



Guide de Prévention

**Comment conduire des actions
en éducation pour la santé
sur l'infection par le V.I.H.
auprès des jeunes en milieu scolaire**

Sous la direction de
Catherine TOURETTE-TURGIS

Maître de Conférences des Universités
Co-fondatrice de Comment Dire

Guide de Prévention

**Comment conduire des actions
en éducation pour la santé
sur l'infection par le V.I.H.
auprès des jeunes en milieu scolaire**

Sous la direction de Catherine Tourette-Turgis

Du même auteur :

(sous la direction de) *Le conseil de Projet. Référentiel de formation à destination des formateurs Jeunesse et Sport dans le cadre de L'Opération Projet J.*

Paris: Ministère de la Jeunesse et des Sports / Comment Dire - 1992

Passion d'enfance – Guide de la petite enfance

Paris : Le Hameau – 1986

Tourette-Turgis C., Georgin M. J., Ouarrak B., Muller A.M.

Psychopédagogie de l'enfant.

Paris : Masson, Coll. Cahiers de puériculture - 1986

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays y compris la Suède et la Norvège.

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.

Une copie ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autres, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteur.

© 1992, Catherine Tourette-Turgis

© 1992, 2000, 2003 COMMENT DIRE

99 Bis avenue du Général Leclerc – 75014 Paris

Ce guide a été conçu et réalisé par **COMMENT DIRE**,
Agence Conseil en Communication Sociale, en Santé
Publique et en formation, à la demande de l'**Agence
Française de Lutte contre le Sida**.

Direction et rédaction :

Catherine TOURETTE-TURGIS, Maître de Conférences en
Sciences de l'Éducation à l'Université de Rouen.

Collaboration à la conception et à la réalisation :

Maryline REBILLON, Comment Dire
Dominique ROLLAND, Comment Dire
Bruno LACRAMPE, Comment Dire
Christophe PINEAU, Comment Dire
Ulrike VERGES-KLETT, Comment Dire

Consultants :

Dr. Jean-François CHAMBON, Directeur médical, Arcat-Sida
Pierre DUPONT, Journaliste
Jean-Marc FERT, Conseiller Principal d'Éducation
Nada DAOU, Psycho-pédagogue, Praticienne du Conseil
Claude GUILBERT, Psychologue, Attachée d'Administration
Lisa WUNNENBERG, Praticienne du Conseil

Nous remercions pour leur soutien :

Dr. Françoise VARET, Directeur Adjoint, A.F.L.S.
Anne-Marie SERVANT, Chargée de mission, A.F.L.S.
Dr. Philippe PARIENTE, Chargé de mission, A.F.L.S.
Bernard GOUSSARD, Chargé de mission, A.F.L.S.

pour leur aide documentaire :

Dominique PLUWSKA, Documentaliste, CRIPS
Dominique SERRYN, Documentaliste, CRIPS
Colette JOUGLARD, Documentaliste, CFES

ainsi que :

Toute l'équipe d'enseignants et les élèves de la 3ème Technologie
du Collège Romain Rolland à Clichy-sous-Bois.

Préface

Depuis plusieurs années, de nombreux acteurs se mobilisent pour mener des actions de prévention de l'infection à V.I.H. auprès des jeunes scolarisés. L'Agence Française de Lutte contre le Sida a soutenu un grand nombre de ces actions et leur analyse montre, entre autres, que les intervenants en milieu scolaire se sentent souvent démunis de supports pédagogiques adaptés à leur public. Cette carence leur est d'autant plus sensible que la prévention du Sida implique une pédagogie qui ne vise pas que des savoirs. Elle ambitionne aussi de conduire à la réflexion sur les comportements. A cet égard, ceci leur permettrait de développer des dynamiques plus originales et implicantes que la simple conférence débat qui reste encore le mode d'intervention le plus souvent utilisé.

Si les contraintes scolaires limitent généralement le temps d'intervention, il ne faut cependant pas faire abstraction du fait que cette façon d'intervenir, mobilisant essentiellement l'aspect informatif, est plus sécurisante pour un intervenant. En effet, aborder les questions intimes que touche l'infection par le V.I.H. nécessite une préparation et un travail sur soi qui n'a pas toujours été offert aux différents intervenants.

Bien des acteurs cependant oseraient intervenir sur un mode plus interactif s'ils disposaient de véritables outils d'information, de réflexion et de soutien méthodologique. Même dans la réalisation d'actions participatives, où l'objectif principal est de permettre une réelle implication du jeune, on peut se demander si cette approche n'est pas le témoignage d'une insuffisance de techniques pédagogiques adaptées.

C'est à partir de ce constat et pour répondre à la demande des acteurs de terrain que l'Agence française de Lutte contre le Sida s'est engagée dans la réalisation de ce guide méthodologique.

Son objectif en effet est de proposer trois types de démarches de prévention aux personnes souhaitant s'impliquer dans la mise en œuvre d'actions en direction des jeunes, tout en leur présentant les outils pédagogiques existants.

Chacun pourra ainsi, à partir de son expérience personnelle, choisir les modules qui s'adaptent le mieux à sa propre situation, prenant en compte son implication personnelle, sa formation, ainsi que le contexte de son lieu d'intervention.

La réalisation de ce document n'a été possible qu'avec l'aide d'un groupe de travail qui a rassemblé les différentes compétences et expériences des acteurs de terrain soucieux de voir développer une véritable dynamique de prévention en direction des jeunes. Au fil des séances, la nécessité de développer cette réflexion pédagogique a conduit le groupe à confier à COMMENT DIRE la réalisation de ce travail. Que l'ensemble des équipes soit ici remercié.

Professeur Victor Courtecuisse
Président du C.A. de l'AFLS

Sommaire

Remerciements	3
Préface	5
Sommaire	6
Introduction	9
Préalable : Le contexte éducatif de la prévention de l'infection par le V.I.H.	13
Partie 1 - Démarches de prévention et d'éducation pour la santé	21
Chap. 1 - Recommandations à l'intention des intervenants en milieu scolaire dans le cadre des programmes d'éducation concernant l'infection par le V.I.H.	22
Thème 1 - L'acceptation, le soutien et l'implication des acteurs du champ éducatif, voire politique et social	23
Thème 2 - L'implication des parents et des représentants locaux	25
Thème 3 - L'établissement d'un consensus sur les contenus des programmes d'éducation sur la prévention	27
Thème 4 - Le statut, la légitimité et la formation des intervenant dans le domaine de la prévention auprès des jeunes	29
Thème 5 - Les contraintes et le choix de démarches en éducation pour la santé appropriées à la prévention de l'infection par le V.I.H.	31
Thème 6 - L'évaluation des programmes d'éducation pour la santé concernant l'infection par le V.I.H. dans les établissements scolaires	33
Thème 7 - L'adhésion de l'opinion publique aux valeurs morales, philosophiques, culturelles, conséquentes ou inhérentes à la prévention de l'infection par le V.I.H	35
Chap. 2 – Approche centrée sur les perceptions, les attitudes et les Comportements : Le Health Belief Model (HBM)	37
2.1 - Modèles des croyances relatives à la santé (HBM)	37
2.2 - Postulats	37
2.3 - Exemples d'applications générales	38
2.4 - Les applications du HBM en éducation pour la santé	39
2.5 - Guide pratique d'une démarche HBM en matière d'information et de prévention	41
2.6 - Programme d'une démarche HBM sur la prévention	45
Séquence 1 - Information factuelle	46
Séquence 2 - L'infection par le V.I.H. est un problème de santé à résoudre à l'échelle mondiale	47
Séquence 3 - La perception subjective du risque	49

Séquence 4 - Les avantages personnels et impersonnels de la prévention	51
Séquence 5 - La perception des obstacles	53
Séquence 6 - L'acquisition de préservatifs	55
Séquence 7 – L'utilisation et la proposition de préservatifs	57
Séquence 8A - Affirmation de soi	60
Séquence 8B - Affirmation de soi progressive, savoir dire non	61
Grille d'évaluation des perceptions des jeunes	62
Références bibliographiques	65
Chap. 3 - Approche centrée sur la relation - le counseling en prévention	66
3.1 - Historique	66
3.2 - Les objectifs du counseling	68
3.3 - Le counseling de prévention auprès des enfants et des adolescents en milieu scolaire	69
3.4 - Les attitudes dans le counseling	70
3.5 - Les techniques dans le counseling	73
3.6 - Principes éthiques liés à la pratique du counseling	76
3.7 - L'animation d'un groupe de counseling auprès d'adolescents	78
3.8 - Les étapes psychologiques de la vie d'un groupe de counseling	78
3.9 - Les sept situations de base où l'animateur doit intervenir dans un groupe de counseling	80
3.10 - Programmes d'une démarche counseling en prévention	83
Le recrutement et fonctionnement d'un groupe de counseling	83
Le suivi du groupe de counseling et « l'effet rebond »	84
Séance 1	87
Séance 2	89
Séance 3	91
Séance 4	92
Séance 5	93
Séance 6	94
Séance 7	95
Séance post-counseling	96
Grille d'auto observation de l'effet rebond	97
Fiche d'évaluation de chaque séance par le conseiller	99
Fiche d'auto évaluation de la séance (participant)	101
Références bibliographiques	102
Chap. 4 - Approche centrée sur l'information :	103
Si vous n'avez que 3 heures...	
4.1 - Contexte	103
4.2 - Information et éducation	103
4.3 - Le traitement de l'information en éducation	103
4.4 - Quelle approche médicale ?	104
4.5 - L'organisation et la préparation d'une intervention	106
4.6 - Animation de la séance	108
4.7 – Quelques recommandations	110
Note à remettre aux intervenants	113
Tableau récapitulatif	114

Partie 2 - Cadre général de la prévention de l'infection par le V.I.H auprès d'adolescents	115
Chap. 1 - Quelques repères historiques	116
Chap. 2 – La politique de lutte contre le S.I.D.A. en France	144
2.1 - La prévention et l'éducation pour la santé	144
2.2 - La recherche	148
2.3 - La prise en charge et les soins	149
2.4 - L'éthique	150
2.5 - La solidarité internationale	150
Chap. 3 - Les campagnes de prévention des pouvoirs publics	152
Chap. 4 - A propos de la circulaire n°89-119 du 18 mai 1989 (Ministère de l'Education Nationale)	156
Chap. 5 – Les défis du développement à l'adolescence	159
5.1 - Le développement à l'adolescence	159
5.2 - Les adolescents et la santé	162
5.3 - La dimension de l'animation dans les groupes d'adolescents	164
Recommandations pour les acteurs de prévention auprès d'adolescents	166
Références bibliographiques	167
Bibliographie	168
Annexes	178
Textes réglementaires et de référence	179
Fiches techniques (support papier et support vidéo)	218
Dépliants	219
Brochures	222
Bandes dessinées	223
Modules pédagogiques	224
Supports vidéo	226
Sigles et acronymes	241

Introduction

*"Nous devons apprendre notre finitude :
toucher aux limites d'un être non infini.
Nécessairement, nous aurons à souffrir, de
maladies, d'accidents imprévisibles ou de
manques, nous devons fixer un terme à nos
désirs, ambitions, volontés, libertés.
Cacher cette finitude dès l'enfance nourrit des
malheureux, entretient leur ressentiment
devant l'inévitable adversité."*

Michel SERRES
Le contrat naturel (1990)

La réussite de la prévention de l'infection par le V.I.H. dépend de la réussite de trois intentions : l'intention médicale, l'intention sociale et l'intention éducative. La mise en œuvre au sein des établissements scolaires d'une politique d'information et de prévention en matière de santé, et notamment du SIDA, implique la reconnaissance de la réponse éducative en matière de prévention. Positionner la santé du côté de l'intention éducative nous invite à la dé-médicaliser, c'est-à-dire à passer d'une pédagogie de la prescription de comportements à une prise en compte de l'éducation liée à la santé humaine.

Aujourd'hui, il s'agit encore dans le domaine de la prévention de l'infection par le V.I.H. d'une information de première génération c'est-à-dire d'une information transmise par les adultes aux jeunes, même si on discute de plus en plus en France de l'intérêt d'une information de seconde génération c'est-à-dire de la formation directe de jeunes-relais dans le cadre d'un dispositif d'éducation par les pairs. C'est la raison pour laquelle nous avons voulu mettre à la disposition des intervenants dans les établissements scolaires un ensemble de méthodes, d'outils et de techniques visant à leur permettre de rendre opérante la multiplication d'informations qu'ils ont à traiter à une vitesse de plus en plus grande concernant des domaines encore bien plus vastes que celui de la maladie : le domaine de la santé.

Pour ce faire, nous avons privilégié, à la construction d'un référentiel médical, la construction d'un référentiel éducatif en utilisant les règles de validation propre aux sciences éducatives c'est-à-dire la présentation d'une théorie ou d'une hypothèse, la définition d'un ensemble de postulats et la construction d'un schéma d'application ou d'expérimentation pédagogique.

L'éducation reste une des activités les plus essentielles de toute société. En éduquant les enfants, les adultes n'assurent pas seulement la responsabilité de la vie et du développement des enfants dont ils ont la charge mais aussi la responsabilité des modes d'évolution du monde. L'éducation en matière d'infection par le V.I.H. nous confronte à deux paradoxes. Le premier consiste à protéger l'enfant contre le monde pour faciliter sa première croissance et en même temps à lui inculquer des moyens de protection pour préserver son avenir et l'avenir du monde. Le deuxième consiste pour les institutions éducatives à demander à des êtres humains en devenir et non encore accomplis d'exposer leur vie privée à la lumière publique pour réaliser leur mission. Ces deux paradoxes majeurs ne peuvent se résoudre que si les éducateurs donnent en retour à leur jeune public un droit de regard sur le monde, c'est-à-dire le droit d'y parler et d'y être entendu. C'est la raison pour laquelle nous avons voulu, dans chaque démarche pédagogique présentée dans ce guide, partir de l'expression des jeunes pour mettre à leur disposition le plus de moyens possibles leur permettant de résoudre par eux-mêmes les problèmes qui les concernent en matière de prévention. A une phase de développement où les adolescents s'éprouvent, s'exercent à des rôles nouveaux et se cherchent, la prévention exige d'eux qu'ils s'affirment, qu'ils sachent dire non, qu'ils résistent éventuellement aux normes de leurs pairs. Elle suppose de leur demander de mettre des mots sur ce qu'ils ressentent, sur ce qu'ils vivent et en général sur les plaisirs ou effets des plaisirs médiatisés par le corps. Alors qu'on leur demande de renoncer à la sécurité parentale pour aller vers le monde, la prévention amène d'autres adultes à leur enseigner à se protéger et à protéger la collectivité au travers de leurs relations avec les autres. A la différence des savoirs traditionnels ou abstraits qui mobilisent peu la sphère émotionnelle et affective, l'éducation pour la santé oblige à compléter une approche en termes de connaissances par une approche en termes d'attitudes et de comportements.

Un travail sur les attitudes et les comportements est évidemment discutable et il n'est pas sans heurter certains courants en Education qui veulent réduire l'école à un lieu de stricte transmission de savoirs scolaires. Mais les tenants de ces courants pourront admettre que l'éducation pour la santé ne peut se fonder seulement sur des savoirs puisque sa définition est celle de la promotion de comportements de santé individuels et collectifs.

Les pratiques de santé ne semblent pas innées ; elles sont difficiles à acquérir et on ne sait pas vraiment où inscrire les causes de l'ignorance des comportements de prévention. L'apprentissage mais aussi le maintien de conduites et l'observance de recommandations de santé représentent un coût psychologique, social, voire économique, pour les personnes, les groupes ou les communautés qui les suivent.

La prévention requiert la maîtrise d'un ensemble d'activités corporelles, de communication liées aux grandes fonctions du corps. Il est important que toute parole sur ces questions ne soit pas l'objet d'un discours général de maîtrise car, précisément, cela augmenterait l'anxiété des adolescents et leur rendrait la vie encore plus difficile. Au contraire, les intervenants ont à présenter la prévention comme l'acquisition, le maintien ou la modification de comportements visant à construire ou à maintenir un état de santé pour tous, dans l'ensemble de la société.

Les enfants aiment le pratique et les événements concrets, aussi ils accueillent souvent avec beaucoup d'enthousiasme les actions de santé concernant l'hygiène, l'éveil du goût, l'usage de la brosse à dents, l'apprentissage des premiers soins, les exercices de sécurité routière. Mais, à la fin de l'enfance, les choses se modifient. Dès l'entrée dans la puberté, l'enfant ne peut plus se comporter comme avant. Aussi tout ce qui touche au comportement est difficile à traiter jusqu'à la fin de l'adolescence.

Vivant dans une société où les générations antérieures éprouvent des difficultés à transmettre aux jeunes un héritage culturel dont elles ne sont pas toujours assurées des fondements, il serait dommageable que les adultes ne leur transmettent que des images de danger, de précarité et d'incertitudes liés à la vie. Aussi, il est important que la prévention ne soit pas un isolat sanitaire, éducatif ou social transmis aux générations présentes. Il est au contraire fondamental qu'elle soit intégrée dans l'éducation, c'est à dire liée à un projet éducatif, pour qu'elle soit acceptable et satisfasse à l'éthique de la relation adulte-jeune. Il ne s'agit pas de sacrifier les générations présentes en leur demandant de passer leur jeunesse à composer avec des contraintes de plus en plus nombreuses ou en exigeant d'elles la résolution de problèmes que nous n'avons pu ou ne savons pas encore résoudre par nous-même.

Les adultes préoccupés de prévention doivent pouvoir comprendre et accueillir les événements juvéniles dans notre société. La connaissance de l'adolescence permet d'intégrer dans les programmes d'éducation une attention à des aspects concrets comme la vivacité des émotions, la transformation du langage de l'adolescence, le sentiment d'invulnérabilité, l'expression difficile d'une sexualité non encore établie, l'importance du groupe des pairs comme élément d'identification.

L'inconvénient de la séance d'information ponctuelle, c'est qu'elle délivre un savoir concernant l'intimité à un moment choisi au hasard, sans préparation ni suivi possible dans la plupart des situations. Sa brièveté ne permet pas la mise en place d'un cadre favorable à l'écoute, à l'expression individualisée et à l'élaboration subjective concernant les informations et les savoirs transmis.

On peut se demander si dans certains cas, il ne serait pas préférable d'organiser des séances d'information pour les personnels des établissements. Ceux-ci pourraient alors trouver les meilleurs moyens d'aborder les choses avec les élèves avec des connaissances plus solidement fondées.

En quelques décennies, dans l'histoire de l'Education, nous sommes passés d'une pédagogie du risque héroïque très présent dans les manuels d'instruction et les œuvres littéraires d'entre les deux guerres jusqu'aux années soixante, à une pédagogie de la sécurité. Si cette pédagogie est très présente en éducation pour la santé, elle ne peut néanmoins pas trouver ses lettres de noblesse dans le champ philosophique de l'éducation car celle-ci fait peu appel à la sécurité mais bien plutôt à la passion humaine de l'exploration, de la recherche et de l'expérimentation. Il nous reste donc, à nous gens de l'éducation, à aller réinterroger la hiérarchie des valeurs en éducation et éventuellement valoriser des aspects des conduites humaines propices à l'éducation pour la santé.

Catherine TOURETTE-TURGIS
Maître de Conférences en Sciences de l'Education

Note :

Dans ce guide, la forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Préalable

Le contexte éducatif de la prévention de l'infection par le V.I.H.

A partir du moment où la notion de comportements à risque s'est substituée à celle de groupe à risque, le champ de la prévention s'est ouvert aux plus grand nombre et s'est appliqué aux jeunes, parce que le risque en matière de prévention doit être traité en amont. Il s'agit donc de miser non pas seulement sur la modification des comportements mais sur l'adoption de comportements adaptés. Les adultes ont l'impression que les jeunes sont en danger et ne se protègent pas. L'enquête de l'ORS, Ile de France contredit ces impressions : les jeunes sont, d'une part, la catégorie de la population la mieux informée sur le V.I.H., ses modes de transmission et les gestes préventifs qu'il convient d'adopter, d'autre part, les plus nombreux utilisateurs de préservatif : 48,30 % (Enquête ORS, Ile de France).

Selon Beauvois et Joule, s'il circule des idées fausses sur le S.I.D.A. et les modes de transmission du V.I.H., on peut considérer que tous les adolescents scolarisés savent au moins :

- Que le S.I.D.A. est une maladie qui reste mortelle.
- Que les rapports sexuels sont des vecteurs importants de transmission du V.I.H.
- Que l'utilisation du préservatif est le moyen le plus efficace de prévention.

Mais si les adolescents possèdent les connaissances devant leur permettre de se comporter de façon adaptée, ce n'est pas pour autant qu'ils le font.

Toutes les études, notamment les enquêtes régulières sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques (enquêtes KABP) révèlent que l'adoption effective de comportements individuels de protection est lié essentiellement à la PERCEPTION DU RISQUE et au VECU SEXUEL alors que les connaissances théoriques des modes de transmission et la notion de proximité subjective avec l'infection par le V.I.H. n'ont pas de rôle direct.

Ainsi, nous savons qu'il ne suffit pas de mieux faire passer l'information auprès des adolescents en adaptant les contenus de l'information (bandes dessinées, vidéo, ...) pour être plus efficace en matière de prévention parce qu'il n'y a pas de lien de cause à effet entre connaissances et comportements.

■ Utilisation des préservatifs par les lycéens

D'après les travaux de Manderscheid and coll., seulement 32,4 % des adolescents ont déjà utilisé des préservatifs. Dans 25,7 % des cas, c'était pour éviter les MST autres que l'infection par le V.I.H. et dans seulement 9,4 % des cas pour prévenir l'infection par le V.I.H..

Il constate que "plus le premier rapport sexuel est ancien plus l'adolescent utilise des préservatifs. Ceux qui ont déjà eu plusieurs partenaires sexuels sont les plus nombreux à avoir utilisé des préservatifs".

Parallèlement, l'étude montre que "ceux qui ont déjà eu plusieurs partenaires sexuels, ou qui ont eu leur premier rapport il y a plus d'un an et demi, sont moins gênés que les autres, (pour proposer un préservatif) qu'il s'agisse d'un partenaire régulier ou occasionnel".

- 18% des jeunes de moins de 20 ans disent avoir éprouvé des difficultés pour se procurer les préservatifs, ce qui amène à ne pas considérer comme résolu le problème de l'accessibilité.

L'enquête APS-INSIGHT montre que le problème du préservatif pour les jeunes tient à leur difficulté à envisager leur propre relation à la sexualité et à aborder la question du plaisir sexuel. Ce dernier point est redoublée par les difficultés et inhibition des adultes à évoquer les pratiques sous l'angle du plaisir sexuel et de la jouissance. On assiste donc à un discours de normalisation de la sexualité par le biais de la prévention (Il faut ..., il ne faut pas ...).

D'après France Lert et Brenda Spencer, les obstacles à l'utilisation des préservatifs chez les adolescents sont de trois ordres :

- la gêne à l'achat : 43 % des garçons et 33 % des filles trouvent gênant d'acheter des préservatifs en pharmacie ; ces proportions sont de 49 % et 51 % pour l'achat en supermarché, 30 % et 40 % pour l'achat en distributeur. On trouvera ici un bon argument en faveur de la diversification de la distribution du préservatif.
- les aspects pratiques de son utilisation : garçons et filles s'accordent sur le rôle essentiel du garçon dans la proposition du préservatif ; quand ils ont déjà une expérience sexuelle, ils sont plus nombreux à penser qu'il faut que la proposition vienne à la fois de l'un et de l'autre.
- ils trouvent la proposition difficile à formuler (59 %).
- le préservatif apparaît comme un objet "masculin".

■ La prévention de l'infection par le V.I.H. en milieu scolaire : Etat des lieux

La circulaire du Ministère de l'Education Nationale. n° 89-119 du 18 Mai 1989 adressée aux Recteurs, Inspecteurs d'Académie, Directeurs des Services Départementaux de l'Education et aux Chefs d'Etablissement organise la prévention du SIDA dans les établissements scolaires du secondaire (cf. annexe).

Les élèves doivent en plus, de l'enseignement portant sur la reproduction humaine, la contraception et les maladies sexuellement transmissibles, "recevoir une *information suivie de discussions* sur l'ensemble de ces matières, *non plus traitées comme des enseignements*, mais qui devront constituer le point de départ d'une *réflexion commune* sur les démarches de prévention à entreprendre". Il est nécessaire de mettre en place un lieu approprié "accueillant" pour permettre ce travail : "un local dont le cadre (...) se prêtera mieux qu'une classe à des conversations et où la relation entre élèves et adultes (...) s'établira de manière moins hiérarchique...". Les élèves devront pouvoir "*s'exprimer librement et poser toutes les questions* qui les préoccupent sur ces problèmes, sur les moyens de leur prévention, mais aussi (...) sur les *aspects sociaux, voire philosophiques*, sur lesquels ces questions peuvent déboucher" (c'est nous qui soulignons).

