisir finement les réactions des élèves pendant et après les interventions et de mettre en évidence leurs attentes et leurs besoins. Du point de vue des intervenants, il s'agissait de recueillir leur appréciation des interventions et de leur permettre de situer la séance évaluée par rapport à leur façon habituelle d'intervenir. Enfin, les coordinateurs du programme et les responsables du CRIPS étaient tenus à s'exprimer sur les objectifs et perspectives pour le programme.

- Une faible attente de la part des élèves

Les interventions du CRIPS ne répondent pas à une demande exprimée par les élèves et peuvent être vécues par eux comme étant "*imposées*". L'impression de "*tout savoir*" sur la prévention du Sida, souvent rencontrée sur le terrain, ne favorise pas non plus l'émergence d'une demande d'information. De même, l'actuelle organisation du programme, où le CRIPS est à l'initiative et où le Conseil Régional assume les coûts des interventions, met souvent les établissements dans une position passive.

Cependant, malgré ces faibles attentes explicites au départ, une forte satisfaction est enregistrée à la sortie des interventions. Ainsi, plusieurs indicateurs d'une intervention considérée comme "réussie" par les élèves ont été mis en évidence :

- l'implication personnelle des élèves dans le débat,
- l'émergence des questions liées aux situations concrètes, aux attitudes et aux comportements préventifs ou "à risque" (plutôt que des questions d'information générale),
- les réactions affectives pendant l'intervention (expressions émotives, accord ou désaccord exprimés avec l'intervenant ou élèves, identification),
- les changements de dynamique en termes de prise de parole au sein du groupe (ceux qui ne s'expriment pas habituellement en classe prennent la parole pendant l'intervention et vice versa),
- la demande individuelle de conseil adressée à l'intervenant, à l'issue de l'intervention,
- le souhait de s'impliquer dans une action de type associatif,
- les retombées des interventions enregistrées auprès des personnes relais et des enseignants (demandes d'information complémentaire, questions, discussions, demandes de conseil).

- Facteurs contextuels qui influent fortement sur le déroulement des interventions

Le cadre matériel et organisationnel, élément rarement pris en compte dans les évaluations s'est révélé décisif pour le bon déroulement des interventions. En effet, de même que les facteurs contextuels (et non pas les modèles psychosociologiques) semblent prédictifs des comportements à risque, le cadre matériel et organisationnel influe fortement sur le bon ou le mauvais déroulement des interventions. Lorsque les interventions ont lieu dans des salles peu appropriées, trop grandes et ne disposant pas des supports nécessaires (matériel audiovisuel, tableau, etc.), l'interaction entre l'intervenant et le groupe est rarement assurée. De même, il est important que l'intervention se situe dans les heures de cours et non pas à un moment de temps libre afin de s'assurer de la participation des élèves. Le discours développé autour de l'annonce de l'intervention peut influencer le déroulement de la séance : lorsque l'intervention est précédée d'une explication détaillée et que des discussions entre professeurs et élèves sur le thème du Sida ont lieu, la classe est plus réactive. Si

l'intervention n'est pas annoncée, elle est assimilée à "*un cours obligatoire*" et l'intervenant à "*un prof comme les autres*".

- Impact des interventions

Les effets des interventions les plus perceptibles concernent le savoir des élèves sur l'infection au VIH. En ayant élargi leur champ de connaissances, les jeunes se sentent plus responsables de leurs propres comportements, évaluent mieux les risques personnels et parfois, devenus "*experts*", se font spontanément des relais d'information de leur entourage. De même, lorsque de nouvelles informations ont été intégrées, on peut constater chez certains élèves une diminution de la peur face à la maladie. Cependant, un décalage persiste entre la connaissance déclarée acquise après l'intervention et la connaissance réellement assimilée et observable. Ainsi, certaines informations de base (le principe du test de dépistage, la transmission materno-foetale, etc.) ne sont pas bien passées et on constate un défaut de compréhension des mécanismes fondamentaux de la maladie. Les élèves rencontrent également des difficultés à développer leurs connaissances verbalement : celles-ci se limitent parfois à l'énonciation de quelques mots-clefs dont on peut se demander s'ils ont véritablement un contenu.

Un deuxième niveau d'impact concerne les effets de sociabilité induits. Les interventions étant elles-mêmes, pour la plupart, basées sur une relation interactive entre l'intervenant et les élèves, on peut penser que ce n'est pas un effet de hasard si les interventions ont d'importants prolongements relationnels : elles ont permis à un grand nombre d'élèves d'initier un dialogue soit dans le cadre familial, soit dans le cadre amical ou amoureux, parfois avec des interlocuteurs nouveaux avec qui le thème semblait difficile à aborder. Le dialogue est initié souvent à partir des connaissances acquises au cours des interventions.

Peu d'effets directs sur les comportements ont pu être observés, d'une part en raison des délais rapprochés de l'enquête par rapport aux interventions, et d'autre part, à cause de la nature des interventions elles-mêmes, axées le plus souvent sur l'apport d'information et le débat. Néanmoins, de nombreuses modifications d'attitudes ont été constatées. Il s'agit principalement de l'intention d'utiliser le préservatif, de faire un test ou de se faire vacciner contre l'hépatite B. Certaines interventions ont contribué également au renforcement du sentiment de solidarité à l'égard des personnes vivant avec le VIH.

- Attentes des élèves

Les élèves expriment peu d'attentes explicites à l'issue des interventions, estimant qu'elles correspondent à leurs besoins et se disant généralement satisfaits. Néanmoins, un certain nombre d'attentes peuvent être déduites de leurs questions et remarques.