Toutefois, bien avant la parution de cette circulaire, un certain nombre d'établissements scolaires avaient déjà mis en place des actions de prévention autour de l'infection par le V.I.H. grâce notamment au concours ou à l'initiative d'associations ou d'organismes impliqués dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé

La reconnaissance officielle de l'intérêt de l'intervention éducative en matière de prévention de l'infection par le V.I.H. ne doit pas nous faire oublier les acquis et les expériences des acteurs de terrain en matière d'action de prévention au près des jeunes et de recherche. Beaucoup d'interventions en milieu scolaire ont été menées sous la forme de séances d'information, en petits ou en grands groupes, avec une participation importante d'intervenants extérieurs choisis pour leurs compétences scientifiques (les médecins), leurs compétences de terrain en matière d'adolescence et de sexualité (les intervenants du planning familial), leurs capacités à témoigner d'une réalité (les bénévoles des associations intervenant dans le champ du V.I.H. et du S.I.D.A.). Ces séances d'informations sont presque toujours suivies d'un débat-discussion entre les élèves et les intervenants.

L'information est le plus souvent de type médical, c'est à dire autour du virus, des modes de transmission, du développement de la maladie. Cette information a trouvé aussi sa place dans les cours d'Economie Sociale et Familiale (E.S.F.) et surtout de Biologie dans le cadre de l'enseignement sur la reproduction humaine, la contraception et les maladies sexuellement transmissibles. On voit bien que le professeur de Biologie reste encore souvent le référent de l'Education Nationale pour la sexualité et la prévention de l'infection par le V.I.H.

Un certain nombre d'autres projets de prévention ont été réalisés sous la forme de réunions d'information de petits groupes d'élèves volontaires et motivés, aboutissant à terme à la réalisation concrète d'une action de prévention à l'intention de leurs pairs. Ces réalisations sont souvent libres : création et exposition d'affiches, réalisation de films vidéo, de bandes-dessinées, organisation de conférences-débats... Des équipes pluridisciplinaires des établissements scolaires sont à l'origine de ces projets qu'elles conduisent la plupart du temps en partenariat avec des intervenants extérieurs.

■ Des expériences pilotes

L'A.F.L.S. expérimente depuis sa création en 1988 des actions de prévention sur 11 sites pilotes dont le département de l'Isère.

- En 1987, une équipe réunissant le Rectorat de l'Académie, la Médecine Préventive Inter Universitaire et l'Union Départementale des Mutuelles de l'Isère décide de former des personnes relais (300) susceptibles de préparer et d'animer des réunions d'information et de sensibilisation autour des M.S.T., dont l'infection par le V.I.H., à l'intention des élèves du secondaire.
- Cette expérience pilote (du nom de la bande dessinée qui lui sert de support : "Merlot entre M.S.T. SIDA") est semblable à celles décrites précédemment. Le bilan était une amélioration des connaissances des lycéens, l'intérêt de la mise en place d'équipes d'animation, un déblocage institutionnel sur les questions touchant à la sexualité et la nécessité de chercher à "faire évoluer les comportements sexuels".
- En Janvier 1990, SI D'AVENTURE (rédactionnel élaboré par des élèves de B.T.S.) prend le relais - Compte-tenu du niveau des connaissances moyen des lycéens actuellement, les objectifs de cette nouvelle campagne sont différents : il s'agit de favoriser et maintenir un climat de tolérance, prévenir les risques d'exclusion, diminuer à moyen terme l'incidence de la contamination en "permettant à chaque jeune d'évaluer ses facteurs de risque, de modifier son comportement et ses attitudes et, en particulier, de lever ses blocages empêchant l'utilisation de préservatifs."

Le premier temps de ces actions a été caractérisé par une demande d'information, voire de formation, de la part d'enseignants ou d'intervenants en milieu scolaire : ils se sentaient investis d'une responsabilité en matière d'éducation pour la santé. Leurs connaissances et leurs interrogations sur l'épidémie étaient les mêmes que celles du grand public, et leurs sources, essentiellement la télévision et la presse.

Répondant à cette demande, l'A.P.S. (Association Prévention SIDA) a réalisé le projet de formation SIDASTOP II qui consistait à former sur le terrain des adultes-relais pour qu'ils puissent diffuser une information objective auprès des lycéens, créer des projets de prévention autour du thème du V.I.H. et de SIDA, s'organiser en réseaux, associer et impliquer d'autres acteurs de terrain, motiver les décideurs de l'action Sociale et sensibiliser les publics alentour. Si ce projet a eu pour résultat la constitution d'un certain nombre d'équipes et ceci dans de nombreux départements, il n'en demeure pas moins qu'aujourd'hui beaucoup de projets se heurtent toujours à de nombreuses difficultés d'ordre administratif ou pédagogique et restent soumis à la bonne volonté des acteurs de terrain.

Au début de l'épidémie, on donnait de l'information sur l'infection par le V.I.H. en parlant du S.I.D.A.. Maintenant on sait que pour faire de la prévention, il est nécessaire de partir des connaissances, des perceptions, des croyances, voire des sentiments des publics auxquels on s'adresse. En matière de prévention, on pourrait dire qu'il ne s'agit pas d'enseigner aux jeunes des savoirs et des valeurs dans un temps si court qu'on a juste le temps de leur demander de bien vouloir nous écouter et nous faire confiance. Au contraire, il s'agit de donner aux jeunes le temps nécessaire pour qu'ils puissent affronter, découvrir et accorder les savoirs et les valeurs liés à la prévention de l'infection par le V.I.H.

L'histoire de l'éducation pour la santé nous montre la nécessité de passer d'une approche éducative centrée sur l'information à une approche éducative centrée sur les attitudes et les comportements dans un climat de liberté et de participation. Il s'agit de renoncer à favoriser la confiance à tout prix pour au contraire augmenter les capacités de libre-choix informé des personnes.

C'est cette nécessité que nous avons retenue pour élaborer ce guide et proposer plusieurs démarches d'éducation pour la santé, chacune développent un programme cadre afin que les acteurs puissent composer eux-mêmes leurs actions de prévention à partir des possibilités et des contraintes qui sont les leurs et en fonction des objectifs et des postulats de chaque démarche.

Mais nous savons bien qu'il n'est pas toujours possible, compte-tenu des contraintes particulières des établissements scolaires de promouvoir et réaliser des actions d'éducation pour la santé construites sur 16 heures ou 18 heures, c'est pourquoi nous proposons aussi une approche sous la forme d'une séance d'information de 3 heures.

L'étude des représentations du S.I.D.A. chez les adolescents réalisée par France Lert et Goucem Redjimi à partir du concours de scénario sur le thème "Un séropositif dans la ville" organisé par Médecins du Monde, l'APS et le CRIPS, montre que les jeunes perçoivent le S.I.D.A. non seulement comme un fait destructeur de l'individu mais aussi des relations avec son entourage. Ils décrivent bien les processus de changement et d'adaptation à la maladie. Ceux-ci incluent la relation au médecin, l'engagement associatif, l'investissement dans une activité créatrice et l'engagement affectif ou amoureux.

L'extension et les modalités de développement de l'infection par le V.I.H. mobilisent chaque jour de nouveaux professionnels désirant mettre à la disposition de la lutte contre cette épidémie leurs compétences et outils de travail. Depuis le début de l'épidémie, des volontaires, des professionnels écoutent, dialoguent, interviennent, agissent en matière d'action éducative, sanitaire et social.

En effet, il s'agit à la fois de prendre en charge des personnes directement concernées, d'empêcher la dissémination du virus et de mettre en place des politiques de prévention adaptées aux individus, aux groupes et aux populations sachant qu'il faut autant s'adresser aux personnes qui se sentent directement concernées qu'à celles qui ne se croient pas concernées. Chaque personne doit pouvoir lire le message sans se sentir discriminée.

Quelques références bibliographiques

BEAUVOIS (J.L), JOULE (R.V)

Engagement et prévention en milieu scolaire
rennes : in : *Santé Publique*, Janv-Fév. 1992 - pp. 20 - 22.

INSIGHT-APS

Synthèse SIDA STOP II

Etudes prospective pour la prévention du S.I.D.A. auprès des jeunes

Paris : APS, Juin 1990

LERT (France), SPENCER (Brenda)

Arguments en faveur d'une amélioration de l'accessibilité du préservatif pour les adolescents

Saint Maurice : Inserm U 88

[Article disponible en annexe 7 du présent guide](#)

MANDERSCHIED (J.C.), GUILLAUME (J.M.), BRES (R), ROUGE (A),
RASSIAL (J.J)

Regard sur l'éducation pour la santé - Action et réflexion à propos du S.I.D.A.

Montpellier : Unité de la Communication et des Actions Préventives (UCAP),

CHRU Lapeyronie : Fév.1992 - 344 p, bibliogr.

Enquête conduite auprès des lycéens (classes de seconde, première et terminale) dans le département de l'Hérault en 1988 qui proposait aux jugements des lycéens un éventail de situations précises : modes de transmission du VIH, adhésion aux mesures de prévention, attitudes à l'égard d'un(e) camarade, d'un(e) partenaire séropositif(ve) au V.I.H., ressenti face à l'éventualité de sa propre séropositivité, ...

QUENEL (Ph), BELTZER (N), DAB (W), MOATTI (J.P)

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population d'Ile de France

Paris : Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France, Déc. 1990

Les enquêtes ont été réalisées sur un échantillon représentatif de la population d'Ile de France (900 personnes âgées de 18 ans et plus sélectionnées par la méthode des quotas avec stratification sur la taille de l'agglomération).

REDJIMI (Goucem), LERT (France)

Un séropositif dans la ville. Représentations du S.I.D.A. chez les adolescents et les jeunes adultes participant au concours lancé par Médecins Du Monde, l'Association de Prévention du S.I.D.A. et le CRIPS

Saint Maurice : Inserm U 88, 1990 - 15 p.

PARTIE I

Démarches de prévention et d'éducation pour la santé

Chapitre 1

Recommandations à l'intention des intervenants en milieu scolaire dans le cadre des programmes d'éducation concernant l'infection par le V.I.H.

La réussite d'un programme d'éducation concernant l'infection par le V.I.H. dépend de la réalisation d'un certain nombre de conditions. En France, à l'heure actuelle, à l'intérieur et à l'extérieur du monde de l'éducation, ces conditions ne sont pas réunies et donnent lieu, dans l'opinion publique, à des controverses et à des débats d'idées contradictoires qui ne sont pas sans influencer en retour les décideurs et les praticiens de l'éducation.

C'est la raison pour laquelle nous avons réuni ci-après les points à retenir, pour lesquels il est nécessaire d'être en mesure de proposer des explications et/ou des réponses, lorsqu'on mène ou conçoit des programmes d'éducation pour la santé portant sur le S.I.D.A.

Voici donc les 7 thèmes retenus à partir de l'expérience des acteurs de terrain internes et externes au monde scolaire, à partir des difficultés des associations de prévention et enfin à partir des débats dans l'opinion publique et des leaders du monde de l'Education :

- L'acceptation, le soutien et l'implication des acteurs du champ éducatif voire politique et social.
- L'implication des parents et des représentants locaux.
- L'établissement d'un consensus sur les contenus des programmes d'éducation sur la prévention de l'infection par le V.I.H.
- Le statut, la légitimité et la formation des intervenants dans le domaine de la prévention de l'infection par le V.I.H. auprès des jeunes.
- Les contraintes et le choix de démarches en éducation pour la santé appropriées à la prévention de l'infection par le V.I.H.
- L'évaluation des programmes d'éducation pour la santé concernant l'infection par le V.I.H. dans les établissements scolaires.
- L'adhésion de l'opinion publique aux valeurs morales, philosophiques, culturelles, religieuses, conséquentes ou inhérentes à la prévention de l'infection par le V.I.H.

Pour chacun de ces thèmes nous envisagerons des stratégies, des éléments de discussion et des recommandations.

THEME 1 :

<p>L'acceptation, le soutien et l'implication des acteurs du champ éducatif, voire politique et social.</p>
--

Problème posé :

La réussite des programmes d'éducation concernant l'infection par le V.I.H. dépend de l'acceptation, du soutien et de l'implication des :

- chefs d'établissements
- enseignants, infirmières et médecins scolaires
- syndicats d'enseignants
- élus locaux
- parents d'élèves
- élèves
- leaders politiques, culturels, religieux.

Comment faire ?

Choix de stratégies possibles :

- IMPLIQUER LES DECIDEURS ET LES ACTEURS RELAIS dans la conception et l'implantation du programme et demander leur soutien y compris matériel.

ou

- INFORMER LES ACTEURS, directement et indirectement concernés, de la mise en place d'un programme d'éducation et solliciter leurs suggestions et leurs avis.

ou

- ORGANISER UNE REUNION DES ACTEURS pour solliciter leurs conseils en matière de programmes d'éducation.

Points à discuter :

- La stratégie retenue peut amener à la nécessité d'établir des compromis. Ces derniers ne peuvent être mis au point que dans un cadre pré-défini que l'organisateur doit avoir clairement en mémoire et rappeler éventuellement.
- Quels sont les critères d'acceptation d'un programme ? Comment rassurer les acteurs du monde scolaire ou les familles ? Qui est le mieux placé pour obtenir le soutien et l'implication de l'ensemble des acteurs ? Jusqu'où aller dans la discussion ?

Recommandations :

Il est important que les promoteurs de programmes d'éducation pour la santé présentent clairement les objectifs de ces programmes. La discussion doit porter essentiellement sur les objectifs. Un accord sur les objectifs facilite un accord ultérieur sur les contenus. Les objectifs en éducation pour la santé sont généralement définis en termes de connaissances, d'attitudes et de comportements.

Quelques références bibliographiques:

C.R.A.E.S.

Prévention du SIDA et pratiques sociales - Les fondements culturels de la prévention
Editions du C.R.A.E.S., Mars 1990

MOLTRECHT (B), PANCALDI (C), CHARTON (D), ARWIDSON (P)
7 heures pour la vie - Prévention des MST et du SIDA en milieu scolaire (1987-1991)
Tours : Editions Service de Santé Scolaire d'Indre et Loire - 118 p

CHANDEZON (G), LANCESTRE (A)
6 fiches de formations à l'animation de réunions
Paris : Editions d'Organisations, 1984

THEME 2 :

L'implication des parents et des représentants locaux.

Problème posé :

Les parents d'élèves et les adultes non-enseignants exerçant des fonctions d'animation ou d'éducation para-scolaire auprès des jeunes peuvent jouer un rôle facilitateur dans la réussite des programmes d'éducation dans les établissements scolaires. Il est donc indispensable de les associer à l'élaboration et à la réalisation des actions.

Comment faire ?

Choix de stratégies possibles :

- INFORMER LES PARENTS ET LES REPRESENTANTS LOCAUX de la mise en place d'un programme d'éducation en leur indiquant clairement sous une forme simple les objectifs en termes d'éducation.

ou

- DEMANDER AUX PARENTS PAR ECRIT leurs suggestions et leurs propositions en matière d'éducation concernant l'infection par le V.I.H.

ou

- INVITER DES PARENTS ET DES REPRESENTANTS LOCAUX à apporter leur contribution pédagogique ou d'organisation aux activités du programme (ex : les recruter comme assistants des séquences d'animation, ...).

ou

- INVITER DES PARENTS ET DES REPRESENTANTS LOCAUX à une réunion préparatoire au programme et solliciter aide et conseils.

ou

- INVITER LES PARENTS A CONSTITUER UN GROUPE DE PAROLES de parents.

ou

- FAIRE UNE INTERVENTION PREALABLE auprès des parents et des acteurs locaux.

Points à discuter :

- Qui va présenter le programme aux parents ? Comment ? Avec quels contenus ?
- Est-ce qu'on peut s'appuyer sur les associations de parents d'élèves ?
- Est-ce que ces associations ont l'habitude de se concerter ?

Recommandations :

Il est important de mobiliser et d'impliquer toutes les personnes qui vivent et qui travaillent avec les jeunes dans la démarche d'éducation pour la santé.

Arguments et références :

Il n'existe pas de groupe homogène de parents et deux types co-existent dans notre société. Les premiers ont transmis à leurs enfants des règles de vie fonctionnant comme un code moral privilégiant le respect du courage, du travail et de la famille et désirant réglementer la vie des enfants à l'intérieur comme à l'extérieur de la famille. Ils sont opposés à toute intervention extérieure sur le domaine de la sexualité.

Les seconds ont transmis à leurs enfants des règles de vie et des modes d'emploi à leurs enfants pour s'intégrer et réussir plutôt que des valeurs et des idéaux. Ils privilégient une communication implicite sur la sexualité et sont ouverts à une intervention extérieure sur ce thème.

(Voir les interviews de parents dans INSIGHT-APS - Synthèse SIDA STOP II - Etudes prospective pour la prévention du S.I.D.A. auprès des jeunes - "Paris : APS, Juin 1990)

Une étude de France Lert en septembre 1989 sur les actions d'information et de de prévention en direction des jeunes en milieu scolaire signale que les familles consultées dans les conseils d'administration ou individuellement ne

s'opposent pas à ce que le thème du SIDA soit abordé à l'école dans une approche informative (Cf. Etude de la situation dans 6 villes françaises).

Par ailleurs, l'enquête ORS Ile de France sur les représentations du SIDA révélait dès 1987 que plus de 80% des personnes interrogées se déclaraient favorables au développement de l'éducation sexuelle à l'école.

THEME 3 :

L'établissement d'un consensus sur les contenus des programmes d'éducation sur la prévention.
--

Problème posé :

Il persiste dans le monde éducatif, politique et social un certain nombre d'inquiétudes concernant les contenus des programmes d'éducation sur l'infection par le V.I.H.. Il est donc important d'établir clairement les contenus incontournables à envisager dans un programme d'éducation sur ce thème pour réaliser les objectifs d'éducation pour la santé (attitudes, comportements, sexualité, préservatifs, solidarité).

Comment faire ?

Choix de stratégies possibles :

- PARTIR DES ETUDES ET DES RECHERCHES sur les attitudes et les comportements des jeunes face à l'infection par le V.I.H. et ORGANISER UNE REUNION avec des représentants du monde éducatif, politique et social. Construire lors de cette réunion une grille des besoins en éducation portant sur chaque aspect principal retenu en distinguant trois registres : connaissances à acquérir, attitudes à promouvoir, comportements à initier ou à modifier.
ou
- ORGANISER UN DEBAT, éventuellement avec l'aide d'un expert, sur les besoins des adolescents en matière d'éducation sexuelle ou sur la santé des jeunes.

ou

- PRESENTER LE PROGRAMME D'EDUCATION en l'intégrant aux programmes scolaires généraux et en mettant en lumière les aspects complémentaires de l'éducation pour la santé et de ceux de l'éducation en général.

ou

- ETABLIR LA LISTE DES OBSTACLES, DES CRAINTES ET DES OPPOSITIONS rencontrés le plus communément et partir des résistances, des craintes et des critiques courantes en prenant soin de les envisager point par point.

Points à discuter :

- Comment faire en cas d'échec ou d'impossibilité à trouver un consensus?
- Par qui doit être conduit cette recherche d'un consensus ? Par ceux qui sont responsables de l'action d'éducation à titre administratif ou par les intervenants eux-mêmes ?
- Comment faire si l'opposition aux contenus vient du chef d'établissement ou des enseignants qui eux-mêmes ont peur de la résistance des parents face à certains sujets à aborder (préservatifs...)?
- Est-ce qu'il ne faut pas demander à un consultant extérieur d'animer les réunions de consensus ?

Recommandations :

Il est important que les élèves soient informés de l'objet et de l'état du consensus.

Quelques références bibliographiques:

INSIGHT-APS,

Synthèse SIDA STOP II - Etudes prospective pour la prévention du S.I.D.A. auprès des jeunes"

Paris : APS, Juin 1990

JEUNESSES AU TEMPS DU S.I.D.A - Colloque de l'Association Didier SEUX

Lyon : Ed. Fondation Marcel Mérieux, juin 1988 - 163 p

QUENEL (Ph), BELTZER (N), DAB (W), MOATTI (J.M).

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population d'Ile de France face au S.I.D.A.

Paris : Observatoire Régional de Santé d'Ile de France, Déc. 1990 - 66p, bibliogr.

REDJIMI (Goucem), LERT (France).

Un séropositif dans la ville. Représentations du S.I.D.A. chez les adolescents et les jeunes adultes participant au concours lancé par Médecins Du Monde, l'Association de Prévention du S.I.D.A. et le CRIPS

Saint Maurice : Inserm U 88, 1990 - 15 p

THEME 4 :

Le statut, la légitimité et la formation des intervenants dans le domaine de la prévention auprès des jeunes

Problème posé :

Les intervenants dans les établissements scolaires auprès des jeunes doivent maîtriser les aspects médicaux de l'infection par le V.I.H., les aspects psychologiques, sociologiques et culturels de la prévention. Ils doivent en outre être formés aux techniques d'animation et à l'utilisation de matériel didactique en éducation.

Comment faire ?

Choix de stratégies possibles :

- DEMANDER A UN PROFESSIONNEL du monde médical d'assurer l'information médicale et à des professionnels de l'éducation pour la santé ou de l'animation d'assurer la partie non-médicale.
ou
- S'ADRESSER A DES ASSOCIATIONS ET DES ORGANISMES SPECIALISES ou experts dans le domaine de l'éducation et de la prévention.

ou

- METTRE EN PLACE UNE FORMATION PREALABLE de l'équipe enseignante et médico-sociale de l'établissement avant l'intervention auprès des jeunes.

ou

- EVALUER LES RESSOURCES INTERNES à l'établissement, à la localité, à la région et discuter de l'opportunité de faire appel à des ressources extérieures ou complémentaires.

Points à discuter :

- Qui dans l'établissement est le plus à même d'assurer ou d'animer l'ensemble des programmes d'éducation concernant l'infection par le V.I.H.?
- Quel est le rapport entre le statut de l'intervenant et sa légitimité ?

Recommandations :

Il est important que ceux qui développent, conçoivent et animent des programmes d'éducation pour la santé disposent d'une légitimité à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.

Quelques références bibliographiques:

A.N.R.S., A.F.L.S.

Evaluer la prévention du SIDA en France - Un inventaire des données disponibles
Vanves : AFLS, nov. 1990

Education pour la santé – Concepts, enjeux, planification
Bruxelles : De Boeck, 1988

GOT (Claude)

Rapport sur le Sida

Paris : Flammarion, 1989 - 339 p.

THEME 5 :

<p>Les contraintes et le choix de démarches en éducation pour la santé appropriées à la prévention de l'infection par le V.I.H.</p>
--

Problème posé :

Les démarches en éducation pour la santé nécessitent un environnement éducatif, un style pédagogique et des approches didactiques appropriées au thème. Favoriser une approche des attitudes et des comportements dans un climat d'écoute, de respect et d'intérêts mutuels est primordial.

Comment faire ?

Choix de stratégies possibles :

- INTEGRER LES PROGRAMMES D'EDUCATION POUR LA SANTE dans les enseignements ou les disciplines favorisant la discussion libre et une approche centrée sur la vie, la santé, la sexualité.

ou

- SEPARER distinctement LES ACTIONS D'EDUCATION POUR LA SANTE CONCERNANT L'INFECTION PAR LE V.I.H. et EN FAIRE L'OBJET D'UN PROJET D'ACTION EDUCATIVE ou créer un événementiel éducatif spécifique sur ce thème.

ou

- ARTICULER LE PROGRAMME d'éducation pour la santé concernant l'infection par le V.I.H. avec les autres activités d'éducation ayant trait à la prévention.

Points à discuter :

- Il est important d'expliquer que toute démarche en éducation pour la santé concernant doit aller au delà d'une simple information médicale. Or pour aborder la prévention avec des adolescents, les intervenants, quels qu'ils soient, ont besoin d'un cadre institutionnel et d'un climat relationnel appropriés.
- Dans l'environnement de l'établissement scolaire, quel est le cadre le plus approprié à la réalisation de ce type de démarche?
- Si le professeur de la classe veut éventuellement assister à la démarche, que faut-il faire ?
- Comment sauvegarder la confidentialité dans un groupe d'élèves ?

Recommandations :

Tout programme d'éducation pour la santé doit pouvoir être réalisé dans un cadre adéquat aux contenus, à la philosophie et à l'éthique spécifique à son thème.

Quelques références bibliographiques:

FABRE (G)

La prévention du SIDA auprès des jeunes : Paradoxes et contradictions

Aix en Provence : LEST, nov. 1991

MANDERSCHIED (J.C), GUILLAUME (J.M), BRES (R), ROUGE (A), RASSIAL (J.J)

Regard sur l'éducation pour la santé - Action et réflexion à propos du S.I.D.A.

Montpellier : Unité de la Communication et des Actions Préventives (UCAP) CHRU

Lapeyronie : fév.1992 - 344 p., bibliogr.

RUFFIOT (A) Dir.

L'éducation sexuelle au temps du SIDA

Toulouse : Privat, coll. Pratiques Sociales, 1992- 190 p., bibliogr.

THEME 6 :

<p>L'évaluation des programmes d'éducation pour la santé concernant l'infection par le V.I.H. dans les établissements scolaires</p>
--

Problème posé :

L'évaluation des programmes est fondamentale car elle assure la légitimité, la crédibilité et la pérennité des actions.

Comment faire ?

Choix de stratégies possibles :

- **ETABLIR UN ETAT DES LIEUX** des connaissances, des attitudes et des comportements avant l'action et mesurer l'impact du programme à l'aide d'un deuxième état des lieux à la fin du programme ou 2 à 6 mois plus tard.

Rédiger un rapport d'évaluation et s'appuyer sur ce rapport pour introduire des modifications dans le programme. L'état des lieux peut être réalisé par un consultant ou un organisme extérieur, soit à l'aide de questionnaires anonymes individuels, soit de réunions-discussions ou d'interviews.

Il est important que les évaluateurs connaissent les postulats et les objectifs spécifiques des démarches d'éducation pour la santé (ex : différence entre une approche centrée sur la personne, les perceptions, les connaissances, l'action).

ou

- **DRESSER DEUX ETATS DES LIEUX** en fin de programme : l'un dans un établissement ayant conduit une action en éducation, l'autre dans un établissement similaire n'ayant pas conduit d'action en éducation pour la santé sur ce thème.

ou

- **RECRUTER UN EVALUATEUR** chargé de suivre toutes les étapes du programme depuis sa conception jusqu'à la fin de sa réalisation et lui demander de rédiger un rapport d'évaluation concernant chaque phase du programme.

Points à discuter :

- Si l'établissement scolaire est par définition habilité pour évaluer des connaissances, est-il en droit d'évaluer des attitudes et des comportements ?
- Peut-on construire un état des lieux, des attitudes et des comportements sans porter atteinte à la vie privée des jeunes et sans les associer, voire requérir au préalable, leur accord sur ce type d'évaluation ?
- Est-ce que les animateurs du programme peuvent définir avec les jeunes les critères d'évaluation inhérents à chaque démarche ?
- Comment éliminer la confusion entre évaluation, validation et contrôle ?

Recommandations :

Prévoir une réunion-discussion regroupant toutes les personnes concernées par l'évaluation des programmes d'éducation.

Quelques références bibliographiques:

Evaluation de la campagne SIDA STOP dans 11 lycées d'Ile de France
Paris : Observatoire Régional de la Santé - Ile de France, 1987

TROUSSIER (Th)

Evaluation d'une formation pour les éducateurs sur la prévention liée à la sexualité
Rennes : ENSP, 1992

LERT (France), LERT (Henri)

Les actions d'information et de prévention en direction des jeunes - Etude de la situation dans 6 villes françaises
Saint Maurice : Inserm U 88, sept. 1989.

THEME 7 :

L'adhésion de l'opinion publique aux valeurs morales, philosophiques, culturelles, conséquentes ou inhérentes à la prévention de l'infection par le V.I.H.

Problème posé :

Les thèmes liés à l'infection par le V.I.H. sont des thèmes très sensibles et sont l'enjeu de prises de position radicales et de controverses dont on peut lire ou écouter régulièrement les contenus dans les médias. A ce titre, tous ces thèmes font partie du débat public. Cela nécessite de la part des intervenants en éducation pour la santé un travail de réflexion et de communication sur les valeurs liées à la prévention de l'infection par le V.I.H.

Comment faire ?

Choix de stratégies possibles :

- MAITRISER LES EFFETS PERVERS liés à l'information épidémiologiques (ex : construction de boucs-émissaires, effet de désengagement à partir de certaines informations: "je ne suis pas concerné")

ou

- NE PAS FOCALISER LA PREVENTION SUR L'USAGE DU PRESERVATIF mais l'intégrer dans un tableau sur les moyens de prévention respectant tous les styles de vie. A l'inverse, ne pas moraliser la sexualité, mais y introduire la notion de décision et de choix de vie et d'orientation.

ou

- METTRE EN EVIDENCE DES VALEURS comme le soutien, la solidarité, l'accompagnement des personnes confrontées à la souffrance, au deuil et à la mort.

ou

- INTEGRER LA PREVENTION DANS UNE PHILOSOPHIE DE L'EDUCATION visant à donner à tous et à égalité, les moyens de jouir de la vie et de la santé.

ou

- PRESENTER L'INTERET DU RESPECT DES DIFFERENCES.

ou

- INTEGRER LA PREVENTION de l'infection par le V.I.H. DANS UNE DEMARCHE D'EDUCATION POUR LA SANTE.

Points à discuter :

- Quelles sont nos propres valeurs liées à la sexualité et à la prévention de l'infection par le V.I.H.?
- Quelles sont les valeurs des adolescents liées à la sexualité et à la prévention de l'infection par le V.I.H.?
- Quelles sont les valeurs implicites dans les recommandations de santé publique ?

Recommandations :

Il est important que les élèves soient informés de la prise en compte par les intervenants des aspects philosophiques, culturels, voire religieux soulevés par la prévention de l'infection par le V.I.H.

Quelques références bibliographiques:

CALVEZ Marcel

Composer avec un danger - Approches des réponses sociales à l'infection au V.I.H. et au SIDA

Rennes : Ed. Institut Régional Travail Social de Bretagne, 1989 - 117 p.

L'intervention sociale face au S.I.D.A. - Un guide pratique pour accueillir, informer, conseiller et accompagner les personnes infectées par le V.I.H.

PARIS : ARCAT-SIDA, 1991 - 190 p.

Religion et maladie : le S.I.D.A.

Paris : Edition Cerf : in : *Le Supplément, Revue d'Ethique et de Théologie Morale*, n° 170, sept.1989 - 208 p

Chapitre 2

Approche centrée sur les perceptions, les attitudes et les comportements : Le Health Belief Model (HBM)

2.1. Définition

Le Health Belief Model (HBM) ou **modèle des croyances relatives à la santé** a été développé dans les années 1950 par un groupe de chercheurs et de praticiens en psychologie sociale dans les services américains de Santé Publique qui cherchaient à comprendre les causes de l'échec et du manque de participation du grand public aux programmes de prévention ou de détection des maladies (Hochbaum, 1958 ; Rosenstock, 1960, 1966, 1974.) Le modèle a été étendu ensuite à l'explication des comportements des individus face au diagnostic médical et en particulier à leur acquiescement et à leurs conduites en matière de régimes médicaux.

Depuis plus de trente ans, le modèle des croyances relatives à la santé (HBM) est l'approche psychosociale la plus utilisée pour expliquer les comportements de santé. Il est utilisé par des médecins, des infirmières, des dentistes, des éducateurs de santé pour concevoir et évaluer des actions en éducation pour la santé.

2.2. Postulats

Le modèle HBM postule qu'un individu adopte un comportement de prévention ou observe un comportement de soin s'il est conscient de la gravité du problème, s'il se sent concerné, si le comportement à adopter présente pour lui plus d'avantages que d'inconvénients et s'il croit qu'il est capable de le réaliser. Ces conditions ont été décrites sous la forme suivante :

- **La gravité du problème**

Un individu n'agit en matière de santé que s'il considère que le problème est d'une gravité suffisante.

- **La perception subjective du risque**

Il n'agit que s'il pense être en situation de risque et s'il se sent concerné par la maladie.

- **La perception des bénéfices de l'action à entreprendre**

L'individu n'agit et modifie un comportement que s'il espère tirer certains avantages.

- **La perception des obstacles**

Les aspects négatifs potentiels d'une action de santé spécifique et la perception des coûts de l'action, s'ils sont supérieurs aux bénéfices escomptés, peuvent fonctionner comme des obstacles à l'action à entreprendre.

- **La croyance en sa propre efficacité**

Un individu a plus de probabilité d'adopter un nouveau comportement de prévention s'il se croit capable de réaliser le comportement souhaité. Dans la mesure où le modèle originel HBM s'appliquait à l'analyse de l'acceptation de tests ou de vaccins, on comprend pourquoi la croyance en sa propre efficacité est apparue ultérieurement dès qu'il s'est agi d'appliquer le modèle HBM dans le cadre de changements à long terme comme la modification d'habitudes alimentaires, sportives, sexuelles plus difficile à accepter et surtout à poursuivre sur une longue durée.

- **Autres variables**

L'application extensive du HBM et les recherches en matière d'éducation pour la santé attirent régulièrement l'attention des chercheurs et des praticiens sur la multiplicité des variables à prendre en compte pour l'explication des comportements.

2.3. Exemples d'applications générales

Ce modèle est appliqué à des domaines variés dans le cadre de l'Education à la Santé et de la Santé Publique. Citons l'obésité, la vaccination, la contraception, le tabac, l'alcool, la prévention des MST.

Par exemple, une étude menée sous la direction de Lerson, en 1982, fut conduite pour trouver des stratégies efficaces dans le cadre d'une incitation volontaire à la vaccination contre la grippe en direction des personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques.

Les auteurs testèrent quatre stratégies :

- L'envoi d'une carte postale neutre donnant des informations (données factuelles) sur les avantages du vaccin contre la grippe.
- L'envoi d'une carte postale personnalisée signée par un médecin et annonçant les avantages du vaccin.
- L'envoi d'une carte postale construite selon le modèle HBM et non personnalisée. Cette carte informait de l'existence de la plus grande probabilité pour les personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques de contracter la grippe, de la gravité de la maladie pour ces personnes et de l'efficacité du vaccin ainsi que de la rareté de ses effets secondaires.
- Pas d'envoi de carte postale.

Les résultats de l'étude ont montré que :

- 51 % des personnes informées par la carte construite selon le modèle HBM ont choisi de se faire vacciner.
- Parmi les personnes qui reçurent une carte postale personnalisée, on obtint un taux de vaccination de 41 %.
- Enfin, on obtint un taux de vaccination de 25 % parmi ceux qui reçurent une carte postale neutre et 20 % parmi le groupe de contrôle qui ne reçut aucune carte postale. On observe un score également bas parmi ceux qui ne reçurent aucune carte postale et ceux qui reçurent une carte postale neutre.

2.4 - Les applications du HBM en éducation pour la santé

Le HBM offre un cadre général en éducation pour la santé au sens où il est applicable à une large variété de situations et où il permet, par la prise en compte des variables proposées, d'orienter avec plus de précisions les actions en éducation pour la santé. Par exemple, si on découvre que les personnes sont conscientes des risques du cancer, de la gravité de la maladie mais qu'elles croient par ailleurs qu'il n'y a aucun traitement spécifique du cancer ou que ces traitements présentent plus d'inconvénients que d'intérêts, on peut construire des actions spécifiques visant à accroître la perception des avantages de ces traitements.

La pratique du HBM suppose une connaissance précise des comportements de la population auprès de laquelle on veut intervenir, des aspects spécifiques et des compétences requises pour l'observance du comportement de prévention souhaité. L'efficacité de ce type d'action en éducation pour la santé dépend du contexte social, législatif et culturel dans lequel elles s'inscrivent.

En effet, le contexte fonctionne comme un facilitateur ou un obstacle à ce type d'intervention centrée sur les connaissances, les croyances et les perceptions individuelles de la prévention et du soin.

Voici un plan possible d'application de ce modèle dans le domaine de l'éducation pour la santé :

- **Aborder le problème à résoudre de façon réaliste**

Il est inutile d'exagérer ou de minimiser un risque. Un haut degré de peur ou d'anxiété bloque le message.

- **Aider les élèves à développer une vue réaliste de leur situation face au problème de santé traité**

En évoquant des personnes concernées par les problèmes, donner des exemples proches ou connus des élèves dans la classe.

- **Aider les élèves à développer leur confiance dans l'efficacité des recommandations de santé**

Cela suppose une information claire des effets physiologiques ou psychologiques de la mise en acte de certaines recommandations, par exemple les effets de l'arrêt du tabac.

- **Aider les élèves à corriger certains de leurs points de vue sur les risques et les difficultés du comportement recommandé**

Quand les individus pensent qu'un vaccin est dangereux ou douloureux, cette situation les place dans un tel dilemme émotionnel que souvent ils préfèrent ne rien faire.

- **Informers les élèves de l'influence des circonstances et du contexte dans l'observance des recommandations de santé**

Les comportements de prévention en particulier requièrent une combinaison de circonstances favorables. La personne a souvent besoin d'être réceptive, dégagée d'un certain nombre de difficultés et d'avoir les moyens nécessaires pour l'accomplir.

- **Encourager les élèves à donner une valeur à leur santé**

Ceci est le plus grand challenge suggéré par le HBM. L'exemple donné par l'éducateur de santé peut-être une référence de base. Mais il peut être intéressant de donner aux élèves des exemples de personnes dont la vitalité et la bonne santé ont joué un rôle important dans leur succès.

- **Aider les personnes à reconnaître leurs pouvoirs et leurs capacités à changer leur vie**

Il s'agit de restituer à la personne ses potentiels et ses forces et de lui montrer à quel point elle peut agir par et pour elle-même.

2.5 . Guide pratique d'une démarche HBM en matière d'information et de prévention

Objectifs généraux :

Il s'agit de faciliter chez les jeunes une démarche d'éducation pour la santé fondée sur les composantes suivantes :

- L'infection par le V.I.H. est un problème de santé à résoudre à l'échelle mondiale (GRAVITE DU PROBLEME)
- Les jeunes sont concernés par l'Infection par le V.I.H. (PERCEPTION DU RISQUE)
- Le choix et l'utilisation de moyens de prévention adaptés aux situations individuelles, au style de vie et au contexte social présentent des avantages en termes de santé, de protection, de liberté, de sécurité et de bien-être personnel et entre individus (LES BENEFICES DE L'ACTION A ENTREPRENDRE).

- Ces moyens de prévention représentent un certain coût social, physique, psychologique (perception des obstacles)
- Les jeunes peuvent agir et ont des capacités à prendre des décisions et il est possible d'acquérir des compétences pour réaliser et maintenir ses choix (croyance en sa propre efficacité).

Organisation

Elle se déroule sous la forme d'une session composée d'une séance d'information factuelle de 2h30 suivi de 8 séances de réunions-discussions de 2h30.

Méthodes d'animation

La méthode d'animation la plus adaptée au HBM est la technique de réunion-discussion par petits groupes de 4 à 12 personnes. Cette méthode consiste non pas à traiter un sujet mais à le présenter pour introduire une discussion. Il s'agit donc de mettre en valeur les aspects d'un thème ou de faits dont l'interprétation, les causes, les conséquences ou les solutions constituent en eux-mêmes un problème. Dans la réunion-discussion, on peut utiliser des jeux, des documents d'information, des vidéos-starters, c'est à dire tout matériel utile à la réalisation des objectifs et des étapes successives de cette démarche.

- Le rôle de l'animateur

Il expose un problème et montre les divergences d'opinions face à sa résolution. Il n'intervient plus sur le fond et se centre exclusivement sur :

- L'expression et la production du groupe,
- La facilitation des échanges entre les participants,
- La participation du plus grand nombre et la régulation du groupe.

- La tâche de l'animateur

Il définit les objectifs du groupe et de la réunion-discussion.

Il définit son rôle et sa méthode de conduite de réunion. Il présente le sujet selon l'un des schémas suivants (environ 15 minutes) :

- Situation actuelle d'un problème. Causes connues du problème et recherche des solutions.
- Avantages d'une solution choisie, inconvénients et synthèse.
- Etude d'un problème avec mise en évidence de ses contraintes et de ses variables parmi lesquelles se dégagent aussi des solutions.

- Les techniques d'animation

La reformulation :

L'animateur reprend les opinions émises pour faciliter la suite des échanges, l'écoute individuelle et les avancées du groupe.

Les questions :

La question renvoi :

L'animateur reprend une question posée et la communique à l'ensemble du groupe.

Exemple : Alexandre demande si telle décision est applicable, qu'en pensez-vous ?

La question relais :

L'animateur reprend une question posée et l'adresse à un autre participant.

Exemple : Alexandre demande si telle décision est applicable. Qu'en penses-tu, Francis ?

La relance :

L'animateur reprend une question posée quelques minutes avant et qui est restée sans réponse.

Exemple : A propos, tout à l'heure, vous vous demandiez si cette décision était applicable, qu'en pensez-vous maintenant ?

La question participative :

L'animateur facilite l'expression d'un participant semblant vouloir intervenir mais n'osant pas s'exprimer :

Exemple : Alexandre demande si telle décision est applicable. Francis, il m'a semblé que tu voulais lui répondre, qu'en penses-tu ?

La question élucidation :

L'animateur découvre que les participants utilisent la même expression dans un sens différent et que cela bloque la discussion. Il aide le groupe à élucider un mot, un concept, une expression employée par tous.

Exemple : A propos des modes de transmission, est-ce que vous pouvez vous mettre d'accord sur ce que vous entendez par là, car j'ai l'impression que vous ne voulez pas dire la même chose ?

Les questions difficiles :

L'animateur aide le groupe à prendre conscience que certaines questions mettent en difficulté certains participants. Il propose au groupe de veiller au respect des limites de chacun.

Exemple : Il me semble que les questions directes que vous vous adressez les uns aux autres concernant tel thème mettent certains d'entre vous dans l'embarras. Je vous propose d'en prendre conscience et peut-être de voir exactement comment vous pouvez faire attention les uns aux autres. Peut-être pourrions-nous décider que lorsque que quelqu'un est gêné par une question, il puisse en faire part aux autres.

La synthèse :

L'animation fait régulièrement des synthèses pour permettre au groupe de passer d'un point à un autre, de faire un bilan des opinions émises, de faire un point sur les divergences et passer à une autre phase.

- Notes

- Si dans une situation **une personne impose ses opinions au groupe** et que celui-ci est excédé, l'animateur fait observer au groupe qu'il s'agit d'une opinion personnelle et invite d'autres membres du groupe à exprimer les leurs. Il veille à remercier la personne pour son expression spontanée, reformule l'opinion émise mais indique que son rôle est de favoriser l'expression du plus grand nombre.
- Si l'animateur observe que **le groupe évite d'aborder un thème crucial**, il essaie de découvrir l'obstacle et propose au groupe de ne pas l'aborder si cela est trop difficile mais d'examiner ensemble les avantages et les inconvénients à l'évitement du thème. Dans la plupart des cas, après ce travail de diagnostic d'un sujet difficile, le groupe aborde de lui-même le thème crucial et trouve une solution ou un compromis. De même, nous observons régulièrement que les participants proposent alors l'abord direct (situation où la mise à plat et la clarification réduisent les peurs et les préjugés) ou indirect du problème ("peut-être peut-on écrire sur un papier de manière anonyme notre situation par rapport à ce thème ?").

- L'animateur accepte **les silences** et s'il pense qu'un temps de silence est trop long pour le groupe, il demande explicitement aux participants de trouver une manière de le rompre. Si celui-ci semble lié à une gêne importante ou à de fortes tensions, il interviewe le groupe par un tour de table personnalisé.

2.6 . Programme d'une démarche HBM sur la prévention

Le programme proposé est composé de 8 séquences d'animation dont les fiches de présentation sont présentées dans les pages suivantes.

SEQUENCE 1 :

Information factuelle

Objectif :

Informier sur les problèmes posés par l'infection par le V.I.H.

Outils pédagogiques :

Exposés, travaux par petits groupes, débat.

Durée :

2h30.

Préparation de la séance :

- Inviter un intervenant du monde médical à donner une information sur l'infection par le V.I.H. en lui demandant de présenter en 1h30 les faits, sans exagérer ou minimiser la gravité du problème.
- Expliquer au conférencier la démarche d'éducation pour la santé dans laquelle s'inscrit son intervention..
- Insister sur le point suivant auprès de lui : *Nous tenons à dire aux élèves que ce n'est pas ce que l'on est qui détermine le risque d'être infecté par le V.I.H. mais ce que l'on fait.*
- Lui demander de présenter les différentes phases d'évolution de l'infection (de nombreuses personnes déclarent encore choisir leur partenaire en fonction de l'absence de signes visibles de symptômes ou de maladie).
- Inviter le conférencier à faire part de sa pratique avec ses patients pour que les élèves saisissent d'emblée les aspects humains et la réponse médicale (accès aux soins précoces, traitements, suivi, importance du dialogue).

- Présenter la dimension mondiale du problème pour favoriser une approche globale.

Déroulement de la séance :

- Exposé de l'intervenant selon les objectifs définis.
- Au bout d'1h30, demander aux élèves de se réunir par petits groupes de 4 à 6 pendant 3 à 10 minutes et de préparer des questions à poser au conférencier sachant que chaque sous-groupe ne peut en poser que 2 ou 3 au maximum. Les trois questions du premier sous groupe posées, le deuxième sous groupe posent à son tour 3 questions (évitement de la répétition des questions).
Il peut être intéressant que ce soit un rapporteur qui les présente au groupe afin de permettre aux élèves d'oser poser certaines questions ou de faire part de certaines difficultés sans s'exposer personnellement.

Notes :

Le conférencier peut ainsi avoir un retour immédiat sur son exposé et se mettre à la disposition des élèves pour faciliter l'appréhension médicale de l'infection et de sa prévention.

SEQUENCE 2 :

<p>L'infection par le VIH est un problème de santé à résoudre à l'échelle mondiale</p>

Objectif :

Permettre aux élèves de prendre conscience de la gravité de l'infection par le V.I.H. en tant que problème mondial.

Outils pédagogiques :

Réunion-discussion, travaux par petits groupes, documents traitant de la situation mondiale actuelle.

Durée :

2h30.

Déroulement de la séance :

- Distribuer aux élèves le document de l'OMS : "Pandémie d'Infection par le V.I.H./SIDA : Situation actuelle et tendances futures - Récapitulation - Janvier 1992.
- Répartir les élèves en 7 groupes géographiques :
 - Australie, Amérique du Nord et Europe occidentale.
 - Amérique Latine et Caraïbes
 - Afrique sub-saharienne
 - Asie du sud et du sud-est
 - Asie de l'est et du Pacifique
 - Europe orientale et ex-URSS
 - Afrique du Nord et Moyen Orient
- Demander à chaque petit groupe de préparer une synthèse sur la situation de sa zone géographique qu'un rapporteur présentera au grand groupe comme s'il était un expert appartenant à ce pays et qu'il devait intervenir dans un congrès international.

Les experts interviennent donc en disant "nous", "dans notre zone géographique", "notre gouvernement", etc. Ils peuvent

chercher à présenter les données et les faits sous leur meilleur jour à condition de ne pas travestir la vérité.

- Ensuite les 7 experts se réunissent à une même table et essaient de construire en commun des programmes de santé et d'éducation portant sur:
 - La prise en charge et les soins
 - La prévention

Les autres élèves assistent, sans intervenir, à la discussion des experts.

- L'animateur écrit au tableau les recommandations du groupe en distinguant la prise en charge de la prévention.
- En grand groupe, on discute sur les propositions des experts. Si dans le tableau prévention, il se trouve des propositions d'exclusion, de coercition ou de discrimination, l'animateur ne fait aucun commentaire mais demande aux experts d'envisager une stratégie d'éducation fondée sur le respect des droits des personnes.

Exemple :

*Comment éduquer les personnes et les aider à prendre conscience que... ?
Comment les sensibiliser à ... ?*

Synthèse possible :

L'animateur peut insister sur l'intérêt d'une sensibilisation aux aspects mondiaux de l'épidémie et sur la nécessité d'une solidarité internationale.

Il peut recueillir l'avis des participants à l'issue de cette séquence sur la situation actuelle et les tendances futures.

Les moyens essentiels d'intervention consistent dans des stratégies d'éducation.

Il peut également présenter les arguments pris en compte pour définir les stratégies

de Santé Publique développées dans la plupart des pays selon les orientations de l'OMS et présenter les orientations de la France.

Il est important de demander aux élèves ce qu'ils ont ressenti dans leur fonction d'experts (comment ont-ils vécu le passage du discours général au "nous").

Notes :

Cette séquence permet aux jeunes d'entrer dans le monde de l'épidémie par le biais des aspects mondiaux de la santé et non directement à travers des aspects personnels. Elle évite que les jeunes ne se sentent "la cible" d'un discours de santé publique.

Elle leur permet de découvrir et discuter les choix en matière de Santé Publique (avantages/inconvénients de telles ou telles mesures).