Ces attentes concernent en premier lieu l'information délivrée au cours des interventions. On note chez les élèves à la fois une saturation et une attente par rapport à l'information sur le VIH : une impression "*de tout savoir sur la prévention du VIH*" liée à la forme souvent redondante des messages de prévention, en contraste avec des lacunes de connaissances encore persistantes et avec une forte demande d'information sur le vécu de la maladie.

En effet, une volonté de mieux se représenter la vie avec le VIH, de donner plus de consistance à la maladie qui reste pour beaucoup encore abstraite, c'est aussi, de la part des élèves, un désir de se rapprocher d'elle, de la rendre plus présente, "*plus menaçante*" à leurs propres yeux. Les nombreuses suggestions des élèves de faire témoigner des personnes vivant avec le VIH peuvent s'expliquer ainsi. On note également chez les élèves une envie d'aborder les aspects psychologiques et sociologiques de la maladie.

De même, rares sont les interventions où à un moment donné la question de la recherche ne soit pas abordée par les élèves. Ce qui intéresse les jeunes, ce ne sont pas tant des données précises mais plutôt un bilan général de l'avancement de la recherche. Ils souhaitent aborder ce thème simplement et rapidement. Le discours attendu s'oppose en cela à un langage scientifique ou technique, inadapté aux besoins des élèves.

Enfin, une autre attente exprimée par les élèves concerne la manière dont l'infection au VIH est abordée dans d'autres cultures et religions. Cette attente est sans doute motivée par différents besoins : un besoin personnel, en particulier pour les élèves d'origine maghrébine et de religion musulmane, qui se trouvent souvent confrontés au silence de leurs familles ; un besoin d'ouverture et de relativisation de la maladie : replacer la maladie dans un contexte pluri-culturel.

Il existe chez la grande majorité des élèves une attente forte de dialogue. Celle-ci se focalise souvent sur les questions liées à la sexualité. Cependant, les élèves n'osent pas toujours aborder ces thèmes de leur propre initiative : le rôle de l'intervenant devient dès lors considérable puisque c'est à lui de créer un espace d'expression et de réguler la parole au sein du groupe. Ainsi, par exemple, les garçons des CFA semblent avoir très peu l'habitude de parler de la sexualité et du Sida hors contexte scolaire. De même, pour les jeunes filles musulmanes qui n'ont pas coutume d'aborder publiquement ce sujet, il peut être nécessaire d'inventer d'autres stratégies (groupes unisexes).

Dans le contexte non-mixte, les questions liées à la sexualité étaient abordées plus facilement par les élèves comme si l'absence de l'autre sexe venait libérer la parole sur ce thème. Cependant, toutes les classes composées uniquement des garçons ont exprimé la demande de pouvoir aborder les thématiques liées au sida en compagnie des filles. L'expérience des uns, lorsqu'elle est partagée, permet aux autres de mieux se situer par rapport à leurs propres pratiques, attitudes,

sentiments. Ceci argumente en faveur d'interventions se déroulant en deux temps : par petits groupes non-mixtes, suivis d'un débat en groupe mixte.

- Attentes des intervenants

Si le CRIPS est apprécié par tous les intervenants pour la grande autonomie qu'il laisse à chacun dans sa façon d'intervenir, quelques critiques au niveau de l'organisation ont été émises. Le souhait est exprimé que les interventions soient réparties non pas sur quelques mois, mais sur toute l'année. Il est suggéré d'initier le programme dès le mois de novembre. Un souci d'anticipation a également été exprimé par certains. Il est suggéré que les intervenants soient prévenus au moins quinze jours avant la date de leur intervention afin de permettre une meilleure organisation et coordination entre le CRIPS et les établissements.

Environ un tiers des intervenants considèrent la coordination avec les enseignants et les personnes - relais dans les établissements comme très inégale voire très insatisfaisante. Il s'agit principalement des difficultés à prendre des contacts avec la personne - relais, d'être mal reçu à l'arrivée dans les établissements et de ne ressentir aucune volonté d'intégration de la part de l'équipe enseignante.

Les avis sont partagés quant à la question de rattachement plus ou moins prolongé de l'intervenant à un établissement. Le fait de changer régulièrement de lieu d'intervention est perçu par certains comme motivant et permettant d'éviter une routinisation des interventions, voire une institutionnalisation de l'intervenant. Cependant dans la majorité des cas, les intervenants préfèrent retourner régulièrement dans les mêmes établissements. Ceci permet à la fois un suivi des actions et un lien plus solide avec les personnes - relais.

Enfin, conscients de la difficulté de s'adapter instantanément aux différents publics en milieu scolaire, les intervenants sont dans l'ensemble très demandeurs de formations, en particulier concernant les méthodes d'animation (jeux de rôle, utilisation des supports vidéos...). Une majorité des intervenants souhaiterait également disposer des outils de réactualisation de leurs connaissances sur l'infection au VIH.

- Attentes du CRIPS en tant qu'organisme coordinateur

Les relations du CRIPS avec son réseau d'intervenants se veulent des relations de partenariat. Néanmoins, des attentes plus ou moins explicites existent à l'égard des intervenants, à savoir :

- . qu'ils soient très motivés par ce qu'ils font ;
- . qu'ils aient un ancrage pratique pour leurs interventions ;
- . qu'ils soient au contact avec la maladie ;

- . qu'ils interviennent selon leur propre sensibilité et leur propre expérience ;
- . qu'ils aident les jeunes à s'exprimer plutôt que de s'exprimer eux - mêmes ;
- . qu'ils soulèvent des interrogations plus qu'ils n'apportent de réponses ;
- . qu'ils nouent des liens avec les personnes - relais et prennent du temps pour les aider dans leur démarche.

Concernant les perspectives pour le programme, l'objectif n'est pas nécessairement d'élargir le programme à l'ensemble des lycées en Ile-de-France car la démarche risquerait de perdre en qualité. Le but serait de faire de cette expérience un modèle afin qu'elle soit également reprise et poursuivie par d'autres personnes faisant de la prévention en France. Il pourrait s'agir de proposer un modèle en termes de contenu mais aussi en termes de techniques d'interventions.

Selon plusieurs responsables, le système d'interventions mis en place pourrait être utilisé pour traiter d'autres thèmes tels que la sexualité, la santé, la toxicomanie, l'éducation civique, et devrait permettre d'introduire des problématiques psycho-sociologiques.

Résultats :

1) Caractéristiques des 2 groupes étudiés :

Avant toute intervention on observe assez peu de différences entre le groupe classique et le groupe théâtre. La répartition filles garçons est différente dans les deux groupes : on a plus de filles (57%) dans le groupe classique et plus de garçons (60%) dans le groupe théâtre ($p=10^{-6}$). D'autre part les différentes filières ne sont pas réparties de façon homogène entre les 2 groupes ($p=10^{-7}$) (tableau 1). Les lycéens de LEP et de CFA sont plus nombreux dans le groupe classique que dans le groupe théâtre ou les élèves viennent plus souvent de lycées polyvalents.

Tableau 1: Répartition des filières entre les groupes classiques et théâtre.

	Groupe classique	Groupe théâtre
Centre de formation d'apprentis	25.4%	15.8%
Lycée d'enseignement professionnel	22.1%	13.2%
Lycée polyvalent	52.4%	70.9%

Dans les deux groupes, l'âge moyen des élèves est de 17 ans ($=1.3$). 71% des jeunes vivent avec leurs 2 parents et une grande majorité a des frères et sœurs (90% dans le groupe théâtre et 94% dans le groupe classique, ce qui représente une différence faiblement significative ($p=4\%$)). 48% des élèves ont déjà travaillé en étant rémunérés. Les copains sont représentés à 91% par les jeunes du quartier ou de l'école mais seuls 31% des sujets ont le sentiment d'appartenir à une bande. Un peu plus du tiers des élèves déclare avoir une petite amie avec une légère prédominance dans le groupe classique (où 44% ont une petite amie contre 37% dans l'autre groupe ($p=2\%$)) avec une durée moyenne depuis le début de la relation de 8,5 mois ($=11.2$). 88% des élèves discutent parfois de sexualité. Les copains et la petite amie sont les interlocuteurs les plus fréquents (tableau 2).

Tableau 2 : Interlocuteurs des élèves discutant de sexualité.

Pourcentage de sujets déclarant discuter de sexualité avec :	
les copains, copines	89%
le (la) petit(e) ami(e)	74% de ceux qui ont un(e) petit(e) ami(e)
les parents	32%
les frères et sœurs	30%
d'autres membres de la famille	16%
leur médecin	7%

Les deux populations sont aussi semblables en ce qui concerne les expériences sexuelles (tableau 3).

Tableau 3 : Fréquence de différentes expériences sexuelles dans les groupes classique et théâtre.

	jamais	une fois	quelquefois ou souvent	non réponse
serrer dans les bras	7%	2%	90%	1%
embrasser sur la bouche	10%	3%	86%	1%
caresser sous la taille	27%	8%	62%	3%
relations sexuelles avec pénétration	61%	6%	32%	1%

Parmi les 32% de sujets qui ont déjà eu des rapports avec pénétration, 70% n'ont eu qu'un partenaire dans l'année et 30% en ont eu plusieurs. Parmi ces mêmes sujets, une majorité utilise le préservatif (60% à chaque fois, 25% parfois, et 12% jamais), et 48% des filles sont sous contraception orale. 80% des élèves déclarent avoir peur d'attraper le SIDA (dont 24% très peur) alors que 49% estiment se protéger assez. 50% des sujets des 2 groupes déclarent avoir des préservatifs sur eux ou au domicile.

Les attitudes des 2 groupes ne présentent pas de différences significatives (tableau 4) hormis quelques points.

Si on compare les attitudes en regroupant les réponses tout à fait ou plutôt d'accord, on n'observe pas de différence significative entre les groupes théâtre et classique. En revanche, on relève dans trois cas des différences sensibles si on ne regroupe pas les modalités de réponse positives et négatives. Ainsi pour l'affirmation : "après les premières relations, quand on se connaît bien on peut se passer de préservatif" on a une différence faiblement significative : 42% du groupe classique répondant pas du tout d'accord contre 34% du groupe théâtre ($p=2\%$). Pour l'affirmation "je préférerais que ce soit l'autre qui propose le préservatif" on a 25% de tout à fait d'accord parmi les élèves du groupe classiques et 16% parmi ceux du groupe théâtre ($p=2\%$). Pour l'affirmation "je trouve qu'actuellement on ne parle pas assez du SIDA" on a 24% de sujets du groupe classique contre 30% de ceux du groupe théâtre qui sont plutôt d'accord ($p=2.8\%$)

La transmission par voie sexuelle et par toxicomanie intraveineuse est quasiment parfaitement assimilée par la population d'étude : transmission suite à un partage de seringue dans le cadre d'une toxicomanie : 1.5 % des sujets ont répondu non, transmission lors des rapports sexuels : 0.3 % des sujets ont répondu non. (tableau 5). En ce qui concerne les autres items, les fausses croyances tournent autour de 10% et les progrès possibles sont donc faibles sauf pour la notion de transmission par les moustiques ou le don de sang où plus de 10% des sujets ont mal répondu. On ne note pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes sauf en ce qui concerne le risque de transmission par les moustiques : 18 % dans le groupe classique versus 12 % dans le groupe théâtre ($p=2\%$). 68% des élèves se sentent bien informés et 72% ont envie d'en savoir plus qu'ils fassent partie du groupe théâtre ou du groupe classique. 23% se déclarent même prêts à participer à des discussions sur le SIDA organisées dans leur lycée.