Elle leur permet une approche progressive du phénomène et promeut déjà deux valeurs : une valeur de solidarité internationale et une éthique de la prévention centrée sur une approche positive de l'éducation.

SEQUENCE 3 :

La perception subjective du risque

Objectif :

Aider les jeunes à développer une vue réaliste de leur situation face à l'infection par le V.I.H.

Outils pédagogiques :

Réunion-discussion, travaux par petits groupes, projection de la cassette-vidéo « *Où est passé Stéphane ?* »¹.

Durée :

2h30.

Déroulement de la séance :

• Phase 1 :

- Projeter la cassette vidéo : "*Où est passé Stéphane ?*"

- Inviter les participants à se répartir en **trois groupes A, B et C** et leur demander d'imaginer ce qui s'est passé pour Stéphane.

Points à aborder :

- *Qui est Stéphane ?*

- *Comment vit-il ?*

- *Qu'est-ce qui s'est passé ?*

- *Qu'est-ce que ressent Stéphane ?*

- Demander à chaque sous-groupe de construire un scénario à partir de la situation de Stéphane et de la consigne suivante :

Revenons à la dernière image du film. Imaginons que Stéphane arrive au café et parle à ses camarades de classe de ce qui lui est arrivé. Ses camarades lui posent des questions et envisagent de lui apporter conseils et soutien.

- En grand groupe, l'animateur écrit au tableau les 3 scénarios proposés par les jeunes. Il note "les paroles de Stéphane" et les conseils et messages de soutien de ses camarades.

- Les jeunes sont invités à discuter les ressemblances et les différences dans les scénarios ainsi que la vraisemblance des situations. Ils concluent ensemble sur ce que l'on peut faire pour aider un ami séropositif.

• Phase 2 :

-L'animateur demande aux participants de reprendre les sous-groupes et de dresser une liste des comportements exposant à un risque et pouvant survenir entre 13 et 18 ans, allant du risque le plus faible au risque le plus élevé (proposer l'image de la pyramide).

La consigne doit être aussi large que possible pour laisser libre cours au point de vue des jeunes sans les influencer a priori.

-Le **sous-groupe A** expose sa pyramide des risques. Le **sous-groupe B** propose des moyens de prévention liés à chaque comportement exposant à un risque. Ensuite le sous-groupe B expose sa pyramide et le **sous groupe C** des solutions. Ainsi de suite pour chaque sous groupe.

L'animateur veille à ce que chaque comportement cité soit mis en relation avec une réponse en terme de prévention. Il fait aussi remarquer qu'il existe divers moyens de prévention.

- Ensuite, il demande en grand groupe aux participants :

**Ce qu'ils ont appris au cours de cette séquence*

**Ce qu'ils ont ressenti*

¹ VHS 4 minutes (cf. annexe « fiche techniques »).

Synthèse possible :

L'animateur conclut sur la difficulté de se sentir concerné par rapport à des problèmes graves, il donne d'autres exemples de la vie courante et explique que cette difficulté est une réaction psychologique commune face à un danger.

Il insiste également sur la nécessité de pouvoir parler et communiquer sur des questions particulières comme les comportements exposant à des risques.

SEQUENCE 4 :

Les avantages personnels et interpersonnels de la prévention

Objectif :

Sensibiliser les participants aux avantages et aux intérêts de la prévention.

Outils pédagogiques :

Réunion-discussion.

Durée :

2h30.

Déroulement de la séance :

Répartir les participants par groupe non-mixte (maximum de 6) et distribuer un scénario aux filles et un scénario aux garçons (Cf. Tableau 1 et 2 page suivante).

- **Phase 1 :**

- **Demander aux participants de chaque sous-groupe :**

* Quelle est votre réaction après avoir lu ce scénario ?

* Que retenez-vous de la façon de communiquer de Raïssa et Laurent ?

* Comment peuvent-ils faire ?

- **Phase 2 :**

- **Demander à chaque sous-groupe de préparer la liste des avantages qu'il y a, pour une fille et pour un garçon, à envisager la prévention dans une relation.**

* Enumérer les avantages de la prévention dans une relation entre deux personnes.

- **Phase 3 :**

- **Inviter les participants à modifier le scénario : Raïssa et Laurent abordent**

sous un angle positif la question de la prévention. Comment s'y prennent-ils ?

Synthèse possible :

L'animateur se centre avec les participants sur la recherche des avantages individuels (du point de vue de la personne) et avec autrui (du point de vue de la relation) de la prévention.

Les participants vont vraisemblablement exprimer des incertitudes. L'animateur accepte tous les points de vue et n'intervient pas sur le fond mais il demande de transformer ces inconvénients en avantages (technique du renversement positif).

Exemple :

Un participant :

"Aborder la prévention, c'est risqué dans une relation..."

Animateur :

"En quoi aborder la prévention peut être un plus dans une relation ?"

Notes :

- On emploie volontairement le terme de prévention afin de favoriser l'expression des représentations autour de ce terme.

- On évite de se centrer exclusivement sur les préservatifs comme moyen de prévention.

- La transformation (renversement) d'énoncés négatifs en résultats positifs est un procédé d'aide important. C'est un moyen de transformer un énoncé de problème en énoncé d'objectifs.

Tableau 1 :

Scénario pour les filles

Raïssa a invité Laure et Chloé cet après-midi car elle a besoin de leur aide et de leurs conseils. Laure et Chloé ont apporté un gâteau au chocolat et Raïssa leur propose du Coca. Assises confortablement dans le salon, Raïssa commence son histoire.

"J'ai rencontré Laurent il y a 6 mois et je suis très attachée à lui, du moins je le pensais jusqu'à la semaine dernière où tout mon rêve s'est écroulé.

C'était la première fois où nous nous sentions prêts à aller plus loin mais son attitude m'a tellement déçue que je n'arrive plus à lui parler et que je lui en veux terriblement.

Pour notre première vraie relation, il a refusé d'entendre parler de précautions, en prétendant que cela ne le concerne pas. Cela m'a choqué profondément et j'ai tout arrêté là. Je lui ai reproché de ne pas m'aimer et d'être irresponsable envers lui-même et envers moi. Il a eu d'autres relations l'année dernière et il ne s'est jamais préoccupé de rien!

Je l'aime. Tout allait bien mais que faire?"

Tableau 2 :

Scénario pour les garçons

Laurent a invité Guillaume et François cet après-midi car il a besoin d'aide et de conseils et surtout il veut un après-midi "entre hommes".

Après avoir écouté le dernier compact-disc de MC Solaar, il commence ainsi:

"Je connais Raïssa depuis environ 6 mois et je l'aime. La semaine dernière on a commencé à avoir une "vraie relation" mais tout a échoué parce que je ne voulais pas prendre de précautions. Depuis, elle m'évite. Je sens que je l'ai déçue.

Elle m'a dit "Il faut vraiment que tu tiennes peu à moi ou peu à toi pour prendre et me faire prendre des risques."

C'est vrai que j'ai déjà eu d'autres relations avant Raïssa mais ce n'était pas pareil. Elle je l'aime!

J'ai l'impression qu'elle ne veut plus me voir. Qu'est-ce que je peux faire ?

SEQUENCE 5 :

La perception des obstacles

Objectif :

Explorer le coût psychologique et social de la prévention.

Outils pédagogiques :

Réunion-discussion, brain-storming, projection de la cassette « Paroles de jeunes »².

Durée :

2h30.

Déroulement de la séance :

• Phase 1 :

- Répartir les participants par groupe de 6 et leur demander de discuter de leurs expériences en matière de changement de comportement.

* Se sont-ils déjà trouvés dans une situation où ils ont été obligés de changer leurs habitudes ou leur comportement pour des raisons de santé (régime, maladie, vaccin, accident, cure, vision, croissance...)?

* Comment cela s'est-il passé ?

* Qu'est-ce qui a été difficile non pas au niveau matériel mais au niveau psychologique ?

* Qui les a aidé ?

- Pour le grand groupe, l'animateur note au tableau les sentiments, les difficultés psychologiques et les modalités d'aide ou de soutien dont les participants ont disposé.

• Phase 2 :

- Ensuite, il invite les participants à envisager toutes les conséquences psychologiques et sociales liées à l'infection par le V.I.H.

Exemples :

* *Savoir aborder un sujet difficile*

* *Différer une relation*

* *Penser en termes de risques*

* *Se confronter au refus des autres ou à l'indifférence ou à la moquerie.*

Si la discussion est difficile, on peut projeter la cassette vidéo « Paroles de jeunes » et explorer la psychologie de 2 ou 3 personnages en mettant en valeur les aspects psychologiques de la prévention.

• Phase 3 :

L'animateur invite les participants à une séance de brain-storming sur le thème : "En 2001, des psychologues et des sociologues ont trouvé un moyen idéal pour aborder la prévention..."

Synthèse possible :

L'animateur reprend les 3 phases en mettant l'accent sur les difficultés du changement de comportement, les modifications introduites par la prévention dans les relations affectives et sociales. Il insiste sur la nécessité d'être conscient que la prévention suppose une préparation, voire quelquefois un soutien psychologique de la part de son entourage.

Il reprend des éléments du brain-storming et met en valeur les suggestions apportées par les participants.

Il souligne le lien entre la personne et son environnement.

² VHS 20 mns (cf. annexe « fiches techniques »)

Notes :

L'animateur rappelle aux participants que les deux prochaines séances seront consacrées à un travail sur l'accessibilité des préservatifs (notamment l'achat) et sur la maîtrise de son utilisation et de sa proposition. Les participants sont invités à se documenter sur les modes et lieux d'accès aux préservatifs à des fins d'information.

Les obstacles liés à l'utilisation du préservatif sont de divers ordres (cf. article de France Lert et de Goussem Redjimi en annexe).

Aussi, il est important d'informer les participants sur les moyens de se procurer des préservatifs et de recueillir leur perception du préservatif en termes de coût, de design, d'objet de consommation, ... afin de leur permettre ensuite d'envisager leurs propres critères de choix et les modalités et conditions de son utilisation.

Les obstacles sont ici envisagées selon 3 rubriques :

- Accès aux préservatifs en termes de lieux et de choix.
- Maîtrise de l'utilisation des préservatifs.
- Problèmes de communication liée à l'utilisation des préservatifs.

Le travail sur les obstacles donnera lieu à 2 séances distinctes :

- Une séance où est abordée la question de l'accessibilité des préservatifs d'une part, les situations d'achat d'autre part.

- Une seconde séance sur la maîtrise de l'utilisation des préservatifs et de sa proposition à son partenaire.

SEQUENCE 6 :

L'acquisition des préservatifs

Objectifs :

- Repérer les lieux d'achat ou de mise à disposition des préservatifs.
- Recenser les caractéristiques des produits pour en faciliter l'achat et le choix.
- Envisager les situations liées à l'achat des préservatifs.

Outils pédagogiques :

Travaux par petits groupes, mises en situation, document sur les préservatifs, préservatifs de différentes qualités...

Durée :

2h30.

Préparation de la séance :

- Prévoir en nombre suffisant des photocopies de documents d'information sur les préservatifs à remettre à chaque participant pour les travaux en petits groupes.
- Préparer sur des feuilles *paper-board* les 2 tableaux ci-après permettant le recueil des données issues des travaux par petits groupes.

Déroulement de la séance :

• Phase 1 – 15 minutes :

- Répartir les participants par groupe de 6 en leur remettant les documents d'information sur les préservatifs.
- Leur demander d'énumérer tous les lieux proches de l'établissement où l'on peut trouver des préservatifs en vente ou mis à disposition gratuitement et de mentionner, si possible, pour chacun des lieux cités,

les conditions d'acquisition des préservatifs, les marques des préservatifs proposés, les caractéristiques du produit (par boîte de 6, de 12, à l'unité, avec ou sans réservoir - lubrifié ou pas - le coût - et toutes indications utiles, ...).

• Phase 2 – 30 minutes :

- En grand groupe, établir la liste au tableau les informations recueillies selon les rubriques suivantes :

Lieu	Accès	Accueil	Produit	Coût

- Discuter en grand groupe les critères qui leur paraissent prioritaires en terme d'accessibilité. Entourer sur le tableau les deux lieux qui correspondent au plus près à ces critères.

• Phase 3 – 30 minutes :

- A nouveau, déterminer selon les rubriques suivantes les différentes caractéristiques des préservatifs vendus ou fournis gratuitement selon leur lieu d'accès.

Marque Emballage	Caractéristiques	Couleur Parfum	Autres critères

- Discuter en grand groupe les critères qui leur paraissent prioritaires en terme de qualité. Entourer sur le tableau les éléments qui correspondent au plus près à ces critères.

- Evoquer la question de la norme NF et la date de péremption ainsi que la nécessité d'utiliser des lubrifiants à base d'eau (sinon risque de porosité).

• **Phase 4 – 30 minutes :**

- Répartir les participants par groupe de 6, en séparant les garçons et les filles.

- Demander à chaque sous-groupe de :

1 - Construire l'argumentaire d'achat le plus efficace pour se sentir le plus à l'aise possible. Penser à l'attitude, au regard, au ton de la voix. Prévoir par sous-groupe deux situations probables : une situation facile, une situation difficile. Jouer en sous-groupe les deux situations. Faire noter par un observateur appartenant au sous-groupe les dialogues, les gestes et les attitudes.

2 - Réécrire les différentes étapes de la situation d'achat et les arguments correspondants après la simulation de la situation.

• **Phase 5 – 45 minutes :**

- En grand groupe, demander à chaque sous-groupe de venir écrire leur argumentation finale en prenant soin de noter de couleurs différentes les paroles du client et les paroles du vendeur et en numérotant les interventions.

Exemple :

"Bonjour, que désirez-vous?"

"Je voudrais une boîte de préservatifs".

"Quelle marque ? et combien? ..."

- L'animateur ensuite reprend ligne à ligne le dialogue et montre à chaque niveau les compétences requises pour ce type de dialogue ainsi que les manières de résoudre le problème.

Exemple : *A la séquence 3, on se sent plus assurée si on connaît déjà une marque, le mode de conditionnement et les caractéristiques (boîte de 6, boîte de 12). Que peut-on faire si on ne possède pas ces informations ?*

- L'animateur demande aux participants de faire part des difficultés de communication rencontrées dans les simulations de situations et les note au tableau.

- L'animateur demande ensuite à ceux qui ont joué le rôle de vendeur ce qu'ils ont éprouvé et note leurs réactions.

- On discute ensemble de l'interaction vendeur-client et on bâtit des hypothèses sur les liens entre les réactions du vendeur et celles de l'acheteur.

Synthèse possible :

L'animateur montre à quel point dans la vie, on peut être dans des situations difficiles lorsqu'il s'agit d'aborder des sujets délicats. Il prend d'autres exemples comme la visite chez le médecin, la visite de contraception et d'autres situations de la vie où la communication est difficile. Il reprend les obstacles et les moyens de surmonter ces obstacles par une communication adaptée.

Il conclut sur l'intérêt d'une information préalable et d'une préparation psychologique personnelle dans certaines situations.

Il évoque plusieurs moyens pour ce faire :

- Imaginer une situation difficile
- S'entraîner mentalement
- Faire des essais
- Se fixer des étapes
- Demander des conseils autour de soi
- S'enquérir de l'expérience d'autrui, ...

SEQUENCE 7 :

L'utilisation et la proposition des préservatifs

Objectifs :

- Réassurer les participants sur l'efficacité des préservatifs.
- Envisager la proposition du préservatif et s'exercer à communiquer sur des sujets difficiles.

Outils pédagogiques :

Travaux par petits groupes, jeux de rôles, remise du scénario (cf. pages suivantes).

Durée :

2h30.

Préparation de la séance :

Prévoir en nombre suffisant des préservatifs masculins, et si possible des préservatifs féminins, avec les notices d'emploi.

Déroulement de la séance :

• Phase 1 – 60 minutes :

- Répartir les participants en groupe de 6 personnes en séparant les filles et les garçons.
- Distribuer par sous-groupe des préservatifs masculins en ajoutant dans le sous-groupe des filles des préservatifs féminins.
- Inviter les participants à construire un mode d'emploi du préservatif en leur demandant de noter les 4 conseils de base. Leur distribuer des notices d'usage pour qu'ils puissent s'en inspirer. Passer dans chaque sous-groupe et donner des informations complémentaires si nécessaire.

- En grand groupe, demander aux participants de dresser une liste des avantages et des inconvénients du préservatif :

*Distinguer dans les inconvénients les aspects techniques éventuels

*Sinon, observer que les avantages de l'usage du préservatif font souvent appel à la raison et les inconvénients aux sentiments et aux sensations. (Ex. *"C'est moins agréable", "C'est pas naturel", ...*)

- Inviter le groupe à trouver d'autres motivations faisant appel aux sentiments pour l'utilisation du condom (Exemple : *"C'est rassurant", "On est tranquille", ...*).

- Terminer la séquence par la présentation de la cassette vidéo conçue par Durex qui décrit la production, le conditionnement et tous les tests de fiabilité pratiqués sur les préservatifs avant leur mise sur le marché. Cela permet de fermer la séquence sur la banalisation de l'objet et sur son efficacité.

• Phase 2 – 90 minutes :

- Distribuer le scénario aux participants répartis par groupes de 6.

- Donner à chaque sous-groupe un plan complémentaire pour résoudre la situation.

- Présenter en grand groupe tous les scénarios. L'animateur note avec précision les verbes employés et les dialogues proposés.

- L'animateur invite le groupe à distinguer sur le tableau :

- les sentiments éprouvés
- les paroles utilisées
- les solutions pratiques envisagées.

- Sur le tableau, animateur et participants font des propositions concrètes à propos des situations suivantes :

Quoi dire ? Comment le dire ? Quand le dire ? :

- Si on ne désire pas avoir de relations sexuelles ?
- Si on n'accepte pas d'avoir des relations sexuelles sans utiliser de préservatifs ?
- Si on n'a pas de préservatifs sur soi ?
- Si on est mal à l'aise après un baiser amoureux ?
- Si on ne veut pas aller plus loin que les baisers amoureux ?

Synthèse possible :

L'animateur conclut sur les difficultés à communiquer dans des situations imprévues ou inattendues qui nous impliquent beaucoup.

Il montre que l'implication peut quelque fois être un obstacle parce qu'elle nous rend vulnérable.

Il explique qu'il est toujours important d'exprimer à l'autre ce que l'on ressent en pareille situation, et qu'on peut à la fois dire quelque chose de positif à l'autre tout en marquant ses limites.

- Demander des conseils autour de soi
- S'enquérir de l'expérience d'autrui, ...

Voir page suivante le scénario proposé

suite SEQUENCE 7

SCENARIO

20h00 heures : Renaud vient chercher Alexandra en moto pour l'emmener à la soirée que donne Marion en l'honneur de sa réussite aux examens. Renaud est éblouissant dans son Chevignon et Alexandra resplendit dans son dernier ensemble NAF-NAF.

21h30 : Renaud et Alexandra ne se quittent pas de la soirée. Ils se retrouvent toujours au buffet installé par les parents de Marion dans le salon. Ils parlent, rient et dansent beaucoup.

23h00 : Tout le monde danse, la fête bat son plein mais les parents de Marion rentrent comme prévu chez eux à minuit. La fête est terminée. Marion salue tous ses amis.

24h00 : Renaud et Alexandra quittent la maison de Marion et décident d'aller marcher le long de la plage qui est à 300 mètres. Ils s'embrassent et s'assoient sur le sable encore chaud de cette journée de juin particulièrement belle. Tout à coup, une gêne les envahit tous les deux au même moment et ils n'arrivent plus à se parler... Quelque chose ne va pas, mais quoi ?

PLANS COMPLEMENTAIRES

Groupe 1 : Renaud et Alexandra s'aperçoivent qu'ils ne disposent pas de préservatifs.

- Que peuvent-ils faire ?
- Comment en parler ?
- Qui doit en parler en premier ?
- Comment le dire ?
- Comment l'autre va-t-il réagir ?
- Qu'est-ce qui va se passer ?

Groupe 2 : Renaud devient soudain méfiant et anxieux.

- Que se passe-t-il ?
- Que peuvent-ils faire ?
- Qui doit parler en premier ?
- Quoi dire ?
- Comment résoudre la situation ?

Groupe 3 : Alexandra remet ses cheveux en ordre et se lève immédiatement ?

- Que se passe-t-il pour Alexandra ?
- Comment Renaud vit-il cette situation ?
- Qui doit parler en premier ?
- Quoi dire ?
- Comment résoudre la situation ?

Groupe 4 : Renaud et Alexandra fouillent au même moment dans leur poche et y vérifient la présence du préservatif.

- Quoi faire ?
- Quoi dire ?
- Qui doit parler en premier ?
- Qu'est-ce qui va se passer ?

SEQUENCE 8A :

Affirmation de soi

Objectifs :

S'entraîner en groupe à exprimer ses demandes d'une façon positive.

Outils pédagogiques :

Travaux par sous groupes de 2, réunion-discussion.

Durée :

2h30.

Déroulement de la séance :

- Inviter les élèves à s'exercer par deux à faire des demandes dans deux situations différentes :
- à une personne inconnue
- à une personne très intime

Exemples :

- Demander à quelqu'un :
 - * *son opinion sur l'éducation*
 - * *un renseignement d'orientation*
 - * *de vous aider pour porter votre valise*
- Demander à quelqu'un :
 - * *son opinion sur les préservatifs*
 - * *Demander à quelqu'un d'intime :*
 - * *un conseil relatif à votre vie familiale*
 - * *de modifier son comportement*
- En grand groupe, inviter les élèves à discuter les points suivants :
 - Est-il plus facile de demander quelque chose à quelqu'un d'inconnu ou d'intime ?
 - Est-ce qu'on exprime ses demandes de la même manière dans les deux situations (communication verbale, attitude, communication non-verbale, ton de la voix, ...)?

- Quelle est la différence entre la sollicitation d'une opinion et la sollicitation d'un comportement ?

- Ont-ils employé le "Je", le "Vous" ou le "Tu" ?

Synthèse possible :

La non-affirmation de soi peut constituer un obstacle à la décision de prévention ou à son maintien.

Il est difficile de demander aux autres d'adopter ou de modifier des comportements.

Notes :

Une demande est mieux accueillie si elle formulée de façon positive. La solution de certaines difficultés exige souvent la transformation de sentiments et énoncés négatifs en suggestions positives.

La pratique du "Je" exerce une influence positive sur la satisfaction d'une demande et favorise le maintien de la communication.

**VOUS POUVEZ CHOISIR ENTRE
LES SEQUENCES N° 8A OU 8B CI-APRES.**

SEQUENCE 8B :

Affirmation de soi progressive – savoir dire non à une demande

Objectifs :

S'exercer à dire non à une demande par l'affirmation de soi progressive.

Outils pédagogiques :

Travail en sous-groupes.

Durée :

1h00.

Thématique :

Même si la crise d'adolescence permet l'expression de "non" explosifs, les études sur les attitudes et les comportements face à la prévention révèlent la difficulté psychologique à savoir dire non à une demande. Cette difficulté à s'affirmer est quelque fois plus grande chez les jeunes filles et les femmes aux prises avec le double handicap de leur éducation et des stéréotypes sexuels dominants.

Par ailleurs, les expériences de travail en groupe avec des groupes mixtes révèlent que les filles ont peur de perdre l'amour si elles imposent le préservatif ou refusent la relation sexuelle. Il s'agit donc d'aider les filles et les garçons à prendre et réaliser leurs décisions et à diriger eux-mêmes leur vie.

Déroulement de la séance :

- Répartir les élèves par groupes de 3, si possible 2 filles et un garçon et leur demander de jouer le scénario suivant :

Deux filles sont attablées, entre deux cours, à la terrasse d'un café au soleil. Elles discutent de leur probabilité de réussite à leurs examens. Un garçon s'approche et leur demande s'il peut s'installer à leur table. Les deux filles n'en ont pas envie car elles veulent continuer à parler ensemble.

Demander aux filles d'affirmer progressivement et le plus positivement possible leur refus.

- En grand groupe, noter au tableau toutes les expressions et gestes de refus utilisés par les filles.

*Demander aux filles de classer les refus selon leur degré d'affirmation progressive.

*Demander aux garçons ce qu'ils ont ressenti face à ces refus. Noter les sentiments des garçons.

- Discussion générale sur les réactions à l'affirmation de soi et sur les effets obtenus.

Synthèse possible :

- Revenir à la prévention et aborder toutes les situations nécessitant une affirmation de soi :

contraception, prévention des MST et de l'infection par le V.I.H., harcèlement sexuel, abus sexuel, alcool, drogue, ...