Tableau 4: Proportion de fausses croyances en ce qui concerne différents modes de transmission du VIH

	Groupe classique %	Groupe théâtre %
Transmission en donnant son sang sujets ayant répondu oui	20	20
Transmission par piqûre de moustique sujets ayant répondu oui.	18	12
Transmission en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée sujets ayant répondu oui	11	11
Transmission par transfusion sanguine sujets ayant répondu non	9	9
Transmission dans les toilettes publiques sujets ayant répondu oui	8	8
Transmission suite à un partage de seringue dans le cadre d'une toxicomanie sujets ayant répondu non	1.5	1.5
Transmission lors des rapports sexuels sujets ayant répondu non.	0.3	0.3

On a également interrogé les jeunes sur leur proximité avec une personne séropositive, 16% des élèves ont répondu avoir cette expérience sans différence dans la répartition parmi les différents cercles de l'entourage (22% dans la famille, 45% parmi les amis, et 31% autre).

Dans les 2 groupes, le pourcentage de sujets ayant déjà réalisé un test de dépistage du VIH est peu élevé, il est de 6% de même pour le pourcentage d'élèves qui ont l'intention d'effectuer un dépistage. Seuls 16% des élèves déclarent connaître un centre de dépistage anonyme et gratuit et, parmi ceux-ci, 93% peuvent effectivement mentionner l'adresse d'un centre.

2) Comparaison "avant après" des interventions théâtre et classique :

La comparaison "avant après" des interventions "classiques" et théâtrales met en évidence une perception assez différente des deux types d'animation par les élèves (tableau 6). Ceux qui ont assisté au théâtre ont plus été surpris par l'intervention. Ils se sont plus amusés et comparent plus volontiers les animateurs à des grands frères ou à des copains. De l'intervention elle-même, ils retiennent plus la discussion autour des relations amoureuses. Le groupe classique affirme plus souvent s'être ennuyé mais les élèves se sentent mieux informés après l'intervention ($p=0.01$) et ils déclarent plus avoir trouvé des réponses à leurs questions ($p<10^{-9}$). Ils se souviennent d'un plus grand nombre de thèmes abordés (le préservatif, le dépistage, les modes de transmission, les traitements d'urgence, les effets du virus, la pilule du lendemain et la vie quotidienne). Les intervenants classiques sont plus volontiers comparés à des parents, des professeurs ou des médecins. Les élèves de ce groupe ont plus l'impression d'avoir pu parler librement ($p=1.8.10^{-6}$), notamment ils se sont moins sentis gênés par la présence des autres élèves.

Après l'intervention, ils ont plus volontiers discuté du SIDA ($p=10^{-5}$) et de questions personnelles ($p=0.02$) que les élèves du groupe théâtre (cf tableau I en annexe).

En ce qui concerne les attitudes (tableau 5), le test de Mac Nemar et celui de la moyenne permettent de retrouver une évolution entre "avant" et "après" sur 3 des 16 variables décrites avant dans le groupe classique (toujours dans le sens souhaité), et sur 4 variables dans le groupe théâtre. Pour le théâtre, à l'item : " le préservatif, c'est devenu un réflexe...", l'évolution se fait dans le sens opposé de celui souhaité.

Tableau 5 : Evolution avant après des attitudes

Propositions :	classique	théâtre
Je préférerais que ce soit l'autre qui propose le préservatif.	-	-
On ne sait jamais quel est le bon moment pour aborder la question du préservatif	-	-
Après les premières relations, quand on se connaît bien on peut se passer du préservatif.	-	-
Si l'autre me proposait un préservatif, je me poserais des questions sur elle/lui		
Quand on s'aime, le préservatif on n'en a pas envie.	-	-
Si je rencontrais quelqu'un dans une soirée, il pourrait m'arriver, dans l'excitation, de ne pas penser au préservatif.	-	-
Quand on choisit bien son partenaire, on n'a pas forcément besoin de préservatif.	-	-
J'aurais peur de ce que l'autre va penser de moi si je proposais le préservatif	-	-
J'aurais du mal à insister si l'autre refusait d'utiliser le préservatif.	-	-
Le préservatif, pour moi c'est devenu un réflexe, c'est naturel de l'utiliser.	-	
Le préservatif, ça casse l'ambiance.	-	-
Le préservatif, ça gâche les sensations.	-	-
Parfois, on sait qu'il y a un risque mais on s'en fiche.	-	-
Le préservatif, je trouve que c'est difficile à poser.		
Je fais attention à avoir toujours un préservatif sur moi.	-	-
Le préservatif, ce n'est pas toujours fiable		

= est moins souvent d'accord avec l'affirmation après l'intervention ($p < 0.05$) qu'avant.

= est plus souvent d'accord avec l'affirmation après l'intervention ($p < 0.05$) qu'avant.

- = pas de changements entre avant et après ($p > 0.05$).

La question " Si l'autre me proposait un préservatif, je me poserais des questions sur elle/lui " a attiré notre attention par sa particularité. En effet, on retrouve des différences statistiquement significatives quelque soit le type d'intervention réalisée (32 % vs 14.6 % ($p=10^{-6}$) dans le groupe théâtre et 30.5 % vs 12.8 % ($p=10^{-6}$) dans le groupe classique), quelque soit le type de filière ($p=10^{-6}$ en CFA et lycée polyvalent et $p=0.004$ en lycée professionnel) et que l'élève ait une expérience sexuelle ou pas ($p=10^{-6}$).

L'évolution des opinions sur la fiabilité du préservatif est plus hétérogène : on ne retrouve de différence statistiquement significative que pour la comparaison avant après globale sur

l'ensemble des sujets (55 % vs 45 % $p=3.10^{-5}$), après l'intervention classique ($p=2.10^{-5}$) et en lycée polyvalent ($p=4.10^{-3}$).

En ce qui concerne les connaissances (tableau 6), on observe (tests de Mac Nemar et de la moyenne) une amélioration sur 3 des 5 questions pour lesquelles on en espérait qu'une (toilettes publiques, piqûre de moustiques et transfusion sanguine).

Tableau 6: Evolution des connaissances avant après

	classique	théâtre
VIH transmis dans les toilettes publiques		
VIH transmis en recevant du sang (transfusion sanguine)		
VIH transmis par une piqûre de moustique		
VIH transmis en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée	-	-
VIH transmis en donnant son sang	-	-

L'intention de faire un test est minoritaire (5.8 % des élèves au total). Elle augmente après l'intervention aussi bien pour les réponses oui (5.8 % à 9 %) que pour les réponses peut-être (21.5 % à 30.9 %). Cette différence est encore plus marquée pour les interventions classiques (6.2 % à 10.6 %) que pour le théâtre (5.4 % à 7.3 %). Chez les jeunes ayant une expérience sexuelle, l'intention de recourir au test est plus présente (10.1 % puis 13.8 % après l'intervention). L'intention de recourir au test dépend également de la filière d'enseignement : les élèves de LEP et de CFA ont plus souvent l'intention de recourir au test, avant et après. Ceci est à tempérer par le fait qu'ils ont plus d'expérience sexuelle.

3) Comparaison des 2 groupes après.

Après l'intervention on observe les mêmes différences entre groupe classique et théâtre qu'avant, sauf pour 10 variables dont 3 variables d'attitudes et 2 de connaissances. 89,6% des élèves discutent de sexualité dans le groupe classique après l'intervention et 77,5% dans le groupe théâtre ($p=7,9.10^{-6}$).

On remarque l'apparition de différences entre les 2 groupe pour 2 attitudes : le préservatif devient plus un réflexe chez le groupe classique après l'intervention ($p=0,034$). De même, le groupe classique déclare plus faire attention "à toujours avoir un préservatif sur soi" (avec la réserve que ce groupe a pu bénéficier d'une distribution de préservatifs à la fin de l'intervention).

Au contraire, pour l'affirmation "après les premières relations quand on se connaît bien, on peut se passer du préservatif" les deux groupes sont identiques après alors qu'avant l'intervention, les élèves du groupe classique étaient un peu plus d'accord avec cette affirmation que le groupe théâtre.

En ce qui concerne les connaissances après l'intervention, les classiques ont moins de fausses croyances que le groupe théâtre en ce qui concerne le risque de transmission par transfusion ($p=2.10^{-3}$) et par piqûre de moustique ($p=7,1.10^{-5}$).

Les deux groupes peuvent plus souvent situer un CDAG après l'intervention qu'avant mais cette amélioration est plus nette dans le groupe classique ($p=2.10^{-7}$)

4) Analyse par sous groupe.

a) les jeunes n'ayant jamais eu de relations sexuelles : évolution des attitudes selon le mode d'intervention

On retrouve deux évolutions statistiquement significatives (et allant dans le bon sens) entre avant et après :

- “ Si l'autre me proposait un préservatif, je me poserais des questions sur elle/lui ” : 35.6 % vs 11.7 % ($p=10^{-6}$) dans le groupe théâtre et 29.1 % vs 10.9 % ($p=10^{-6}$) dans le groupe classique.
- “ Le préservatif, ce n'est pas toujours fiable ” : 48.3 % vs 42.3 % (ns) dans le groupe théâtre et 54.1 % vs 41.1 % ($p=0.002$) dans le groupe classique.

b) les jeunes ayant eu des expériences sexuelles avec plusieurs partenaires : évolution des attitudes selon le mode d'intervention

On retrouve une évolution statistiquement significative (et allant dans le bon sens) entre avant et après :

- “ Le préservatif, ce n'est pas toujours fiable ” : 73.8 % vs 46.8 % ($p=0.006$) dans le groupe classique et différence non significative dans le groupe théâtre ($p=0.8$).

c) les jeunes ayant un seul partenaire dans l'année : évolution des attitudes selon le mode d'intervention

On retrouve deux évolutions statistiquement significative (et allant dans le bon sens) entre avant et après :

- “ Si l'autre me proposait un préservatif, je me poserais des questions sur elle/lui ” : 38.6 % vs 15.8 % ($p=0.0002$) dans le groupe théâtre et 38.1 % vs 18.2 % ($p=0.0009$) dans le groupe classique.

- “ Le préservatif, ce n'est pas toujours fiable ” : 65.4 % vs 50.9 % ($p=0.02$) dans le groupe classique et différence non significative dans le groupe théâtre.

Discussion :

D'après G. Paicheler (9), “ L'éducation sanitaire repose sur le postulat fondamental que les individus ont besoin d'acquérir les connaissances qui les inciteront à adopter les comportements, les “ styles de vie ” les moins préjudiciables à leur santé ”.