Compléments :

Etapes de l'affirmation de soi progressive :

- dire oui quand on pense oui
- dire non quand on pense non
- être compréhensif et poli
- être plus ferme
- être très ferme

Grille d'évaluation des perceptions des jeunes

Perception de la gravité du problème :

- **Un jeune qui s'inquiète à propos du SIDA est réaliste.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Si quelqu'un est infecté par le V.I.H., ce n'est pas grave, il peut s'en sortir ?**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **L'infection à V.I.H. touche chaque jour des personnes de plus en plus nombreuses dans le monde.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **En France, des dizaines de milliers de personnes vont mourir du SIDA dans les prochaines années.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas

Perception du risque :

- **Il n'y a pas de cas de SIDA parmi les jeunes de votre âge.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas

- **Les risques commencent après les premiers baisers.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Si on s'aime, on ne court aucun risque ?**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Il est choquant d'utiliser les préservatifs avec la personne que l'on aime.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Je suis capable moi-même d'évaluer les risques que je prends.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Les jeunes sont menacés par le SIDA.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas

Avantages perçus de la prévention :

- **Si un garçon utilise les préservatifs, une fille sortira plus volontiers avec lui.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Les préservatifs sont aussi un moyen de contraception.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas

Grille d'évaluation (suite)

- **L'utilisation des préservatifs améliore la relation.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **L'abstinence sexuelle est une bonne chose.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Si une fille exige l'utilisation d'un préservatif, son partenaire pensera qu'elle prend soin d'elle ?**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Si un garçon utilise un préservatif, sa partenaire pensera qu'il prend soin de lui ?**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **La prévention, c'est aussi l'amour.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Il existe des objections religieuses à l'utilisation des préservatifs.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Si l'un des partenaires exige un préservatif, c'est qu'il n'a pas confiance en l'autre.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Je préfère ne pas avoir de relations sexuelles plutôt que d'utiliser des préservatifs.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **On est gêné quand on achète des préservatifs.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **C'est plus difficile d'exiger l'utilisation d'un préservatif de quelqu'un que l'on ne connaît pas.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas

Obstacles perçus :

- **Les inconvénients du préservatif sont un problème.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Utiliser des préservatifs, c'est passer pour quelqu'un de pas très sérieux.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas

Affirmation de soi :

- **Une personne qui refuse les relations sexuelles est une personne qui est sûre d'elle.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Tous les jeunes sont capables d'utiliser des préservatifs.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas

Grille d'évaluation (suite)

- **Si la personne que j'aime me dit : "si tu m'aimes, tu peux me faire confiance", je fais tout ce qu'elle me demande.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **L'utilisation des préservatifs, c'est une question de détermination.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Une personne qui n'ose pas aborder certains sujets dans une relation, c'est une personne qui manque de confiance en soi.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas
- **Il peut être important de prouver son amour en refusant l'utilisation du préservatif.**
 - D'accord
 - Pas du tout d'accord
 - Je ne sais pas

Quelques références bibliographiques :

EISEN (Marvin), ZELLMAN (Gail).

The role of Health Belief attitudes, sex education, and demographics in predicting adolescents' sexuality knowledge.

New-York, in : *Health Education Quaterly*, Spring 1986, vol. 13(1), pp. 9 - 22

EISEN (Marvin), ZELLMAN (Gail L), Mc ALISTER (Alfred).

A Health Belief Model approach to adolescents' fertility control : some pilot program findings.

New-York, in : *Health Education Quaterly*, summer 1985, vol. 12 (2), pp. 185 - 210

O'CONNELL (Janelle K), PRICE (James H), ROBERTS (Stephen M), JURIS (Stephen G), Mc KINLEY (Robert).

Utilizing the Health belief Model to predict dieting and exercising behavior of obese and non-obese adolescents.

New-York, in : *Health Education Quaterly*, winter 1985, vol. 12 (4), pp. 343 - 351

PETOSA (Rick), JACKSON (Kirby).

Using the Health Belief Model to predict safer sex intentions among adolescents.

New-York, in : *Health Education Quaterly*, winter 1991, vol. 18 (4), pp. 463 - 476

Chapitre 3

Approche centrée sur la relation - Le counseling en prévention.

Dans cette question cruciale de la prévention de l'infection par le V.I.H., il est fondamental que la relation adulte-jeune soit fondée sur la plus grande authenticité possible car ce thème est lui-même trop nourri d'incertitudes, d'anxiété, de craintes, d'espoirs et de désespoir pour être traité seulement en termes de savoirs figés ou d'informations terrorisantes.

Le Conseil propose aux intervenants d'entrer dans l'éducation pour la santé par la porte la plus évidente mais peut-être la plus complexe : l'entrée par une relation fondée sur la confiance, l'écoute et le respect mutuels.

Le Conseil est une relation entre deux personnes ou dans un groupe, entre une personne et les participants, visant à lui permettre de trouver par elle-même les solutions aux problèmes qui la concernent.

Aujourd'hui, plusieurs écoles psychologiques de Conseil se sont développées : comportementaliste, rogérienne, existentialiste, systémique, freudienne, transactionnelle, éclectique.... Elles diffèrent en fonction des présupposés philosophiques concernant la nature de l'être humain, le statut de la réalité, le concept de liberté humaine, les buts de l'existence humaine, la vision de la souffrance, la théorie du changement...

3.1. Historique

Les services d'aide et de Conseil se sont développés aux Etats-Unis et en Europe, sous l'influence de facteurs sociaux, psychologiques, économiques et notamment du mouvement de réforme sociale du début du 20ème siècle.

Grâce aux recherches en sciences cliniques sur l'enfant (psychologie, psychanalyse) et à la généralisation de la scolarité obligatoire, le Conseil connut un essor important dans le monde de l'éducation aux U.S.A. au début du 20ème siècle.

1942 représente un tournant dans l'histoire du Conseil puisqu'il marque son élargissement du champ éducatif et social au champ thérapeutique. C'est en effet à cette date que Carl Rogers publie un ouvrage "*Counseling and Psychotherapy*" dans lequel il fixe les bases et les modèles de la relation d'aide en s'opposant vivement aux attitudes autoritaires et aux méthodes paternalistes alors en usage. Il définit ce qu'il appelle le "Conseil centré sur la personne".

En France, dans les années soixante-dix, la traduction et la diffusion élargies des textes de Rogers arrivent dans un moment de réforme sociale et sont intégrées dans un mouvement intellectuel, psychosociologique et éducatif fondé sur la mise en évidence des capacités de l'être humain à agir sur lui-même et sur son environnement. On observe ensuite, à la différence des pays anglo-saxons, une période de silence, tout au moins au niveau de la recherche universitaire et des publications spécialisées dans le domaine psychologique ou social, bien que des thérapeutes et des organismes pratiquent le Conseil (l'Association Française de Conseillers Conjugaux et le Centre de développement du Potentiel Humain par exemple).

Dans les années 85/90, des professionnels vont se tourner à nouveau vers le Conseil, dans le contexte bien particulier de l'épidémie de l'infection par le V.I.H., par l'intermédiaire des associations de défense des malades du SIDA (AIDES par exemple) et d'organismes d'intervention et de formation dans le champ de la Santé Publique et de l'Action Sociale (O.M.S., Médecins du Monde, Enfance et Formation). récemment, l'AFLS et la DGS ont proposé l'approche Conseil comme un outil de Santé Publique dans le cadre de la demande de test. Chaque personne pourra avoir accès à un Conseil pré et post-test visant à lui permettre, grâce à une information dialoguée et personnalisée, de prendre sa décision et de trouver par elle-même les moyens de prévention les plus adaptés à sa situation, à sa culture, à son style de vie.

Face à l'absence de traitements médicaux, face aux manques mais aussi à l'inadéquation des ressources en matière de prise en charge psychologique et sociale, face à la stigmatisation et à l'exclusion, les personnes concernées par l'infection par le V.I.H. et leur entourage vont être amenées à créer, pour eux-mêmes et leurs pairs, des groupes de paroles. Il s'agit de groupes de soutien mutuel non professionnels, animés à l'origine par des personnes concernées directement par l'infection par le V.I.H., dans le cadre d'associations de bénévoles ou de volontaires.

L'extension de l'épidémie et l'obligation pour les institutions d'assurer la prise en charge médicale, sociale et psychologique des personnes séropositives et malades ont conduit les professionnels à retrouver ou à inventer des outils et des protocoles d'aide et de soutien psychosocial individualisé pour répondre aux besoins d'accueil,

de soins, d'hébergement et d'accompagnement des personnes dont ils ont la charge. Les professionnels se trouvent dans une situation inattendue car non seulement ils ne disposent d'aucune réponse en termes de traitement médical ou de service institutionnel adéquat, mais ils sont en plus confrontés à des personnes connaissant mieux qu'eux leur maladie et surtout mettant en évidence les failles et les limites des logiques d'assistance. Dans ce contexte, le Conseil, fondé sur la capacité et la reconnaissance du droit des personnes à participer à la résolution des problèmes qui les concernent, va être reconnu progressivement comme un outil de prévention et de traitement de la demande sociale complémentaire à la prise en charge médicale des personnes.

On comprend bien alors pourquoi le Conseil tend à se développer de manière intensive dans le travail social, l'éducation et la prévention. Il s'agit d'inciter la personne à se responsabiliser dans une société produisant un nombre accru de situations de risques, de dangers et de menaces pour l'individu qui est amené à un âge de plus en plus précoce à composer avec des contraintes de plus en plus nombreuses.

Dans ce guide, l'approche Conseil présentée est fondée sur les postulats suivants:

- La personne est libre et responsable en partie de ses actes.
- Si la difficulté de vivre est parfois la conséquence d'événements douloureux, elle peut être aussi le résultat de l'impossibilité à prendre des décisions ou l'effet de la difficulté à agir sur le monde.
- Il existe des manières différentes d'être au monde. La diversité des styles de vie et des valeurs de vie est une richesse et non pas un obstacle.
- Tout au long de notre vie, nous pouvons prendre des décisions, agir, changer notre vie et donner un sens au monde.

3.2. Les objectifs du counseling

Malgré la diversité des courants théoriques et pratiques du Conseil, les auteurs s'accordent sur les cinq buts suivants comme caractérisant les objectifs du Conseil :

- **Promouvoir** le développement de la personne.
- **Favoriser** la prise de décisions

- **Aider** la personne à faire face à des situations nouvelles
- **Faciliter** le changement de comportement
- **Permettre** à une personne d'améliorer la qualité de ses relations avec les autres

3.3. Le counseling de prévention auprès des enfants et des adolescents en milieu scolaire

L'avancée des recherches et des découvertes sur l'univers psychologique des enfants et adolescents a conduit à promouvoir un Conseil spécifique auprès de ces publics prenant en compte :

- les caractéristiques spécifiques des problèmes des enfants et des adolescents
- les modifications au cours de leur développement
- les modalités selon lesquelles l'environnement affecte leurs problèmes.

En Europe et notamment en Grande-Bretagne, Suisse, Hollande, Belgique, le Conseil est considéré comme un service de base dans la plupart des programmes d'éducation. Tout cursus scolaire inclut des programmes de Conseil adaptés aux âges et aux niveaux de développement des enfants. Dans le secondaire, de nombreux programmes de Conseil traitent de la prévention des grossesses précoces, du tabac, de la toxicomanie. Les parents d'élèves peuvent également participer à des groupes de Conseil mis en place pour eux dans les établissements scolaires.

La démarche de Conseil est particulièrement adaptée aux adolescents parce qu'elle leur offre un cadre dans lequel ils peuvent découvrir, grâce à leurs pairs, que leurs problèmes ne sont pas uniques et, surtout, parce qu'ils peuvent trouver ensemble des solutions.

L'expérience d'un groupe de Conseil permet aux adolescents :

- **d'expérimenter** une autre réalité groupale que celle de la classe
- **de développer** leur propre compréhension d'eux-mêmes et d'autrui
- **de découvrir** grâce aux autres, d'autres attitudes et d'autres comportements
- **de réduire** leur isolement
- **d'envisager** avec d'autres et pour eux-mêmes différentes façons de traiter un problème, de prendre une décision.

3.4. Les attitudes dans le counseling

Comment créer une relation de counseling ?

Dans le cadre du counseling, la relation créée entre deux personnes ou avec un groupe est une relation spécifique qui a pour but de faciliter chez l'autre l'adoption ou la modification d'attitude ou de comportement visant à lui permettre de faire face ou de résoudre par lui-même certains problèmes qui le concernent. Cette relation requiert de la part du praticien du counseling l'adoption d'un certain nombre d'attitudes.

- **L'écoute**

L'écoute est au coeur du counseling et développe chez l'autre le sentiment d'être compris. L'écoute est la compétence de base indispensable à l'exercice d'autres capacités comme la capacité à reformuler les contenus d'un entretien, les sentiments et les émotions exprimés.

L'écoute en counseling diffère de celle que nous vivons quotidiennement. Il s'agit d'une forme d'engagement envers l'autre impliquant une sensibilité et une attention à autrui.

Questions :

- *Suis-je capable d'écouter ce que veut me dire une personne sans me sentir en danger ?*

- *Comment se fait-il que j'éprouve certaines difficultés à écouter des personnes qui développent chez moi des sentiments excessifs et troublent mon écoute ?*

- *Jusqu'où puis-je écouter quelqu'un en restant indépendant ?*

Réflexions :

- Il est souvent difficile d'écouter l'autre parce que j'ometts d'écouter ce qui se passe en moi.

- Mon écoute peut être parasitée par les messages contradictoires de ma communication.

- **L'acceptation**

L'acceptation est une attitude fondamentale dans le Conseil. Communiquer son acceptation implique que toutes les attitudes et les comportements verbaux et non verbaux de l'animateur indiquent à la personne que quelqu'un est en train d'essayer de la comprendre, de l'accepter dans sa totalité. L'acceptation est quelquefois plus importante que la compréhension.

Questions :

- *Suis-je capable dans une relation de Conseil d'accepter totalement la personnalité de l'autre ?*
- *Comment se fait-il que quelquefois j'accepte certains aspects d'une personne et désapprouve totalement ses autres aspects ?*
- *Comment puis-je communiquer mon acceptation des sentiments d'autrui ?*
- *Si je désapprouve une personne, que faire ?*

Réflexions :

Je peux me trouver menacé par certains aspects d'une personne ; il est important que j'accepte mes propres sentiments à l'égard de cette personne pour ensuite développer mon acceptation.

- **L'empathie**

L'empathie est une forme de compréhension définie comme la capacité de percevoir et de comprendre les sentiments d'une autre personne.

Par la compréhension empathique, le conseiller aide la personne à entrer en contact avec ses propres sentiments et à découvrir leur signification.

Questions :

- *Puis-je entrer dans le monde intérieur d'autrui et réussir à saisir ce qu'il ressent et ce qu'il perçoit ?*
- *Puis-je me sentir suffisamment proche d'autrui tout en me sentant différent et perdre tout désir de le juger et de l'évaluer ?*

Réflexions :

- Il peut m'être difficile de communiquer à quelqu'un la compréhension que je pense avoir de lui.
- Le minimum de compréhension formulée, même sous une forme incomplète, aide considérablement l'autre à avancer dans la compréhension de lui-même.

- **La congruence**

Ce terme signifie le contact que le Conseiller maintient avec ses propres sentiments.

Dans la mesure où le counseling ne se fonde pas sur la suspension de la part du conseiller, de ses sentiments, de sa personne, la congruence consiste pour ce dernier non seulement à utiliser ses sentiments, ses intuitions dans le counseling mais à savoir travailler avec. Puisque de toute façon les sentiments de l'animateur sont perceptibles par les participants, il est important, à partir du moment où une relation de confiance est instaurée, de faire part de ce qu'il a éprouvé et ressenti face à une situation. Cela favorise chez les participants une plus grande ouverture d'eux-mêmes à leurs propres sentiments et aux sentiments d'autrui. A ce titre, être congruent, c'est être authentique et donc permettre à l'autre de l'être également.

Questions :

- *Est-ce que je m'exprime de telle manière que je communique à l'autre l'image de ce que je suis ?*
- *Comment puis-je distinguer mes propres réactions de celles d'autrui ?*
- *Comment puis-je permettre à une autre personne de se rendre compte de ce que je suis et de m'accepter comme tel ?*

Réflexions :

- Si je peux me montrer tel que je suis et si je peux reconnaître et accepter mes propres sentiments, je peux alors favoriser chez autrui la croissance et le développement.
- Si je peux découvrir à l'autre certains aspects de ma personnalité qu'il a de toutes façons perçues, il peut alors mieux s'accepter lui-même.

- **L'absence de jugement**

Le jugement est un obstacle à la progression dans une relation d'aide. Il bloque les capacités de l'autre à se responsabiliser puisqu'il le maintient dans la dépendance à autrui. La relation de Conseil doit s'établir sans jugement de valeur.

Questions :

- *Puis-je réduire chez l'autre la crainte d'être jugé ?*
- *Jusqu'où puis-je exercer mon absence de jugement ?*
- *Pourquoi le jugement positif peut-il être aussi menaçant qu'un jugement négatif ?*

Réflexions :

- Il est difficile de libérer une personne de la crainte d'être jugée par les autres.
- Un jugement positif signifie que nous évaluons les capacités et la valeur de la personne ; elle en déduit que nous pourrions tout autant lui attribuer une valeur négative.

3.5. Les techniques dans le counseling

Dans la mesure où le counseling repose sur l'établissement d'un dialogue entre deux ou plusieurs personnes, on utilise quelques techniques visant à favoriser l'expression des sentiments et du monde intérieur des participants.

On renonce délibérément à des procédures de communication comme l'utilisation de questions fermées ou la recherche de causes extérieures pour se centrer sur l'ici et maintenant des situations et considérer plus leurs effets sur les personnes que leur explication formelle.

C'est la raison pour laquelle le praticien du counseling utilise des techniques telles que les questions ouvertes, la reformulation, la confrontation ou tout autre moyen visant à permettre à une personne de trouver pour et par elle-même les moyens de comprendre et de résoudre les problèmes qui la concernent.

- **Les questions ouvertes**

Ce sont les questions auxquelles on ne peut répondre ni par oui, ni par non.

Les questions ouvertes encouragent les participants à partager leurs intérêts. Cette technique ouvre la porte à une discussion des sentiments plus qu'à une discussion des faits.

Les questions ouvertes responsabilisent d'emblée les participants et leur permettent d'explorer leurs attitudes, leurs sentiments, leurs valeurs et leurs comportements sans être influencés par le système de références de l'intervenant.

- Elles facilitent l'ouverture d'une séquence de Conseil :

Exemples :

De quoi aimeriez-vous parler aujourd'hui ?

Est-ce que quelqu'un peut nous parler de ce qui s'est passé pour lui depuis la dernière fois ?

- Elles facilitent l'élaboration personnelle à partir d'un événement

Exemples :

Est-ce que vous pouvez m'en dire plus ?

Comment vous sentiez-vous en attendant la visite de votre ami ?

- Elles facilitent la description précise d'attitudes ou de comportements nécessaire à la compréhension mutuelle :

Exemple :

Qu'est ce que vous faites habituellement lorsque votre partenaire ne partage pas votre opinion sur d'autres sujets ?

- Elles aident la personne à se centrer sur ses sentiments :

Exemples :

Qu'est ce que vous ressentez là maintenant en nous parlant de cela ?

Comment avez-vous vécu ce refus ?

Les questions ouvertes peuvent être posées à une personne en particulier dans le groupe ou au groupe tout entier.

Note : En counseling, les questions sont utilisées seulement pour faciliter la compréhension et la progression de la personne ou du groupe. En aucun cas, elles ne doivent être utilisées dans un but d'inquisition : cela produit des blocages immédiats et empêche le processus d'évolution des personnes du groupe.

- **La reformulation des contenus**

La capacité à reformuler ce que l'autre vient d'exprimer constitue le premier stade d'apprentissage de l'écoute.

La reformulation a trois objectifs :

- Permettre à l'intervenant de vérifier son niveau de perception afin d'être sûr qu'il comprend bien ce qu'un participant est en train de lui décrire.
- Faire comprendre à la personne que vous écoutez ce qu'elle dit.
- Cristalliser les observations et les commentaires de la personne en reprenant ce qu'elle a dit d'une manière plus concise.

- **Le reflet des sentiments**

Cela consiste à essayer de formuler les sentiments qu'une personne éprouve ou tente de manifester, pour l'aider à mieux se comprendre elle-même. Cela nécessite que l'animateur se concentre non seulement sur ce que la personne dit, mais aussi sur la manière dont elle le dit.

Le reflet des sentiments est un moyen et non une fin en soi. Ce travail de formulation est très important avec les adolescents ; il les aide à découvrir et à avoir confiance dans ce qu'ils ressentent et éprouvent.

- **La confrontation**

Elle consiste à faire découvrir à une personne son degré d'implication ou de contradiction dans une situation, dans un but d'aide et de clarification. Elle exige de la part de l'animateur une grande confiance en sa capacité d'aider et dans la capacité d'évolution de la personne ou du groupe.

La confrontation est un puissant levier d'évolution des participants et du groupe.

Exemple :

"Vous nous dites que vous vous sentez libre de prendre cette décision mais tout à l'heure vous disiez qu'avec elle vous ne vous êtes jamais senti tout à fait à l'aise. Est-ce qu'on ne pourrait pas revenir sur le malaise que vous évoquiez tout à l'heure et envisager les moyens que vous avez de prendre cette décision ?"

- **Le silence**

- **Le respect du silence par l'animateur**

Les temps brefs de silence sont souvent des moments où les participants intériorisent les faits et les événements psychologiques du groupe et commencent à entrevoir les bénéfices qu'ils vont pouvoir retirer du groupe dans leur vie personnelle.

Les participants ont besoin de temps de silence pour réfléchir sans se sentir obligés d'exprimer tout ce qu'ils pensent et ressentent.

- **Le silence obstacle à l'initiative du groupe**

Le silence peut signifier l'anxiété ou la gêne du groupe. Il peut révéler une résistance au processus du groupe. La difficulté consiste alors pour l'animateur à prendre la décision de rompre le silence en choisissant les modalités adéquates. Dans ce type de situation, il ne peut que se fier à ses propres intuitions et s'appuyer sur l'observation des attitudes non verbales du groupe.

L'animateur peut intervenir dans un moment de silence d'une manière attentive ou empathique.

Exemples :

"Vous avez l'air très pensifs, et ce que vous accepteriez de partager ce qui se passe avec moi ?"

"Vous ne dites rien, je suis en train de me demander s'il n'y a pas un problème entre nous. Accepteriez-vous qu'on en parle ?"

En cas de forte résistance et d'inhibition du groupe, l'animateur se demande s'il n'a pas induit cette réaction, par exemple en perdant confiance dans les capacités des participants de son groupe. Si le silence persiste, il peut alors procéder à un tour de table individuel et personnalisé.

3.6. Principes éthiques liés à la pratique du counseling

- **Préambule**

Les praticiens du counseling respectent la dignité et l'intégrité des personnes et veillent à la protection de leurs droits fondamentaux.

L'utilisation des connaissances des conduites humaines doit servir à la promotion du bien-être individuel et à nulle autre chose.

- **Obligations morales**

Le praticien du Conseil est conscient que ses valeurs personnelles peuvent affecter les attitudes des autres. En outre, il est difficile de développer l'approche counseling dans une institution ayant par ailleurs des conduites de discrimination à l'égard de ses publics.

Toute action tendant à violer ou à réduire les droits légitimes des personnes est contraire au Conseil.

- **Confidentialité**

Les praticiens du counseling ont de respecter la confidentialité de toute information obtenue au cours des séquences du counseling

Dans la pratique du counseling mineurs, ils doivent apporter un soin particulier à travailler dans le respect de "l'intérêt de l'enfant".

- **Respect de la participation**

Le praticien du counseling requiert toujours l'adhésion des participants lorsqu'il s'agit de participer à un jeu de rôle ou à toute autre activité d'investigation psychologique exposant une personne à des dangers plus graves que n'encourt sa non participation.

- **La relation de counseling**

Le praticien du counseling doit pouvoir assurer la protection des individus des traumatismes physiques ou psychologiques résultant des interactions entre les personnes à l'intérieur d'un groupe.

- **L'évaluation**

Les praticiens du counseling doivent privilégier l'évolution, en termes de besoins, des personnes avec lesquelles ils travaillent et protéger toutes

les informations recueillies au cours de leur pratique de toute utilisation à visée de contrôle social.

Ils ne peuvent pas utiliser de grilles d'évaluation standardisées, celles-ci ayant été généralement conçues pour des groupes à tâches, ne sont pas adaptées.