Dans cette étude, les résultats en terme de connaissances, attitudes et comportements des jeunes diffèrent peu entre les questionnaires “ avant ” et “ après ” et ce, quel que soit le groupe étudié (filière classique ou professionnelle) et le mode d'intervention réalisée. Diverses explications peuvent apparaître :

1) les modalités de passation du questionnaire “ après ” ne permettent pas de mettre en évidence un effet de changement, et ce pour différentes raisons :

a) le délai s'écoulant entre l'intervention réalisée par le CRIPS et le questionnaire “ après ” (3 à 5 semaines) est trop court (les effets ne sont pas encore présents) ou trop long (les effets se sont atténués). Ce délai n'était pas strictement le même pour tous les établissements. Pour certains établissements, celui ci a du être modifié en raison de journées de grève des professeurs de l'Éducation Nationale au début de l'année 2000. Le délai choisi était inhérent aux contraintes scolaires, les élèves étant dispersés à la fin de chaque année scolaire. Il ne devait pas être trop long afin de limiter un effet de dilution dans d'autres campagnes publiques de prévention sur le thème de la sexualité qui sont souvent réalisées en été.

b) manque de puissance de l'étude. On s'attendait à des changements faibles en terme de comportements préventifs en raison de la courte période entre les deux questionnaires mais surtout du fait que les attitudes et comportements ont fortement évolué au début des campagnes et que les gains préventifs à obtenir sont aujourd'hui plus faibles.

c) Il a été montré (10, 11) que les réponses à un questionnaire sont fortement liées au libellé des questions), aux instructions données pour y répondre, aux conditions dans lesquelles le questionnaire est rempli (moment de la journée, durée, environnement). On peut donc s'interroger sur la validité du questionnaire et des réponses des élèves. Soit les élèves n'ont pas compris les questions (certains ayant pu rencontrer des difficultés de lecture ou d'interprétation), soit leurs réponses ne sont pas fiables (biais de désirabilité de la réponse). Néanmoins, les questionnaires “ avant ” et “ après ” ont été pré testés sur des

élèves (3 classes de CFA) semblables à ceux que l'on voulait évaluer. Lors de ce pré test, les élèves devaient faire part de leur compréhension du questionnaire et suggérer les points à améliorer.

d) les indicateurs choisis ne sont pas assez sensibles. Ceci est à tempérer par le fait que beaucoup d'élèves n'ont pas encore eu de rapport sexuel ce qui joue sur les évolutions possibles en terme d'attitudes et de comportements. De plus, l'évaluation a été axée dans sa partie attitudes sur l'évolution de celles ci en référence à une norme de la gestion et de la négociation dans une relation à la fois amoureuse et sexuelle. On peut se demander si les interventions ont bien trait à cette situation ou si, à cette époque, elles avaient déjà évolué et rendant ainsi la mesure des attitudes adoptées dans le questionnaire inadapté. Quand on regarde de plus près les indicateurs étudiés, on remarque :

- en terme d'**attitudes**, une évolution favorable se produit sur la proposition du préservatif. A l'item, " Si l'autre me proposait un préservatif, je me poserais des questions sur elle / lui, les élèves sont moins souvent d'accord avec l'affirmation après l'intervention qu'avant ($p < 0.05$) On ne note pas de différences significatives entre " avant " et " après " sur les autres items, et ce quel que soit le type d'intervention réalisée.

- en terme de **connaissances**, les fausses croyances telles les risques de transmission dans les toilettes publiques ou par une piqûre de moustique diminuent de manière significative ($p < 0.05$) entre " avant " et " après ". Quant à la perception des risques de transmission du SIDA en donnant son sang et en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée, elle n'évolue pas et ce quel que soit le type d'intervention. Ce résultat semble logique dans le débat théâtral où cette question n'est pas abordée. Ces questions devront être dorénavant discutées durant l'intervention classique mais dans une approche plus globale du mode de transmission lié au sang car, d'après G. Paicheler (9), " tous les discours qui incriminent les moustiques, les coiffeurs, les dons du sang, les prises de sang ... impliquent clairement ces vecteurs ou ces agents dans la transmission, d'autres y pensent et expriment une angoisse, plus qu'une croyance ". Ceci pose la question de la pertinence de ces items pour évaluer la connaissance des jeunes en terme de transmission du virus. Ces questions ont été introduites dans les enquêtes dans les années 80 pour rendre compte des connaissances profanes des modes de transmission des infections qui pouvaient faire redouter une discrimination des personnes séropositives perçues comme contaminantes par simple contact ou de façon diffuse et invisible. Aujourd'hui, si la connaissance des modes de transmission sexuelle et sanguine est bien connue, on peut se demander si ces questions sont encore pertinentes.

- en termes d'intention et comportements :

D'après G. Paicheler (9), une intention ne peut se concrétiser en comportement que si les circonstances le permettent. En effet, Triandis (12) estime que les conditions facilitant ou nuisant à la manifestation du comportement représentent un indice important sur lequel s'appuyer pour prédire si le comportement sera adapté ou non. Par exemple, certaines conditions rendraient extrêmement difficile, sinon impossible l'usage du préservatif (par ex : le refus du partenaire sexuel) (7, 12). Les réponses à l'item traitant de cette question dans notre questionnaire : " j'aurais du mal à insister si l'autre refusait d'utiliser le préservatif " ne varient pas entre avant et après et ce, quel que soit le type d'intervention réalisée. De même, il arrive que le comportement s'exprime sans qu'une intention claire et consciente ait été formulée préalablement ; il est donc difficile d'agir sur les comportements. Les personnes qui adoptent ou non les comportements préventifs partagent le même avis sur les effets néfastes que peut avoir sur leur santé la non adoption de ces comportements. Ainsi, certains continuent à ne pas utiliser le préservatif bien qu'ils connaissent les dangers d'une telle pratique (7).

- en termes **d'effets de sociabilité** :

2) Peu de changements sont observés en terme de connaissances, d'attitudes et de comportements entre les questionnaires " avant " et " après ". Il est, en général, assez rare que l'on arrive à démontrer l'effet des actions de prévention et notamment des actions d'éducation à la santé, tout particulièrement quand on se trouve dans une période de stabilisation après une période de changement de comportements. Les raisons pouvant expliquer ce faible impact sont diverses :

a) le niveau de connaissances et d'attitudes étant élevé au départ, l'amélioration ne peut être que modeste. Pour le risque de transmission du VIH dans les toilettes publiques, la réponse oui était de 10.3 % dans l'enquête ACSJ (13) versus 8 % dans cette enquête (p=). Celle concernant le risque de transmission en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée était de 11.3 % dans l'enquête ACSJ versus 11 % dans cette enquête (p=) et enfin à la question du risque d'être contaminé en donnant son sang, la réponse oui était de 23.7 % dans l'enquête ACSJ versus 20 % dans cette enquête (p=). Par contre, si l'on s'interroge sur la transmission du virus par piquûre de moustique la réponse oui était de 10.2 % dans l'enquête ACSJ versus 18 % dans le groupe classique et 12.5 % dans le groupe théâtre dans le questionnaire " avant ". Ceci pose la question du contenu de l'intervention et l'éventualité de ne réserver les connaissances qu'à la partie préliminaire de l'intervention, ou en cas de public particulier : écoles primaires ou collèges, classes en situation relative d'échec scolaire, filières techniques ou professionnels (8, 13). Une action sur les connaissances a des résultats limités sur les changements de comportements (9).

b) les interventions actuelles restent trop centrées sur le SIDA et le préservatif. En effet, au début de l'épidémie de SIDA, la sexualité était tabou en milieu scolaire, l'accent était mis sur le préservatif, déprécié et dévalorisé en France comme moyen de contraception. Il fallait changer

l'image du préservatif et prouver sa facilité d'emploi. Aujourd'hui, l'image du préservatif s'est rajournée et "son mode d'emploi est connu". Les problèmes et les intérêts des jeunes ont changé, il faut se détacher de cet angle d'approche. Il faut prendre en compte la dimension du choix du partenaire et la capacité à vivre la relation avec lui (dialogue, échange, négociation, capacité d'affirmation), et cela sans froisser les convictions sur les champs autorisés ou interdits à l'école (7).

Il y a nécessité de parler 'vrai', c'est à dire de la réalité de la sexualité des jeunes et donc de réaliser des actions traitant plus largement de la sexualité. Il faut élargir l'angle d'approche de la sexualité. On pourrait alors suggérer de construire des modules thématiques autour de ces questions liées à la sexualité (contraception, rapports sociaux garçon - fille, prévention des MST et du Sida, orientation et identité sexuelle, sexualité) qui seraient proposées aux établissements en fonction des caractéristiques des populations scolaires. En effet, les actions de prévention telles qu'elles sont proposées par le CRIPS à l'heure actuelle consistent en un modèle unique adapté aux différentes populations scolaires telles qu'elles sont ressenties et appréciées par les intervenants expérimentés. Ceux ci reconnaissent la diversité des publics scolaires entre les CFA où les interventions s'adressent à des jeunes qui s'expriment à partir d'une expérience sexuelle relativement riche et les publics de LEP plus hétérogènes qui eux, s'expriment plus à partir de leurs représentations et de leurs questions sur la sexualité que sur leurs expérience personnelle, plus réduite. La question se pose donc de proposer non pas un modèle à adapter aux publics mais plusieurs modèles pour des publics différenciés par l'âge, l'expérience sexuelle, la culture.

Ce constat est renforcé par le regard des acteurs de la compagnie théâtrale : au cours du jeu d'improvisation réalisé à partir de la pièce, les jeunes qui montent sur la scène se mettent à parler de la relation sexuelle, le préservatif est un prétexte. Le débat théâtral est donc là pour montrer les problèmes que rencontrent les jeunes et les aider à y faire face en les amenant à s'interroger sur leurs propres attitudes et différences et à les discuter entre eux pour favoriser l'évolution des normes sociales. Les personnes peuvent changer parce qu'elles se sentent intégrées et soutenues par un groupe. C'est dans un contexte interactif que l'apport d'information peut produire un changement individuel par le biais d'une implication dans une action collective et d'un changement normatif. Ces groupes sont à la fois un relais pour l'information et un vecteur pour le changement (9). Ces mises en scène rendent compte des difficultés rencontrées par les jeunes pour exprimer leurs sentiments, leurs aspirations, et leur attitude violente et sexiste dans la sexualité. Peut-être est-on arrivé aujourd'hui à permettre ainsi aux élèves de se situer de façon ouverte par rapport à la norme sexuelle implicite des actions préventives ?

c) le programme régional finance 2 heures d'intervention par classes. Ceci est probablement insuffisant pour produire des changements mesurables. La contrainte pour rallonger l'intervention sont diverses : financière d'une part, institutionnelle (difficulté à

instaurer des programmes plus ambitieux). On pourrait alors envisager de proposer une nouvelle répartition du volume de temps entre les publics, les classes, les thèmes abordés pour répondre à de nouveaux objectifs resituant la prévention du sida dans un contexte plus large. De plus, le prolongement de l'intervention afin de produire une intensité suffisante nécessiterait de coordonner les actions du CRIPS avec les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté qui doivent être gérés par les élèves. Il faut développer les projets menés conjointement avec l'éducation nationale, favoriser les établissements qui mènent un projet d'établissement sur la prévention. Actuellement ce sont les infirmières scolaires qui mènent des actions sur le terrain mais elles sont confrontées à de nombreuses difficultés : bon vouloir du proviseur, manque de moyens financiers pour réaliser leurs projets.

Conclusion :

On a donc mis en évidence très peu de différences entre les modes d'intervention. Cependant, on peut remarquer une nette amélioration de l'acceptabilité du préservatif (moins de méfiance envers le partenaire) et plus de confiance dans sa fiabilité. De plus, les fausses croyances diminuent. L'intention de faire un test augmente. La modification en termes de comportements est difficile à apprécier. Deux perceptions différentes apparaissent selon le type d'intervention réalisée : **l'intervention théâtrale** : surprise, amusement, animateurs considérés comme des copains, effets de sociabilité avec les copains et les autres élèves et **l'intervention classique** : meilleure information, plus de thèmes abordés, plus de réponses apportées aux questions des élèves, discussion plus libre, moins de sentiment de gêne instaurée par la présence des autres élèves, des animateurs considérés comme des adultes et des effets de sociabilité sur des questions personnelles avec le /la petit(e) ami(e).