3.7. L'animation d'un groupe de counseling auprès d'adolescents

Pour s'aider lui-même, l'animateur peut se poser les questions suivantes

- Quelle était mon adolescence ?
- Qu'est ce qui est important pour moi ?
- Ai-je confiance en moi ?
- Ai-je envie de progresser dans mon propre développement ?
- Est-ce que je considère les adolescents comme compétents ?
- Est-ce que je suis prêt à laisser un jeune aller jusqu'au bout de son projet même s'il fait des choix différents des miens ?
- Suis-je capable de sentir ce que les jeunes me disent ?
- Est-ce que j'ai envie d'apprendre encore des choses sur la conduite et le comportement humains ?

3.8. Les étapes psychologiques de la vie d'un groupe de counseling

• Construction du groupe

Les participants peuvent ressentir une certaine anxiété, ne pas se sentir en sécurité ou être déstabilisés par la simple existence du groupe.

• Résistance à l'expression personnelle

Les participants ont des difficultés à s'exprimer à titre personnel.

- **Difficultés à être dans « l'ici et maintenant »**

Les participants multiplient les anecdotes et évoquent des événements récents mais passés. Il leur est difficile de partager et d'affronter les sentiments éprouvés au moment où ils les éprouvent.

- **Expression de sentiments négatifs**

Cette phase cruciale pour l'animateur, car souvent il est l'objet de vives critiques, est souvent le signal de l'entrée dans "l'ici et maintenant". On existe, on vérifie si on est accepté en s'opposant.

- **Expression et exploration d'éléments personnels**

Les participants réassurés commencent à croire que l'information personnelle peut être partagée dans une atmosphère d'acceptation.

- **Expression spontanée de sentiments interpersonnels positifs et négatifs**

Les participants expriment spontanément leurs sentiments mutuels. Ils sont capables de dire ce qu'ils ont éprouvé dans un jeu de rôle à leur partenaire de jeu.

- **Développement des conduites d'aide et multiplication des échanges de proximité**

Les participants passent de moins en moins par l'animateur pour communiquer directement leurs sentiments positifs et négatifs. Ils aident quelqu'un de timide à s'exprimer mais interviennent aussi auprès de quelqu'un de trop prolixe.

- **Modification des comportements dans le groupe**

On observe de la part des participants plus de spontanéité et de créativité. Les participants investissent le groupe comme un espace de paroles, d'apprentissage, de découvertes et d'échanges positifs pour eux-mêmes. Ils ont envie que le groupe dure longtemps et ils peuvent utiliser les acquis du groupe de counseling dans la classe, dans l'établissement scolaire, dans leur famille, dans leur vie personnelle.

Comme on le voit, l'évolution d'un groupe de counseling passe par des phases différentes. Il est important que l'animateur puisse repérer les étapes psychologiques de la vie de son groupe pour favoriser sa croissance et son développement. Il va de soi que certains thèmes ne pourront pas être abordés avant l'évolution du groupes vers certaines phases.

3.9. Les sept situations de base où l'animateur doit intervenir dans un groupe de counseling

- Lorsqu'un participant parle toujours de manière générale : "on, nous, ils"

Motif :

Il n'ose pas dire Je, il désire l'assentiment des autres.

Effet :

Le syndrome du "on" dans un groupe empêche l'expression des sentiments et des pensées personnelles.

Interventions possibles :

- *Vous employez souvent "nous", "on", est-ce que vous parlez pour vous-même ou pour tout le monde ?*
- *Qu'est-ce que chacun de vous pense de cette affirmation ?*

- Un participant parle pour un autre dans le groupe

Motif :

Il a été habitué à ce que quelqu'un d'autre parle toujours pour lui.

Effet :

C'est un obstacle au processus d'individualisation dans un groupe.

Interventions possibles :

- *Est-ce que A a exprimé votre sentiment plus clairement que vous pouvez le faire ?*
- *Qu'est-ce que cela vous fait que quelqu'un expose vos sentiments ?*
- *Est-ce que vous pensez que cela peut être bon pour B que vous vous exprimiez à sa place ?*

- Un participant se fixe sur des personnes et des événements extérieurs au groupe et leur attribue ses difficultés

Motif :

Cela peut servir aux participants à se renforcer mutuellement.

Effet :

Cela a pour effet de dé-responsabiliser complètement les participants.

Interventions possibles :

- *Est-ce que vous plaindre des autres signifie que vous seriez plus heureux s'ils changeaient ?*
- *Est-ce que cela n'est pas plus important de voir ce que vous pourriez faire pour améliorer la situation ?*

- Un participant cherche toujours l'approbation verbale ou non-verbale de l'animateur ou d'un membre du groupe avant et après ses interventions.

Motifs :

Le participant est intimidé par les figures d'autorité et par ses pairs. Il n'a pas assez confiance en lui et cherche à être accepté d'abord par les autres.

Effet :

Cela a pour effet de susciter des sentiments d'exclusion ou d'agacement chez les autres membres du groupe.

Interventions possibles :

L'animateur peut essayer de regarder un autre membre du groupe pour amener le participant à modifier la direction de son message.

« Vous me regardez toujours quand vous prenez la parole comme si vous me demandiez la permission de vous exprimer ! »

- Un participant dit "Je ne veux pas le blesser, aussi je ne dirai pas ce que j'ai à dire!"

Motif :

Cela arrive lorsqu'un participant pense que l'autre est trop fragile ou lorsqu'il tient à conserver l'estime et l'affection des autres participants.

Effet :

Cela crée une tension dans le groupe et les participants ne se sentent plus en sécurité.

Intervention possible :

Inviter le participant à voir directement avec la personne concernée si de telles craintes sont fondées (fragilité de la personne).

- Un participant attribue régulièrement ses difficultés et ses malheurs à quelqu'un d'autre.

Motif : Il se sent démuni par rapport à un certain nombre de situations. Il a besoin d'aide.

Effets : Cela crée un climat psychologique favorisant la victimisation et suscite des sentiments ambivalents de la part des autres à son égard.

Interventions possibles :

- *Qui peut prendre soin de vous ?*
- *Comment vous sentez-vous ?*
- *Est-ce que vous attendez quelque chose de nous ?*

- Un participant dit "J'ai toujours été comme cela"

Motif :

Cette déclaration indique un manque de motivation pour le changement ou une non-confiance en ses capacités à changer le cours des choses.

Effets :

Cela renforce les résistances des autres au changement et peut constituer un obstacle au processus d'évolution du groupe.

Intervention possible :

Avez-vous l'impression que pour chacun, il y a certains aspects de sa vie sur lesquels il n'a aucun contrôle ?

3.10. Programme d'une démarche conseil (counseling) de prévention

- **Recrutement et fonctionnement**

La Phase de recrutement d'un groupe de counseling

Voici ce que les animateurs du groupe de Conseil peuvent communiquer pour faire part de leur projet :

"Dans le cadre de l'établissement... un groupe de Conseil va être ouvert à partir du ...

C'est un groupe de paroles, dans lequel, nous le souhaitons, vous pourrez vous sentir assez libre pour exprimer ce que vous pensez et ce que vous ressentez sans censure. Vous pourrez trouver grâce à l'aide des autres des solutions ou des réponses à certains problèmes concernant la prévention de l'infection par le V.I.H.

Nous espérons qu'au fur et à mesure des rencontres, lorsque vous désirerez quelque chose, vous demanderez au groupe de vous aider à l'obtenir".

Règles de composition d'un groupe de counseling

La personne qui décide du recrutement d'un groupe pourra appliquer la règle suivante :

S'assurer de préférence que chaque participant a des affinités avec une autre personne.

Cette pratique prévient les mécanismes de rejet, d'isolement ou la construction de boucs-émissaires dans un groupe.

Il est important d'informer clairement les jeunes sur les objectifs du counseling afin qu'ils puissent choisir d'y assister ou non. Les participants d'un groupe qui sont dans un tel groupe contre leur volonté, ou en ne sachant pas très bien pourquoi ils sont là, risquent de vivre une expérience néfaste pour eux et pour le groupe. Les groupes ne doivent pas excéder 14 personnes et il est préférable de constituer des groupes hétérogènes au niveau des classes, des sexes, des cultures...

Horaires et fréquences des séances

Un groupe de Conseil de prévention doit comporter un minimum de 7 à 8 séances bi-mensuelles d'environ deux heures.

On peut concevoir aussi l'organisation d'un week-end de Conseil en résidentiel ou d'une session sur deux journées. Si l'équipe pédagogique ou les intervenants en milieu scolaire choisissent cette formule, il est souhaitable de se faire assister par des animateurs ou des formateurs professionnels car la vie psychologique d'un groupe sur un période intensive requiert des méthodes d'animation spécifiques.

Comment ouvrir un groupe de counseling dans un établissement scolaire ?

Il est important de faire une information préalable sur la définition et les finalités du Conseil avant l'ouverture d'un groupe. auprès des membres de l'équipe éducative des élèves, notamment par le biais du Conseil des Délégués.

L'animateur du groupe, qu'il appartienne ou non à l'établissement, doit informer des élèves relais comme par exemple les Délégués de classe de sa proposition d'un groupe de counseling. Il peut déjà établir avec eux un lien privilégié et les inviter à participer au recrutement et à l'organisation du groupe.

- **Le suivi du groupe de counseling et « l'effet rebond »**

A la suite des 7 à 8 séances de counseling, il est souhaitable d'envisager une séance supplémentaire pour travailler sur « l'effet rebond ».

Définition

La découverte de l'effet **relapse**, que nous traduisons par "**effet rebond**", est issu des travaux d'Alan Marlatt (université de Washington, 1980) à propos de la dépendance à l'alcool. Ses découvertes ont ensuite été appliquées par d'autres chercheurs aux régimes alimentaires et au maintien des comportements acquis.

Ses recherches sur l'effet rebond ont montré que la première défaillance dans un traitement déterminait la probabilité des écarts ultérieurs. Par exemple dans les régimes alimentaires, la manière dont la personne traite le premier échec présage de la poursuite du traitement.

Comme les compétences développées dans le counseling sont souvent des compétences nouvelles, on doit donc s'attendre à un « effet rebond » important.

Il est donc important d'inclure dans les programmes de counseling, un travail sur l'effet rebond pour s'assurer du maintien des attitudes et des comportements modifiés ou initiés au cours du processus du counseling.

Souvent, les réalités de l'environnement rendent l'adoption ou le maintien d'un comportement difficile ou presque impossible.

Aussi nous proposons de consacrer la première séquence du suivi à préparer les participants à faire face à leur environnement post counseling.

Le travail sur « l'effet rebond » consiste à aider les participants à construire pour eux mêmes un plan stratégique pour pouvoir faire face aux situations les exposant à des risques ou à des échecs de leurs intentions.

Les stratégies communément adoptées dans la prévention de l'effet rebond sont de plusieurs ordres

L'anticipation des situations difficiles

On peut souvent prévoir les circonstances favorables à l'échec de nos intentions. Il s'agit d'identifier les situations risquant de compromettre l'exercice des compétences nouvellement acquises et de s'en servir comme des signaux d'alarme.

L'attention à soi

Souvent certains sentiments ou certaines émotions nous font perdre le contrôle de nous-même et nous rendent momentanément incompetents, impuissants et incapables de faire face à une situation. On observe moins d'effets rebond chez les personnes qui prévoient et s'attendent à ces moments où prédomine l'irrationnel.

Evaluation des compétences complémentaires

Quand nous désirons observer un comportement, nos compétences peuvent être mises en échec dans des situations nouvelles ou imprévues. Cela exige de nous l'exercice d'autres compétences que celles liées à l'observance stricte d'un comportement acquis.

Il faut par exemple organiser son temps, être plus affirmatif et savoir dire non, sans blesser une autre personne.

Prévision des nouveaux besoins à satisfaire à l'issue du changement

L'observance d'un nouveau comportement peut engendrer de nouveaux besoins qui, s'ils ne sont pas pris en compte ou satisfaits, mettent en échec en retour la personne et l'amènent à abandonner le comportement qu'elle souhaitait adopter.

SEANCE 1

Objectifs :

- Créer un climat favorable au counseling.
- Etablir une relation de confiance entre l'adulte et le groupe de jeunes.
- Faciliter les échanges à l'intérieur du groupe.
- Susciter l'expression de la demande "latente" du groupe.

Durée :

Environ 2h00.

Préparation de la séance :

- Avant l'arrivée du groupe, aménager la salle de manière à accueillir les participants dans un espace facilitant la communication et permettant un travail en petits et grand groupe.
- Pour sortir du cadre institutionnel, demander aux participants d'apporter un coussin pour les séances de counseling.
- Prévoir des coussins supplémentaires afin de les proposer aux participants qui n'en auront pas.

Déroulement de la séance :

• Accueil du groupe par l'animateur :

Les premiers instants de rencontre entre un animateur et son groupe sont essentiels. Il est important que l'accueil soit chaleureux, le plus personnalisé possible et que l'animateur établisse d'emblée une communication de proximité en prenant soin d'éviter que s'établisse un rapport hiérarchique entre les participants et lui-même.

• Présentation de soi

L'animateur se présente sur un mode personnel. Il peut faire part de la signification de quelques expériences importantes de sa vie ou de ses options professionnelles. Il peut aussi exprimer ce qu'il ressent dans "l'ici et maintenant" par rapport à la situation.

• Centrage de l'animateur sur le groupe

L'animateur peut utiliser le coussin comme "brise-glace" et demander d'emblée au groupe : *D'après vous, pourquoi vous ai-je demandé d'apporter un coussin?*

Il peut aussi simuler une situation par téléphone et mettre en scène tous les positionnements possibles d'un animateur par rapport à un groupe (méthode OK+ OK).

Exemples :

"Allo, tu sais le groupe dont je t'ai parlé, et bien cela se passe comme tu l'avais dit, ils se moquent de moi (Animateur OK - groupe OK -)"

"Allo, tu sais le groupe dont je t'ai parlé, et bien cela se passe très bien, le coussin fait déjà partie de notre histoire (Animateur OK + Groupe OK +)"

Ou s'il s'est mis d'accord avec le délégué des élèves : "on m'avait dit que personne n'apporterait de coussin, mais c'est faux..."

- Il recueille les avis, les critiques éventuelles, les suggestions et sollicite l'intervention du plus grand nombre. Il ne répond pas sur le fond mais fait une première synthèse des données recueillies.

- Ensuite il fait part des raisons qui l'ont conduit à faire une demande au groupe en mettant en évidence :

- * les formalités institutionnelles et les autorisations préalables fournies pour modifier l'espace habituel de la classe.

- * l'intérêt d'être assis en rond pour communiquer.

- Il fait observer que certains d'entre eux ont amené d'emblée un coussin, d'autres pas et que les types de réactions observées sont tout à fait valables. Il fait noter au groupe la diversité des réactions et des motivations à réaliser quelque chose que quelqu'un d'autre demande.

• L'expression, la demande et la connaissance du groupe

L'animateur propose aux participants de constituer des sous-groupes de 4 et de désigner un rapporteur par groupe.

Il les invite à discuter pendant 15 minutes des problèmes qui les intéressent concernant l'infection par le V.I.H. et sa prévention.

Il circule à l'intérieur des sous-groupes et facilite par des relances les échanges sur le problème.

- **Restitution des informations :**

En grand groupe, chaque rapporteur présente les thèmes retenus dans son groupe.

L'animateur s'enquiert auprès des rapporteurs de l'avis personnel de chaque membre du sous-groupe de travail. Il leur demande de présenter chaque membre du groupe de travail et reste centré sur l'analyse des échanges.

A la fin, il propose une synthèse en mettant en évidence les questions traitées et la dynamique des échanges à l'intérieur des petits groupes. En fonction du temps dont il dispose, il demande au grand groupe d'élucider certains points et essaie de découvrir la demande latente.

- **Séance plénière :**

Il réunit tout le groupe autour de lui et sollicite chaque participant de manière personnelle à travers les 3 questions suivantes :

- Qu'est-ce qui s'est passé pour toi au cours de cette séance?
- Qu'est-ce que tu as découvert ?
- Selon toi, à quoi cela va te servir ?

L'animateur n'intervient pas, il facilite l'expression individuelle en groupe et ne répond à aucune question.

- **Clôture du groupe :**

L'animateur fait part de sa situation telle qu'il la vit dans le groupe et éventuellement partage ses sentiments avec le groupe. Il clôture la séance en demandant au groupe : *"La prochaine fois, accepterons-nous des nouveaux ? Si certains veulent participer à des séances de Conseil comme celle-ci, vers qui allons-nous les orienter ?"* Cela a pour effet de marquer et de protéger l'espace du groupe et d'augmenter les motivations à la présence régulière.

Il indique enfin la date et l'heure de la prochaine séance en précisant sur quel thème ensemble ils réfléchiront (exploration de situations difficiles liées à la prévention de l'infection par le VIH).

En vue de la séance 2, l'animateur aura choisi au préalable un support (bande dessinée, brochure, etc.) mettant en scène les difficultés qu'un adolescent ou une adolescente peut rencontrer dans la communication avec un adulte sur des problèmes liés à la prévention de l'infection VIH (sexualité, toxicomanie, etc.). Il les invite à prendre connaissance de ce support avant la prochaine séance.

Notes :

L'animateur s'engage sur le cadre et le fonctionnement du groupe et non sur les contenus.

SEANCE 2

Objectifs :

- Présenter au groupe une ou des situations difficiles liées à l'infection par le V.I.H. et les inciter à envisager des solutions à des problèmes rencontrés par un pair.
- Explorer des attitudes (aide, écoute, compréhension) et susciter une réflexion sur la communication adultes-jeunes à partir des besoins et des difficultés exprimés par les jeunes.

Durée :

Environ 2h00.

Préparation de la séance :

- Sélectionner quelques planches dans la bande dessinée ou la brochure (présenté à la fin de la séance 1) dont le propos permet aux participants du groupe de saisir l'enjeu des difficultés qu'un adolescent ou une adolescente peut rencontrer dans la communication avec un adulte sur des problèmes liés à la prévention de l'infection VIH (sexualité, toxicomanie, etc.).

Déroulement de la séance :

• Phase 1 :

- L'animateur distribue la planche sélectionnée et invite les participants à se répartir en deux sous-groupes pour répondre à deux questions :

*Que pensez-vous qu'elle ressent ? (registre des attitudes)

*Comment l'aideriez-vous? (registre des solutions proposées)

- En grand groupe, le premier sous-groupe expose ses réactions et ses solutions. Le deuxième écoute et discute les solutions proposées par leurs camarades pour ensuite exposer ses réactions et ses solutions qui sont

également discutées (Règle à introduire : On discute des solutions et pas des attitudes).

- L'animateur fait une synthèse des solutions et sensibilise le groupe aux attitudes d'écoute et d'aide. Il reprend et fait émerger des thèmes-clefs illustrés par les planches choisies comme l'aide, l'écoute, le silence, les difficultés de communication entre les adultes et les jeunes.

• Phase 2 :

- Il demande aux participants de se répartir en sous-groupe de 4 pour dresser la liste suivante:

*Quel est l'adulte avec lequel vous pouvez aborder un sujet délicat qui vous concerne ?

*Quel est l'adulte auquel vous pouvez vous adresser pour lui parler d'un autre adulte qui vous semble s'être comporté de manière inadaptée à votre égard ?

*Quel est l'adulte auquel vous ne pouvez pas vous adresser en cas de graves difficultés?

- En grand groupe, les jeunes dressent sur un tableau les personnes-ressources adultes dans leur entourage en distinguant 4 thèmes :

* Ecoute

* Confiance, confidentialité

* Acceptation

* Aide

- L'animateur s'informe sur :

*Les réactions des participants face à la liste générale

*Quelle était la liste la plus facile à établir ?

*Quelle était la liste la plus difficile à établir ?

Il fait remarquer le statut des personnes citées le plus souvent comme des relais. Il sensibilise le groupe à la réciprocité des relations d'écoute, d'acceptation, de confiance et d'aide, c'est-à-dire sur l'importance que certains adultes ont pour eux mais aussi sur l'importance qu'eux, en tant que jeunes, ont pour ces adultes.

- **Phase 3 :**

- En séance plénière, l'animateur s'enquiert des réactions des participants au cours de la séance et de ce que cette séquence leur a apporté de plus. Il conclut sur la position du Conseil face à la prévention et mentionne qu'il existe des organismes publics qui peuvent apporter tous les éléments d'information dont on peut avoir besoin pour trouver la solution à certains problèmes ou donner cette solution à un ami (Ex: Disposition de la Loi CALMAT, Sida Info Service., etc.).

- **Clôture :**

L'animateur demande au groupe s'il serait d'accord pour approfondir lors de la prochaine séance l'aide et l'écoute qu'ils peuvent s'apporter les uns aux autres.

Notes :

Cette séance peut aussi servir à faire émerger les questions sur les modes de transmission de l'infection par le V.I.H. et leur prévention.

SEANCE 3

Objectifs :

- Permettre aux participants de prendre conscience de leurs capacités d'aide à l'égard de leurs pairs.
- Explorer l'écoute et la relation d'aide en groupe en facilitant l'expression à la première personne.

Durée :

Environ 2h00.

Déroulement de la séance :

- Répartir les participants par sous-groupes de 2 et leur demander de relater les deux situations suivantes :

1 - Une situation où ils ont eu besoin de demander de l'aide à l'un de leurs pairs et où ils se sont sentis aidés

2 - Une situation où eux-mêmes ont apporté une aide à l'un de leurs pairs et où ils se sont sentis efficaces et positifs

A relate à B qui l'écoute et facilite son expression et vice versa (2 x 10 minutes).

- En grand groupe, l'animateur invite les participants à faire part de ce qu'ils ont découvert au cours de cet échange ? Il leur demande s'ils se sentent plus à l'aise dans la situation d'aider ou d'être aidés, en prenant soin de faciliter l'expression de chaque participant à la première personne.

- Ensuite, il les invite à s'exprimer librement en groupe et à évoquer ce dont ils ont envie de parler. Il leur signale que son rôle et ses interventions consistent à favoriser les échanges dans le groupe et qu'il n'interviendra pas sur le fond.

Note :

Eventuellement, il recrute un participant ou une participante pour l'assister dans sa tâche et avec lequel il s'entretient régulièrement à voix haute devant le groupe.

Exemple :

Quelles idées as-tu pour faciliter l'expression de Marion ?

SEANCE 4

Objectifs :

- Explorer les moyens de résoudre un problème lié à la prévention de l'infection par le V.I.H.
- Sensibiliser les participants à la cohérence psychologique des attitudes et des comportements face à une difficulté.

Durée :

Environ 2h00.

Déroulement de la séance :

- L'animateur invite les participants à se répartir en deux sous-groupes afin de construire une histoire sur le thème de la prévention de l'infection par le V.I.H.

La consigne est la suivante :

Construire un scénario avec un début et une fin mettant en scène deux personnages, impliqués dans une relation, qui sont aux prises avec des problèmes liés à la prévention de l'infection par le V.I.H.

Les modalités de restitution :

Les participants ont le choix entre le récit, la mise en scène, le jeu de rôles ou tout autre moyen d'expression pour exposer le scénario qu'ils ont construit.

- Le premier groupe expose son scénario et l'animateur demande au deuxième groupe de discuter les moyens de résoudre le problème (et vice-versa)

Exemple :

**Y-avait-il un autre moyen de résoudre le problème ?*

**Lequel ?*

**Est-ce que cela aurait pu se passer différemment ?*

- Les deux groupes discutent non pas le scénario mais les moyens de résoudre les problèmes.

- L'animateur sensibilise les participants à la compréhension interne et à la cohérence de la personnalité des personnages et met en évidence les contre-indications liées aux solutions.

Exemple :

Dans la mesure où Rémi est timide, est-ce que la solution que tu proposes est réellement envisageable ?

SEANCE 5

Objectifs :

- Explorer avec les participants les moyens de résoudre certaines situations problématiques liées à la prévention.
- Inviter les participants à explorer le changement de comportement.

Durée :

Environ 2h00.

Déroulement de la séance :

Par deux, les participants évoquent certaines situations nécessitant pour eux la réalisation d'un changement d'attitude ou de comportement lié à l'infection par le V.I.H.

Alternativement chacun doit définir la situation envisagée de la manière la plus personnelle possible en suivant les étapes suivantes :

1. Définir le changement ou l'objectif à réaliser
2. Définir les avantages et les inconvénients à réaliser ce changement
3. Décrire avec précision les soutiens parmi les adultes et/ou les pairs dont chacun peut disposer pour réussir le changement
4. Trouver plusieurs moyens d'atteindre son objectif
5. Faire des essais (avant la prochaine séance)

- L'animateur propose aux participants de s'apporter une entraide mutuelle et de fonctionner comme des conseillers les uns pour les autres. Il évoque l'intérêt à tenter d'agir sur la réalité et assure une fonction de Conseil auprès de chaque sous-groupe en aidant les participants à trouver les moyens de réaliser une action.