Tableau 7: Comparaison des opinions des élèves sur l'intervention.

	Groupe classique %	Groupe théâtre %
je me suis senti(e) proche du (des) animateurs	28	28
je n'ai pas aimé du tout	5	5
j'ai trouvé que c'était réaliste	74	74
je me suis ennuyé(e)	13	8
j'ai eu envie de prendre la parole	31	21
j'ai trouvé cela trop compliqué	4	4
j'ai été surpris(e)	21	33
je me suis bien amusée	30	70
je ne m'en souviens pas	6	6
j'ai trouvé des réponses aux questions que je me posais	76	37

Cette évaluation confirme les précédentes dans l'importance prise par le cadre de la prévention comme condition de son efficacité. Il y a donc nécessité d'élargir le champ d'intervention :

- **faire évoluer le contenu des actions** pour se rapprocher des conditions réelles dans lesquelles les jeunes vivent aujourd'hui leur sexualité et resituer celle-ci dans un contexte plus large que le thème du SIDA
- mieux **adapter les actions aux différents types de public rencontrés**
- **favoriser la coordination** des interventions menées par le CRIPS avec les actions entreprises au sein de l'établissement (infirmières, CPE, enseignants)
- développer le retour d'informations des intervenants du CRIPS sur le déroulement de leurs interventions par l'intermédiaire d'une fiche d'intervention

permettant de mesurer l'implication des établissements scolaires dans la prévention par le biais des actions menées au cours de l'année.

La génération étudiée paraît donc assez bien informée et présente des attitudes favorables à la prévention forgées par les générations précédentes. Néanmoins, il reste à permettre aux jeunes de traduire ces attitudes en comportements adaptés dans les différentes situations de leurs trajectoires amoureuses et sexuelles. L'information joue un rôle de support pour les processus qui permettent l'appropriation de nouvelles normes de comportements qui passe par des mises en situation et des interactions. Ainsi, il est important de mentionner que depuis les résultats de cette enquête, les interventions "classiques" ont de plus en plus tendance à intégrer des méthodes ludiques et interactives (type jeux de rôle). A l'inverse, à la fin des pièces théâtrales, le CRIPS a mis en place depuis 2 ans une séquence informative d'environ 20 minutes par une tierce personne (infirmière d'établissement ou animateur CRIPS) sur les risques encourus en cas de non utilisation ou de rupture du préservatif.

Bibliographie :

- 1. Lagrange, H., Lhomond B., Calvez, M., Darsch, Ch., Favier, C., Fierro, F., Levinson, Sh., Mallochon, A., Roché, S., Warszawski, J. *"Le Comportement sexuel des jeunes face au sida ; une enquête nationale auprès de 6 500 adolescents âgés de 15 à 18 ans."* ANRS, dossier de Presse, avril 1995.

- 2. *"Experience in other areas of health-behavior change, such as smoking cessation, obesity control, and the adoption of exercise regimens, indicates that more intensive and ongoing interventions are needed, especially for persons who have established risk patterns. Finally, as is the case for almost any behavior that is a threat to health, primary prevention objectives are more readily accomplished by encouraging people to avoid initiating high-risk patterns rather than by attempting to change risk patterns that already exist."*

Jeffrey A. Kelly, Ph.D. *"Aids Prevention : Strategies that Work"* *The Aids Reader* (July/August 1992), p. 41 ; cf. également Philippe Adam, Geneviève Paicheler, Alian Quemin. *Sida 2010 : base d'analyse et synthèse sur les aspects socio-culturels du sida.* Paris : CERMES, juin 1994.

- 3. *Ce sont plus précisément les jeunes adultes de 18 à 29 ans qui constituent la population la plus active sexuellement, en termes de nombre de partenaires au cours d'une année* (Kyung-Hee Choi and Thomas J. Coates. *"Prevention of HIV infection"*. *AIDS* 1994, 8 : 1371-1389.).

- 4. Rudelic-Fernandez, D. *"Illusion d'une communication entre jeunes"*. *Journal du Sida* 1, No. 54-55 (septembre-octobre 1993): 78-79.

- 5 .*Baromètre santé 2000*

- 6. *Bilan et perspectives d'une décennie de prévention. D.Jayle, A Ugidos. Le journal du SIDA/n°80-81/décembre 1995- janvier 1996.*

-7

- 8. *La prévention en milieu scolaire . E . Ricard. Transcriptase n°37/aôut 1995*

- 9. *G. Paicheler. Modèle pour l'analyse de la gestion des risques liés au VIH : liens entre connaissances et actions. Sciences Sociales et Santé, Vol.15, n°4, décembre 1997*

- 10. *T . Baranowski. Methodologic issues in self-report of health behavior. Journal of School Health, 55 (5), p 179-1821*

- 11. *JC. Manderscheid. Quelles recherches pour l'éducation à la santé ? Revue Française de Pédagogie, n°114, janvier-février-mars 1996, 53-65*

- 12. *Triandis H.C. Interpersonal behavior, Brookd/Cole, Monterey, CA.1977*

- 13. *Les comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans. H. Lagrange, B. Lhomond. Enquête de l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA. Enquête Analyse et Comportement Sexuel des Jeunes (ACSJ), avril 1995.*

- 14. *F.Lert, Prévention du Sida chez les adolescents : évaluation du programme du CRIPS dans les lycées de la région Ile-de-France - année scolaire 1993-1994. Rapport de recherche, INSERM U88 - CRIPS, 1995.*