A l'issue de la séance, l'animateur propose aux participants d'essayer de réaliser leurs objectifs et de faire des essais avant la prochaine et dernière séance.

Note :

Il est important que l'animateur présente le moyen comme un essai pour réduire le sentiment d'échec et favoriser d'autres tentatives s'il se révèle inefficace ou non adéquat à la situation.

SEANCE 6

Objectifs :

- Faire le point sur les actions entreprises par les participants et assurer une fonction de Conseil auprès des participants.
- Aider les participants à exercer une fonction de Conseil auprès de leurs pairs.

Durée :

Environ 2h00.

Déroulement de la séance :

• Phase 1 :

- L'animateur note au tableau (ou distribue une fiche à chacun) les étapes de la réalisation des actions selon le plan suivant :

1. Rappeler le changement et l'action à réaliser
2. Préciser les moyens envisagés et l'essai réalisé
3. Faire le point sur ce qui s'est bien passé
4. Faire part des difficultés ou des obstacles rencontrés
5. Evoquer les sentiments éprouvés à chaque phase de cet essai
6. Décrire éventuellement le nouveau projet (autre essai, modification de l'objectif, ...).

- L'animateur invite chaque participant à exposer pendant 5 minutes au moins son action. Si des participants n'ont réalisé aucun essai, il les invite à présenter leur projet et à faire part des éléments qui les ont conduit à l'absence de réalisation. Il analyse l'absence de réalisation comme une action et la traite concrètement comme une action en suivant le plan défini. Il ne critique jamais. Il interroge, positive, dynamise et reprend tout en termes d'effets et n'intervient pas sur les motivations ou les relations de causalité.

• Phase 2 :

- Les participants se répartissent par groupe de 4 et expérimentent ensemble la fonction de Conseil auprès de leurs pairs.

La consigne est la suivante :

L'un de vous expose une situation difficile liée à la prévention de l'infection par le V.I.H.; Vous l'aidez à définir un objectif à atteindre et à trouver par lui-même les moyens de résoudre le problème qui le concerne.

- En séance plénière, l'animateur demande aux participants :

*Qu'éprouve-t-on lorsqu'on exerce une fonction de Conseil ?

*Qu'éprouve-t-on lorsqu'on bénéficie d'une séance de Conseil ?

*A quoi tout cela va nous servir ?

SEANCE 7

Objectifs :

- Evaluer le Conseil et faire la liste toutes les ressources dont les participants disposent en matière de Conseil de Prévention.

Durée :

Environ 2h00.

Préparation de la séance :

L'animateur doit avoir préparé du matériel, des ressources à l'usage des participants (liste de tous les organismes ressources pour les jeunes en matière de prévention au niveau local et national).

Déroulement de la séance :

• Phase 1 :

- L'animateur demande à chaque participant ce qui s'est passé pour lui au cours de ce cycle de Conseil. Le groupe n'intervient pas sur le contenu. Le climat d'écoute acquis au fil des séances permet une expression personnelle importante de la part des participants.

L'animateur, pour faciliter les expressions, utilise des questions-relance portant sur les différents niveaux du Conseil :

Exemples :

- Qu'as-tu appris (cognitif) ?*
- Qu'as-tu ressenti pendant toutes ces séances (sentiments) ?*
- Qu'est-ce qui était difficile (auto-évaluation) ?*
- Qu'est-ce qui était facile (auto-évaluation) ?*
- Que penses-tu que cela change dans ta vie (développement et décision) ?*

• Phase 2 :

- L'animateur invite ensuite le groupe à lui poser toutes les questions qu'ils ont envie de lui poser.

• Phase 3 :

- L'animateur fait part au groupe des observations et du processus d'évolution du groupe. Il retrace les moments forts du groupe (crise, errance, déstabilisation, critique, réassurance, avancées, etc.).

Il propose une séance de rencontre un mois à trois mois plus tard si les conditions matérielles le permettent.

• Phase 4 :

- L'animateur laisse au groupe un ensemble de documents sur les ressources en matière de prévention à l'attention des jeunes. Il laisse des indications précises sur l'institution ou l'organisme où les participants peuvent le joindre afin d'assurer une réponse à leurs besoins en matière d'information, d'orientation et de soutien si nécessaire.

Note :

Prévoir une séance post-Conseil 2 mois plus tard.

SEANCE POST-CONSEIL

Objectifs :

- S'assurer du maintien des attitudes et des comportements modifiés ou acquis au cours des séances précédentes.
- Faire le point sur les décisions prises en terme de prévention.
- Explorer à quelle étape de prévention chaque participant se trouve (intention de prévention, décision de prévention, action mise en place : initialisation ou changement de comportement, effet rebond).
- Aider les participants à construire pour eux-mêmes un plan stratégique pour pouvoir faire face aux situations qu'ils rencontrent.

Durée :

Environ 2h00.

Préparation de la séance :

L'animateur prépare une photocopie de la grille d'auto-évaluation à l'intention de chaque participant.

Déroulement de la séance :

- L'animateur distribue une photocopie à chaque participant et laisse un temps de réflexion pour que chacun puisse la remplir. Ce document reste personnel et est laissé à chaque participant.
- L'animateur fait un tour de table pour évoquer les situations qui se sont présentées et les problèmes que les participants ont rencontrés.

- Pour les problèmes résolus sans difficultés l'animateur invite le groupe à analyser les stratégies mises en place.
- Pour ceux restés insolubles ou résolus de façon peu satisfaisante pour la ou les personnes concernées, l'animateur invite le groupe à imaginer et à proposer des stratégies. On peut éventuellement les jouer pour les explorer plus finement et les rendre plus familières.

Note :

Cette séance est importante. Elle permet d'explorer et d'évaluer les acquis du programme tout en mettant l'accent sur l'écart existant entre la décision du changement, sa mise en place concrète et son maintien. Le message aux jeunes est le suivant :

« Vous vous inscrivez dans une décision de prévention mais vous devez prévoir les obstacles qui ne manqueront pas de survenir. Anticiper les obstacles, accepter que la prévention comporte ses propres « d'usure » est une part importante de la prévention. Adopter un comportement à la suite d'une décision est une première étape importante et parfois difficile. Cela nécessite un soutien des personnes ou des organismes ressources à votre disposition que nous allons lister à nouveau aujourd'hui. »

**GRILLE
D'AUTO-OBSERVATION
DE L'EFFET-REBOND**

Quel comportement préventif veux-tu adopter ? Décris ce comportement en détail:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Es-tu obligé(e) d'adopter ce comportement ? Correspond-il à tes valeurs ?

.....
.....
.....
.....

Pendant combien de temps veux-tu observer ce comportement ?

.....
.....
.....

Ressens-tu le besoin de changer ?

.....
.....
.....

Te sens-tu capable d'adopter seul(e) ce comportement ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Qui, dans ton entourage, a déjà le même comportement que toi ?

.....
.....
.....
.....

Stratégies de prévention de l'effet rebond

Dans ton entourage, qui peut t'aider à observer le comportement que tu désires adopter de manière continue?

.....
.....
.....
.....

Est-ce que ce comportement correspond aux valeurs de ton entourage ?

.....
.....

Les personnes qui t'entourent sont-elles en accord avec ce nouveau comportement ?

.....
.....
.....
.....

Quels sont pour toi les situations à risques?

.....
.....
.....

Qui t'encourage dans ton entourage ?

.....
.....
.....
.....

**Fiche d'évaluation de chaque
séance par le conseiller**

N° de la séance :

Activités

.....
.....

**Les activités ont-elles été faites telle que
prévu ?**

.....
.....

Evaluation centrée sur le groupe

**A quel stade psychologique en est le
groupe?**

.....
.....
.....
.....
.....

**Quelles sont les attitudes dominante dans
le groupe ?**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

**En quoi les relations entre les personnes
se sont-elles modifiées ?**

.....
.....
.....
.....

**Qu'est-ce qui est le plus difficile pour le
groupe ?**

.....
.....
.....
.....

Evaluation centrée sur le conseiller

**Quel type de relation ai-je avec le groupe
(liens, sentiments, émotions) ?**

.....
.....
.....
.....

Quelle mon attitude dominante ?

.....
.....
.....
.....
.....

**Quelles sont les techniques que j'emploie
le plus ?**

.....
.....
.....
.....
.....

Qu'est-ce qui est différent pour moi ?

.....
.....
.....
.....
.....

Evaluation centrée sur le problème

**Quel était le thème dominant de la
séance ?**

.....
.....
.....

Fiche d'auto-évaluation de la séance

N° de la séance :

Date :

*Faites part de vos réactions
à cette séance en plaçant une croix
sur la ou les lignes qui définissent
le mieux vos observations*

Contenus

- Les thèmes de discussion étaient bien choisis.....
- Les discussions de groupe étaient riches et productives
- Certains thèmes étaient superficiels mais l'ensemble était intéressant.....
- Certains thèmes étaient intéressants mais la plupart étaient inadéquats par rapport aux objectifs du groupe.....
- Aucun thème n'était intéressant.....

Processus et climat de groupe

- Je ne me suis pas senti(e) concerné(e) et intéressé(e) par ce qui s'est passé dans le groupe.....
- J'ai eu l'impression qu'on a fait beaucoup de choses
- J'ai pu avoir des échanges intéressants avec mes camarades
- J'ai pu faire part des mes sentiments mais je ne suis pas tout à fait satisfait(e)
- La séance a manqué de cohérence : c'était une séance inutile

L'animateur (nombre d'intervention)

- Il était très actif et parlait très souvent
- Il a pris la parole à plusieurs occasions
- Il est très peu intervenu
- Il n'a rien dit du tout pendant la séance

L'animateur (nature et effets de ses interventions)

- Les interventions de l'animateur ont facilité les échanges et la compréhension mutuelle
- L'animateur a surtout agi comme un animateur des débats
- Ses observations ont permis au groupe de recentrer les discussions ...
- L'animateur est intervenu comme un participant sans tenter d'influencer le groupe
- L'animateur a essayé de diriger la discussion sans se soucier de la progression des participants.....

Quelques références bibliographiques:

CAPUZZI (David), GROSS (Douglas R)
Introduction to counseling, perspectives for the 1990s
London : Allyn and Bacon, 1991 - 492 p

GEORGE (Rickley L), CRISTIANI (Therese S)
Counseling : theory and practice
London : Allyn and Bacon, 1990 (3ème édition) - 288 p

GEORGE (Rickley L), DUSTIN (Dick)
Group counseling : theory and practice
Englewood Cliffs (USA) : Prentice Hall, 1988 - 256 p

ROGERS (Carl R)
Le développement de la personne
Paris : Dunod, 1982 - 288 p, bibliogr

SHERTZER (Bruce), STONE (Shelley C)
Fundamentals of counseling
New-York : Houghton Mifflin, 1968 - 637 p

TOURETTE-TURGIS (Catherine)
Counseling : retrouver la dimension du dialogue
Le Journal du SIDA, oct. 1990 - pp. 23 -33, bibliogr.

Ce soir à Sidney
CPAM Puy de Dôme, AIDES Auvergne
Association Départementale pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence
Conçue et illustrée par Patrick Bufferal.

Chapitre 4

Approche centrée sur l'information Si vous n'avez que 3 heures...

4.1. Contexte

Les acteurs de santé sont souvent sollicités pour intervenir dans des établissements scolaires pour une séance ponctuelle de 2 à 3 heures, que cette séance soit intégrée ou non dans un programme plus large. Il peut arriver aussi qu'un intervenant appartenant à l'établissement ne dispose que d'une séquence unique pour faire ces informations sur l'infection par le V.I.H.

4.2. Information et éducation

L'information représente le premier stade de l'éducation : être informée permet à la personne à laquelle est destinée l'information d'avoir une connaissance du problème. Dans le domaine de l'éducation, on distingue l'information et la connaissance au sens où la connaissance, si elle peut à la limite être définie comme une forme d'information organisée à des fins cognitives, donne lieu à un traitement spécifique pour être transmise c'est-à-dire à une méthode didactique. On part de l'hypothèse que la connaissance d'un problème modifie la relation que l'individu entretient avec le problème (réduction des croyances, destruction des idées fausses, rationalisation des conduites).

4.3. Le traitement de l'information en éducation

Chaque discipline a son mode de traitement de l'information. Ainsi on observe depuis plusieurs décennies à l'intérieur des sciences de l'éducation un intérêt accru et des productions concrètes concernant les démarches didactiques de chaque discipline fondamentale représentée dans l'enseignement scolaire (mathématique, français, langue étrangère, géographie, histoire...).

Nous ne disposons pas encore en éducation pour la santé d'une tradition didactique établie ; nous manquons de méthodes, de techniques et d'outils de transmission des savoirs et des pratiques.

L'infection par le V.I.H. concernant à priori la médecine, il n'existe pas de méthode didactique de l'information médicale à l'usage du monde scolaire.

4.4. Quelle approche médicale ?

Dans la mesure où la réponse de la médecine au S.I.D.A. comme à toute grande maladie transmissible ne peut-être qu'une réponse en termes de stratégies d'attaque, de lutte, d'extermination, d'éradication, le sens de la maladie est implicitement véhiculé par un ensemble de métaphores guerrières et particulièrement agressives ("La séropositivité, une bombe à retardement" - Les lymphocytes T4 : "l'Etat-Major militaire" - Le diagnostic : "L'épée de Damoclès" - Le virus "attaque", "détruit", "envahit", "tue" - Les récepteurs : "des serrures violées" - La rencontre entre le virus et le lymphocyte : "Le Baiser de la Mort").

Cela n'est pas sans effet sur la perception de la maladie par les publics qui, se trouvant ainsi en prise directe et imprévue avec son réel, s'en défendent par une série de mise à distance. Ces défenses prennent tantôt la forme de la peur, de l'angoisse, de la sidération, du désespoir et provoquent des mouvements d'identification et de désidentification aux victimes de la maladie et aux personnes exposées aux "risques" indiquées par les classifications épidémiologiques.

L'intrication de l'agressivité, de l'impuissance de la médecine, de la mort mobilise des attitudes face au S.I.D.A. avec lesquelles nous devons composer. On constate que le changement ne peut s'organiser qu'à partir de valeurs positives telles l'échange, la solidarité, la confiance. A ces dernières s'ajoute la nécessité de liquider l'appareillage métaphorique de la médecine concernant le S.I.D.A.. Tout cela peut expliquer les deux attitudes à priori opposées qu'on peut observer au travers des comportements immédiats face à la maladie (soit la désolidarisation, la mise à distance, la méfiance, soit au contraire une action volontariste et militante pour exorciser la peur ...). On note une oscillation entre ces deux comportements.

Le S.I.D.A. a bouleversé notre socialisation de la sexualité, de la maladie, de la mort. On voit comment la prévention par le préservatif oscille entre l'impossibilité de valider une ou des sexualités et la tentative d'associer la sexualité à la mort réelle. Il est intéressant de noter, en comparant les publicités sur le préservatif de plusieurs pays, qu'il s'agit tantôt de construire un discours en faisant appel à l'objet promu comme objet de tentation et tantôt à l'objet promu comme objet de répulsion. Ce choix est crucial lorsqu'il s'agit de libérer des forces dynamiques sociétales.

Présenter le S.I.D.A. en privilégiant le réel médical de la mort, c'est peut-être justifié du point de vue médical mais du point de vue de la société, c'est prendre le risque que soit imposé à celui qui est réellement concerné par la maladie et à son entourage le poids de nos fantasmes de mort. Alors que ce qui est essentiel pour un sujet séropositif ou malade, c'est de pouvoir reprendre pour lui l'image qui est portée, voire supportée, par l'extérieur comme lui-vivant c'est-à-dire comme quelqu'un qui est un sujet vivant jusqu'à la dernière limite de sa vie.

L'approche médicale doit jouer sur la légitimité d'une connaissance scientifique ainsi que sur sa vulgarisation, c'est-à-dire sa capacité d'être comprise. La réponse ne doit pas être une réponse d'autorité mais une réponse de connaissance, c'est-à-dire avoir lieu dans un contexte partagé.

- **Les travers de l'épidémiologie**

La transmission d'informations de type épidémiologique, sans un travail préalable de communication, produit souvent des effets pervers et contrevient au respect de la différence. Les publics non préparés au travail sur l'information ont tendance à réduire la personne à ses comportements et à participer à la construction sociale de fausses images identitaires. De plus, il existe une tendance dans l'esprit des publics à calquer la prévention sur l'épidémiologie, alors que précisément il s'agit en prévention de toucher des personnes qui ne se croient pas concernées.

On connaît les raisons qui s'opposent formellement à l'utilisation de l'expression "groupe à risque" qui relève de la terminologie épidémiologique : elle suscite des réactions comme "je ne suis ni ... , ni ... , donc je ne cours aucun risque" et elle renforce la stigmatisation de secteurs entiers de la population.

Il est donc plus juste de parler de "comportements exposant ou non à un risque" en laissant à chaque personne le choix de relier ou non son comportement à une identité personnelle, de groupe ou communautaire.

Si l'information a pour but de favoriser une promotion individuelle et collective de chacun au rôle d'acteur de prévention, les conditions en sont le partage d'un savoir dans un contexte soucieux de prendre en compte les systèmes culturels, de valeurs et de normes des populations concernées au niveau épidémiologique par la maladie tout en tentant de réduire les effets pervers de la sociologie implicite de l'épidémiologie pur ne pas trahir la vocation éthique de la Santé Publique.

- **Le poids des métaphores**

Ce problème reste une question prédominante depuis le début de l'épidémie. En effet, en matière d'information il est fondamental d'observer à quel point le choix des

métaphores pour désigner le virus, quand on veut expliquer son identité et son fonctionnement, influe sur les représentations ultérieures. On observe deux grandes orientations spontanées du discours médical : l'une tend à privilégier l'utilisation d'images négatives, l'autre tend au contraire à privilégier l'utilisation d'images positives.

Cette question est cruciale car elle tend à influencer directement sur le choix des comportements. En effet, la référence au risque théorique pour signifier la relative faible incidence de certains comportements ou l'impossibilité scientifique dans laquelle on est d'observer leurs effets amène le monde médical à évoquer la notion de faible probabilité voire d'un risque théorique. En matière de transmission d'informations, cette notion donne lieu à des orientations diverses et à des débats très vifs dans le monde de la prévention. Doit-on insister sur l'existence d'un risque théorique ? Doit-on envisager au même niveau l'existence des risques importants vérifiés par les faits et l'existence des risques non vérifiés ou non vérifiables ?

Les spécialistes de la prévention insistent pourtant sur la nécessité de ne pas présenter tous les risques au même niveau afin de laisser des alternatives aux individus et de leur permettre d'opérer par palier (prévention progressive).

- **L'absence d'image de la séropositivité**

Le fait d'avoir abordé directement l'infection par le V.I.H. sous la forme de la maladie (S.I.D.A.) a retardé l'émergence sociale d'une image de la séropositivité. Les publics confondent souvent la séropositivité et le S.I.D.A., ce qui ne reste pas sans effet en matière de prévention et de soins. Cette confusion alourdit l'impact psychologique et social lors de la découverte et de l'annonce de la séropositivité et elle constitue un frein à l'accès au test et aux soins précoces.

4.5. L'organisation et la préparation d'une intervention

Nous proposons d'organiser la tâche à réaliser en suivant le plan suivant :

- **Analyse de la commande**

La commande est à l'initiative des personnes en position hiérarchique par rapport aux personnes susceptibles de recevoir l'information. Elle n'est qu'une forme institutionnalisée, contractualisée d'une demande éventuelle.

L'analyse de la commande vise à sa clarification ou à sa modification :

- Qui est à l'origine de la commande ?
- Par quel biais cette personne nous a contacté ?
- Quelle est la demande latente ?
- Quelle relation entretient la personne qui fait la commande avec les publics à informer ?
- Cette action dispose-t-elle de moyens spécifiques ?
- Pourquoi avoir choisi des personnes, internes ou externes à l'établissement ?

• **Exploration de la demande**

L'exploration de la demande réelle et latente du public à informer permet d'orienter et d'adapter l'action à la spécificité du terrain :

- Le public à former a-t-il exprimé une demande concrète d'information ?
- Quel est le profil du public ?
- Quelles sont les attentes et les motivations des élèves, des acteurs de l'établissement, du chef d'établissement ?
- Existe-t-il un conflit de motivations ?

• **Etablissement des objectifs de l'intervention**

Cette phase est la plus essentielle du processus de l'intervention. Elle consiste à transformer les éléments exprimés et non exprimés de la commande et de la demande en objectifs réalisables dans des conditions imparties :

- Comment les attentes peuvent-elles être exprimées en objectifs ?
- Quels sont les niveaux d'objectifs (connaissances, attitudes, comportements) ?
- Quelle relation ont les objectifs entre eux ?
- Les objectifs sont-ils mesurables ?
- Quelle est la nature précise des objectifs ?
- Est-ce que ces objectifs peuvent être satisfaits par l'intervention ?

- **Mise au point du programme de l'intervention**

Il s'agit d'établir les contenus de la séance en fonction des objectifs définis :

- Quels sont les contenus à transmettre ?
- Comment répartir ces contenus par séquences ?
- Quelle est la structure de chaque séquence ?

- **Choix des techniques d'animation**

Les techniques d'animation doivent être choisies en fonction des objectifs, de la spécificité des contenus et de leurs critères d'application.

- Quelle technique d'animation est la plus adaptée au contenu, aux objectifs et à l'environnement ?
- Comment utiliser différentes techniques au cours d'une séance d'intervention ?
- Quels sont les intérêts, les contraintes et les limites de chaque technique ?

- **Choix des auxiliaires pédagogiques**

- Quels documents ?
- Quels supports pédagogiques ?
- Quel type de salle ?

4.6. Animation de la séance

Les deux moments fragiles dans l'animation d'un groupe sont l'ouverture et la fin du groupe. Ce sont les moments les plus déstabilisants pour l'animateur et les participants.

- **Comment ouvrir une séance ?**

1 - Présentation de soi, de l'organisme que l'on représente, des objectifs, du programme prévu et de son évolution.

2 - Présentation des participants

L'animateur a le choix entre différents modes de présentation selon ses objectifs et le type de séance qu'il propose.

Il peut ainsi centrer la présentation soit :

- sur le groupe ou la classe

Exemple : *Pouvez-vous me parler pendant 5 minutes de votre groupe ?*

- sur la personne

Exemple : *Est-ce que chacun peut se présenter pendant une minute ?*

- sur les connaissances

Exemple : *Qu'est-ce que vous connaissez du problème que nous allons traiter ?*

3 - Mise en place d'un cadre :

Elle facilite l'intervention de l'animateur et donne des repères au participant à différents niveaux :

- Horaires,
- Règles de base : confidentialité, non agression, ...

4 - Recueil des attentes :

Il permet à l'animateur de prendre connaissance du groupe et peut amener à une re-négociation collective des objectifs.

Exemple : *Est-ce qu'il y a des points que vous aimeriez plus spécialement aborder ?*

- **La séance proprement dite**

- Présenter la chronologie des activités ainsi que des temps de pause.
- Indiquer les modalités d'intervention possible des participants :
 - Est-ce que les élèves peuvent intervenir au cours de l'exposé ?
 - Doivent-ils noter leurs questions par écrit ?
- Découper la séance en plusieurs séquences.

- **Comment fermer une séance ?**

Deux stratégies sont possibles :

- Faire la clôture sur la vie du groupe en recueillant les impressions, les sentiments des participants.
- Faire la clôture sur les connaissances en réalisant une synthèse de ce qui a été présenté ou en le faisant faire par le groupe ou par des personnes volontaires ou invitées à la faire.

En tout état de cause, remercier le groupe pour sa participation.

4.7. Quelques recommandations

- **Prévoir de faire le point de chaque module**

- **Exemple de mise au point centrée sur les connaissances :**

Individuel :

Est-ce que quelqu'un peut résumer ce que je viens d'exposer ? Est-ce que quelqu'un a une question à me poser sur ce qui vient d'être dit ?

Par deux :

Transmettre à quelqu'un d'autre l'information acquise.

Dans le groupe :

Poser soi-même une question à quelques membres du groupe ou à la classe.

- **Exemple de mise au point centrée sur la vie du groupe :**

- *Comment vous sentez-vous ?*
- *Comment réagissez-vous à ce que je viens de dire ?*
- *Voilà 15 minutes que je vous expose telle question, qu'est-ce qui se passe pour vous ? Est-ce facile pour vous de m'écouter ?*
- *Prévoir la dernière séquence pour des informations concernant les ressources humaines, institutionnelles et associatives susceptibles de répondre aux besoins des élèves et/ou d'assurer un suivi.*

- **Pour re-dynamiser un exposé**

L'exposé permet une transmission rapide des connaissances à un grand nombre de personnes en même temps. Par contre, il ne présente aucune efficacité dans les programmes d'éducation visant à travailler ou à modifier des attitudes ou des comportements.

Pour maintenir les avantages de l'exposé et réduire ses inconvénients, il est possible de l'interrompre par des activités centrées sur une discussion avec le groupe ou toute autre activité requérant la participation active du groupe.

Cela présente 3 avantages :

- Re-dynamiser l'écoute
- Solliciter la participation active
- Modifier la dynamique de groupe

- **Techniques de dynamisation**

Plusieurs techniques peuvent être utilisées pour répondre à l'objectif de dynamisation:

- **Philips 6/6 :**

Répartir par sous-groupes de 6 les élèves. Ils disposent de 6 minutes pour trouver 6 questions à poser à l'intervenant autour de l'exposé précédant. De sa place, un membre de chaque petit groupe énonce les questions de son groupe. L'animateur note les questions au tableau en les regroupant. Il dispose d'une minute pour répondre à chaque question

- **Buzz -Group :**

Par petits groupes de 3 à 4, les élèves débattent d'un thème donné proposé par l'intervenant pendant 5 à 10 minutes. Après la mise en commun, l'intervenant propose une synthèse des éléments du thème.

- **Groupe-discussion :**

A propos d'un thème crucial, l'intervenant énonce une proposition et invite les participants à se répartir en 2 sous-groupes.

Pendant 5 à 10 minutes, l'un des sous-groupes recueille tous les éléments en faveur de cette proposition, l'autre tous les éléments défavorables . Après le partage des opinions, chaque sous-groupe produit une synthèse et fait part en grand groupe de la position et du choix officiel ayant trait au thème.

- **Pour répondre à une question**

Pour faciliter le travail d'un groupe à partir d'une question d'un participant, l'animateur peut :

1. Reprendre la question
2. Ouvrir la question (clarification)
3. S'adresser au groupe :
Exemple : *Jean demande si... est-ce que d'autres parmi vous se posent la même question ?*

L'animateur peut ainsi dans un premier temps faire reformuler la question par un ou plusieurs membres du groupe¹. Ensuite, il peut demander si quelqu'un dans le groupe veut bien proposer une réponse et inviter ainsi plusieurs personnes à s'exprimer

4. Faire une synthèse des réponses apportées par le groupe en reprenant tous les points de vue exprimés par le groupe.

¹ Si le groupe n'est pas intéressé par la question, l'animateur peut soit y répondre, soit proposer d'y répondre lors de la pause ou à la fin de la séance.

TABLEAU RECAPITULATIF

ETAPES	OBJECTIFS	OUTILS	ASPECTS & THEMES A TRAITER
Analyse de la commande	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification et modifications de la commande • Rédaction du cahier des charges 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretiens téléphoniques • Visites • Courrier 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre de l'intervention • Moyens
Exploration de la demande	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic de la situation • Connaissance du terrain 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretiens • Lecture de documents • Analyse de la situation 	<ul style="list-style-type: none"> • Nature et spécificité du terrain • Profil des publics • Le projet des acteurs • Attentes • Enjeux
Elaboration du projet	<ul style="list-style-type: none"> • Réunir les conditions de la réalisation du projet 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablissement des objectifs et des contenus • Choix des techniques d'animation 	<ul style="list-style-type: none"> • Moyens d'action • Matériel nécessaire
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre compte • Remise des résultats 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire • Réunions • Observations 	<ul style="list-style-type: none"> • Les effets • Les résultats • Les suites

PARTIE II

Cadre général de la prévention de l'infection par le V.I.H. auprès d'adolescents

Chapitre 1

Quelques repères historiques

1981

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Mai 1981 : Premier signal d'alarme du Center for Diseases Control (C.D.C.) d'Atlanta (U.S.A.) : entre fin 1979 et mai 1981, plusieurs cas de dépression immunitaire grave sont signalés (pneumopathie à pneumocystis carinii (P.P.C.), candidose, sarcome de Kaposi, infection à CMV). Pour expliquer l'origine de la maladie, observés au tout début chez quelques patients homosexuels, les homosexuels et leur « style de vie » deviennent l'objet principal des recherches des CDC.</p> <p>Fin 1981 : - En France, identification des premiers cas identiques à ceux décrits aux U.S.A. - L'OMS recense 36 cas en Europe dont 17 en France.</p>		<p>- Aux Etats-Unis (U.S.A.), la presse d'information publie des articles à partir des premières observations des CDC et parle de « Cancer gay ».</p> <p>- La presse française reprend les articles nord-américains.</p>

1982

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Septembre 1982 : -Première définition du S.I.D.A. – pour Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis. Il s'agit d'un ensemble de pathologies (Sarcome de Kaposi et infections à germes opportunistes) survenant chez des patients jeunes n'ayant pas d'antécédents de maladie ou de traitement susceptibles d'expliquer leur immuno-dépression. Il s'agit d'une maladie extrêmement grave, dont l'évolution était systématiquement et rapidement mortelle, compte tenu du stade de diagnostic à cette époque et de l'absence quasi-totale des ressources thérapeutiques. - Identification de cas identiques chez des personnes hémophiles, chez des personnes toxicomanes utilisant des drogues par voies intra-veineuse et chez des personnes des Caraïbes, Haïtiens en particuliers.</p>		<p>En 1982 : Beaucoup d'hypothèses seront formulées sur l'origine de la maladie dont certaines participeront à la construction de l'image stigmatisante du S.I.D.A. A partir des premières conclusions épidémiologiques et des hypothèses formulées, l'identification de la maladie aux homosexuels est toujours plus croissante. Puis, la contamination par voie sanguine étant désormais établie, la presse reprendra, sous la forme de « la maladie des 4 H » les groupes isolés par les C.D.C. pour décrire l'impact du S.I.D.A., à savoir : Homosexuels, Héroïnomanes, Haïtiens et Hémophiles.</p> <p>Mars 1982 : En France, des médecins créent une cellule d'épidémio-vigilance.</p>

1983

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Mai 1983 : -L'équipe de L. Montagnier (Institut Pasteur) identifie un virus d'un type particulier : un rétrovirus qu'elle dénomme L.A.V. Celui-ci se révélera être l'agent responsable de la maladie. A partir de cette date commencera une querelle franco-américaine sur la paternité de la découverte du virus et sur les brevets des tests V.I.H. -Aux U.S.A., l'hypothèse d'une transmission du virus par voie de transfusion sanguine. -En France, survenue du premier cas pédiatrique, enfant né d'une mère elle-même atteinte de la maladie. -Reconnaissance de cas de contamination par rapports hétérosexuels.</p> <p>Juillet 1983 : Publication dans le n°28 du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) du premier cas observé chez une personne hémophile en France.</p>	<p>20 juin 1983 : Circulaire D.G.S. / 3B n°569 de la Direction Générale de la Santé: première circulaire « relative à d'éventuelles transmissions du S.I.D.A. par la transfusion sanguine et recommandant d'écartier du don de sang des personnes appartenant aux populations à risques par ce virus ».</p> <p>26 août 1983 : -Circulaire D.G.S. / P.G.E. 1 C n°547 relative au Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis (S.I.D.A.) mettant en place des réseaux locaux de surveillance de l'épidémie. Elle est suivie. De deux annexes : 1 – Définitions des cas ; 2 – Précautions à prendre (lors des soins à des patients atteints du Sida, lors d'études en laboratoire).</p>	<p>Création de ARSIDA : Première association de recherche sur le S.I.D.A. et formalisation de la cellule d'Epidémio-vigilance.</p> <p>-La revue « <i>La recherche</i> » titre : « La maladie des homosexuels n'existe plus, le Sida est sans doute une maladie infectieuse ».</p> <p>Août 1983 : Création de l'association « Vaincre le S.I.D.A. » (V.L.S.), première association, en France, de lutte contre le S.I.D.A. Au départ orientée vers la prévention et l'information, elle a élargi ses actions vers la prise e charge des malades et des personnes séropositives. Assimilée en 1989 aux fondations reconnues d'Utilité Publique, elle crée en 1990 un Service de soins à domicile sur Paris et en 1991 un Service d'aide ménagère et garde-malade avec la Ville de Paris.</p>

1983

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Novembre 1983 : Publication du premier cas de S.I.D.A. identifié chez un homme de 53 ans qui a été transfusé en 1980 et qui n'appartenait pas aux « groupes à risque » jusque là identifiés.</p> <p>Décembre 1983 : -Aux U.S.A., les C.D.C. ont enregistré 31 cas de S.I.D.A. chez des adultes transfusés, non hémophiles. -En France, 138 cas de S.I.D.A. avérés ont été enregistrés depuis 1981 (cas cumulés).</p>		<p>Octobre 1983 : Diffusion sur FR3 de la première émission télévisée spécifique sur l'infection par le V.I.H.</p>

1984

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Emergence de la notion de séropositivité au V.I.H. suite au développement par différents laboratoires pharmaceutiques d'un test de dépistage permettant d'identifier l'existence ou non d'un contact avec le V.I.H.</p> <p>Juillet 1984 : Premier décès du Sida en France d'une personne hémophile.</p> <p>26 octobre 1984 : Les C.D.C. américains recommandent l'utilisation de produits chauffés pour le traitement des hémophiles. Cette technique de préparation ayant pour objectif d'inactiver d'éventuels particules virales (virus de l'hépatite B et V.I.H. en particulier).</p> <p>Décembre 1984 : En France, 231 cas de S.I.D.A avérés ont été enregistrés dans l'année.</p>		<p>Création de l'Association des Polytransfusés.</p> <p>22 novembre 1984 : Le Dr Jean Baptiste Brunet de la Direction Générale de la Santé (D.G.S.) présente un rapport sur les risques de transmission du V.I.H. par la transfusion sanguine.</p> <p>Décembre 1984 : Création de l'association AIDES par Daniel Defert, fondateur et président, Jean Florian Mettetal, vice-président, et Frédéric Edelman. L'association a pour objectifs l'aide aux malades, le soutien à la recherche et les actions de prévention.</p>

1985

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Commercialisation puis diffusion à plus grande échelle du test de dépistage des anticorps anti-V.I.H. (test ELISA) avec obligation légale de sa réalisation pour chaque don de sang à partir du 1^{er} août 1985.</p>	<p>16 janvier 1985 : Circulaire D.G.S. 3B/80 aux directeurs des centres de Transfusions Sanguines relative à la prévention de la « transmission du S.I.D.A. » par transfusion sanguine.</p>	<p>Janvier 1985 : Premiers résultats d'étude de séroprévalence (recherche du nombre de séropositifs dans une population donnée) chez les donneurs de sang parisiens.</p> <p>Février 1985 : Mise en place d'une permanence téléphonique d'écoute et d'information par l'association AIDES et publication du premier document d'information pour le public.</p> <p>Mars 1985 : Des responsables scientifiques de la transfusion sanguine réunis à Bordeaux réclament un dépistage systématique des produits sanguins.</p> <p>Juin 1985 : Lancement de « La conférence internationale sur le S.I.D.A. » dont la première édition se tient à Atlanta (USA).</p>

1985

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
	<p>18 juillet 1985 : Circulaire D.G.S./713/ 1C/D2 relative à l'information sur le S.I.D.A. dans les institutions et services de prise en charge des sujets toxicomanes. Le dépistage systématique par recherche d'anticorps n'est pas recommandé.</p> <p>23 juillet 1985 : Arrêté modifiant celui du 17 mai 1976 relatif aux prélèvements de sang.</p> <p>26 juillet 1985 : Circulaire n° 395/D.G.S./P.G.E. 1C et D.H./S.P.E./ 981 relative au dépistage et au suivi médical des sujets porteurs des anti-corps anti-L.A.V. dans les établissements hospitaliers publics.</p> <p>26 juillet 1985 : Circulaire D.G.S./778/1C/2D relative à l'information sur le S.I.D.A. dans les institution et services de prise en charge des toxicomanes. Cette circulaire rappelle la conduite à tenir vis à vis du dépistage des anti-corps anti-L.A.V., un dépistage systématique ne devant ni être mis comme conditions d'admission ou comme condition de prise en charge, ni imposé au personnel.</p>	

1985

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Septembre 1985 : Première révision de la définition du S.I.D.A. adopté en 1982 par ajout de pathologies supplémentaires (ex : le lymphome cérébral) et par abandon d'autres peu fréquentes.</p> <p>Octobre 1985 : Définition de Bangui du S.I.D.A. africain.</p> <p>Décembre 1985 : -Isolement du V.I.H. 2 par l'équipe de L. Montagnier. -En France, 565 cas de S.I.D.A. avéré ont été déclarés dans l'année.</p>	<p>5 septembre 1985 : Lettre circulaire J36 indiquant que le dépistage systématique des entrants dans les établissements pénitentiaires n'apparaît pas justifié.</p> <p>20 octobre 1985 : Circulaire D.G.S./ 3B/142 relative au dépistage et à l'information des donneurs de sang porteurs d'anti-corps anti-L.A.V. et à l'utilisation de divers produits sanguins, rend « obligatoire le dépistage systématique des anti-corps anti-L.A.V. à l'occasion de chaque prélèvement de sang à partir du 1^{er} août 1985, introduit la qualification « chauffée » pour certains produits sanguins stables exigeant la mise en œuvre de techniques d'inactivation virale, donne des instructions en ce qui concerne l'information des donneurs de sang séropositifs ; l'application des dispositions des deux arrêtés du 23 juillet devant « garantir une complète sécurité transfusionnelle au regard de la transmission éventuelle du S.I.D.A., à compter du 1^{er} octobre . »</p>	<p>Octobre 1985 : L'émission « Le Magazine » sur Antenne 2 est entièrement consacré à l'infection par le V.I.H. et le Sida avec le Pr. Montagnier, le Dr Rozenbaum, et le Dr Vachon. L'émission aborde la question du S.I.D.A. d'un point de vue médical et social.</p> <p>Novembre 1985 : Création de l'association ARCAT-SIDA qui à l'origine avait pour objet de trouver des fonds pour la recherche.</p>

1986

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Premières avancées thérapeutiques significatives, notamment pour ce qui concerne la traitement aigu de la P.P.C. (Pneumonie à pneumocystis carinii).</p> <p>Mai 1986 : Une commission de nomenclature virologique adopte le sigle H.I.V. (Human Immuno-Deficiency Virus) mettant ainsi fin à la double nomination française (L.A.V.) et nord-américaine (H.T.L.V. III) du virus responsable du S.I.D.A..</p>	<p>8 Février 1986 : Circulaire D.G.S./P.G.E./1C n° 102 relative à l'information du praticien sur le S.I.D.A. informe de l'édition par le Secrétariat à la Santé et de la diffusion par le C.F.E.S. d'une plaquette d'informative sur le S.I.D.A. « Le praticien et le S.I.D.A. ».</p> <p>10 juin 1986 : Décret n°86-770 incluant le S.I.D.A. dans la liste des maladies à déclaration obligatoire en application de l'art. L. 11 du Code de la Santé Publique.</p>	<p>Février 1986 : Organisation par l'association « Gais pour les Libertés » (G.P.L.) et AIDES d'un gal à l'Opéra pour recueillir des fonds pour la lutte contre le S.I.D.A.</p> <p>Mars 1986 : Pour la première fois, à une heure de grande audience (20h30), une émission est consacré au S.I.D.A. Il s'agit des « Dossiers de l'écran » sur A2 avec : D. Defert, le Pr. Ruffié, le Pr. Escande, le Dr. Rozenbaum, Olivia Zémor et deux personnes atteintes du S.I.D.A. Pour la première fois sont invitées dans une émission télévisée des personnes directement concernées par l'infection par le V.I.H.</p> <p>Juin 1986 : Deuxième édition de la Conférence Internationale sur le S.I.D.A. qui se tient à Paris.</p>

1986

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
	<p>5 août 1986 : Circulaire D.G.S./750 2D relative aux dépenses de dépistage et de traitement du S.I.D.A. chez les toxicomanes : « La lutte contre la toxicomanie et la lutte contre le S.I.D.A. sont deux objectifs de santé publique bien différents ».</p>	<p>Juin 1986 : « Le grand rendez-vous » sur A2 consacré au S.I.D.A., du point de vue médical, avec pour la première fois dans une émission à grande audience le Ministre de la Santé, Michèle Barzach. A partir de cette date, plusieurs émissions télévisées vont être consacrées au S.I.D.A. envisagé du point de vue scientifique ou social. Les futures émissions adopteront une forme plus spectaculaire (liaisons par satellite entre Paris et New-York, reportage sur des personnes malades en phase terminale...).</p> <p>28 août 1986 : Création, par les associations AIDES et G.P.L., de l'association Appartements de Relais Thérapeutique et Social (A.P.A.R.T.S.). Une convention signée avec le Ministère des Affaires Sociales permet l'installation du premier appartement en février 1987 à Paris. Par la suite sera créé un service d'accueil et d'orientation en ambulatoire et des appartements seront installés en région parisienne et à Marseille.</p>

1986

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Septembre 1986 : Aux U.S.A., du fait de résultats positifs de l'essai thérapeutique d'évaluation comparative de l'efficacité de l'A.Z.T. (potentiel médicament anti-viral) à celle d'un placebo (substance dépourvue d'activité biologique), arrêt de l'essai et autorisation de mise sur le marché. Ces résultats seront publiés en 1987. Bien que d'efficacité limitée, l'A.Z.T. est dès lors le premier traitement spécifique de l'infection par le V.I.H.</p> <p>Décembre 1986 : En France, 122 cas de S.I.D.A. avérés ont été déclarés dans l'année.</p>	<p>3 septembre 1986 : Circulaire N°502 indiquant l'absence de contre-indications au transport aérien des malades du S.I.D.A. et fixant les dispositions à adopter.</p> <p>17 novembre 1986 : Arrêté ajoutant le S.I.D.A. à la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires prévues par Décret N°76-435 du 18 mai 1976 modifiant le décret du 31 décembre 1941.</p> <p>31 décembre 1986 : Décret N°86-1380 inscrivant le S.I.D.A. sur la liste des affections comportant un traitement prolongé et permettant un remboursement à 100% par la Sécurité Sociale.</p>	<p>Novembre 1986 : -Création de l'Association pour la Prévention du Sida (A.P.S.) dont l'objet est d'aider toutes recherches, notamment épidémiologiques, et de favoriser la documentation, l'information et la formation sur le S.I.D.A. En partenariat avec la Mutualité Française et le soutien de la D.G.S., elle lance fin 1986 une action d'information préventive sur le S.I.D.A. (SIDASTOP) sur 11 lycées « pilotes » de la région parisiennes.</p> <p>-Le S.I.D.A. est déclaré grande cause nationale.</p>

1987

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>-Deuxième révision proposée par les C.D.C. de la définition du S.I.D.A. : cette dernière constitue la base de surveillance épidémiologique actuelle. Les modifications sont la prise en compte du statut sérologique, l'ajout de nouvelles pathologies (dont l'encéphalopathie due au V.I.H., le syndrome cachectique, la tuberculose extra-pulmonaire) et l'acceptation pour certaines pathologies d'un diagnostic présomptif. Cette nouvelle définition du S.I.D.A. avéré sera adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) et sera appliquée a niveau internationale, doit en France, à partir de janvier 1998.</p> <p>-En France, expérimentation puis mise sur le marché de l'A.Z.T. (Retrovir ®) réservé à l'usage hospitalier.</p>	<p>27 janvier 1987 : Loi N°87-39 autorisant la publicité et la propagande pour les préservatifs comme moyen de prévention des M.S.T. par l'abrogation des articles L.282 et L.293 du Code de la Santé Publique interdisant la publicité de tout moyen contraceptif.</p> <p>20 mars 1987 : Circulaire D.G.S./2A/2B n°223 interdisant les dons directs de lait maternel compte tenu des risques éventuels de transmission de virus et notamment du virus V.I.H. par le lait maternel.</p> <p>14 avril 1987 : Circulaire DPhM/DH relative au circuit de distribution de la Zidovudine (A.Z.T.) (Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi).</p> <p>13 mai 1987 : Décret N°87-328 suspendant pour un an les restrictions d'accès aux seringues (vente libre pour un an).</p>	<p>-Création du Programme National de Recherche sur le S.I.D.A. (P.N.R.S.).</p> <p>-Les associations AIDES et Médecins du Monde (M.D.M.) élaborent une charte des droits des malades et des séropositifs.</p> <p>Février 1987 : O.M.S. : Création d'un programme spécial sur le S.I.D.A., dirigé par le Dr. Jonathan Mann : le Global Program on AIDS (G.P.A.).</p> <p>Avril 1987 : -Première campagne nationale d'information « Le S.I.D.A., il ne passera pas par moi » lancée par le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES). -Création de la Mission S.I.D.A. de la Direction des Hôpitaux.</p> <p>16 Avril 1987 : Création des C.I.S.I.H. (Centre d'Informations et de Soins de l'Immuno-Déficiences Humaine) dont le rôle est triple : améliorer la qualité de soins, favoriser la recherche clinique, apporter soutien et conseil aux établissements alentours.</p>

1987

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
	<p>1^{er} juin 1987 : Circulaire D.G.S. 3B/498 relative au dépistage systématique des anticorps anti-V.I.H. chez tous les donneurs d'organes.</p> <p>30 juillet 1987 : Loi n° 1987-588 dont l'article 29 introduit un titre VII dans le livre III du Code de la Santé Publique : il réserve à l'Etat la définition de la politique de lutte contre le S.I.D.A.</p>	<p>Juin 1987 : -Troisième édition de la Conférence Internationale sur le S.I.D.A. à Washington (USA). -En France, Comité de réflexion sur le S.I.D.A. de 12 membres présidé par le Ministre de la Santé.</p> <p>Septembre 1987 : -Mise en place du P.N.R.S. pour la mise à disposition de 100MF de crédit supplémentaires pour des organismes de recherche impliqués dans la recherche sur le S.I.D.A. -Les ministres des Affaires Etrangères de 21 pays européens signent une déclaration commune précisant qu'aucun dépistage obligatoire du V.I.H., ni pour la population, ni pour des groupes particuliers, ne devrait être mené par des états membres. (Position réaffirmée en 1989 : Communauté Economique Européenne (C.E.E.) et résolution du Conseil des Ministres de la Santé du 22/12/1989 spécifiait qu'en l'état actuel de nos connaissances, aucun motif de Santé publique ne justifiait le dépistage obligatoire). -Premier Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit ouvert par M.D.M.</p>

1987

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Octobre 1987 : Premiers essais préliminaires humains d'immunisation.</p> <p>Décembre 1987 : En France, 2196 cas de S.I.D.A. avéré ont été déclarés dans l'année.</p>	<p>28 octobre 1987 : Cirulaire N° 684 bis D.G.S./P.G.E./IC indiquant que la pratique systématique des tests de dépistage en milieu hospitalier « doit être rigoureusement exclue ». Elle rappelle les conditions d'inactivation du virus et les cas connus de contamination des personnels hospitaliers.</p> <p>23 novembre 1987 : Arrêté rendant obligatoire la norme NF pour les préservatifs.</p> <p>4 décembre 1987 : Cirulaire D.G.S./1555./2D relative à la prise en charge des toxicomanes dans des familles d'accueil, indiquant la nécessité d'informer les familles qu'elles sont susceptibles d'accueillir des personnes séropositives et rappelant que la séropositivité ne peut être communiquée (rappel du secret médical).</p> <p>8 décembre 1987 : Lettre du Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi au Directeur de l'Office National d'Immigration relative à l'examen médical des étrangers désirant séjourner en France. Seule la présence de signes cliniques évocateurs du S.I.D.A. justifie la recherche d'anti-corps anti-V.I.H. L'existence d'une sérologie positive ne constitue pas un motif de refus d'autorisation de séjour.</p>	<p>-Explosion médiatique sur le thème du « Sida », avec de nouvelles questions d'ordre juridique concernant le monde de l'entreprise et du travail (cas de licenciement, de non-titularisation dans la fonction publique des personnes ayant une sérologie positives au V.I.H. ou malades du S.I.D.A., dépistage à l'embauche...) au moment où les pouvoirs publics décrètent le Sida « Grande cause nationale », l'épidémie devant être gérée sur le long terme en l'absence de vaccin et de traitement dans un avenir proche.</p> <p>La presse informe régulièrement, sur le mode du fait divers, des mesures discriminatoires prises à l'étranger l'égard des personnes séropositives (USA, Land de Bavière, pays de l'Est, sont mis en cause). La France affirmera la nécessité de trouver des solutions non-discriminatoires.</p> <p>-Mise en place des premières formations sur l'infection par le V.I.H. et le S.I.D.A. financées par la Division S.I.D.A. de la D.G.S. et agréées par la Direction de l'Action Sociale (D.A.S.) en direction des professionnels de disciplines et d'institutions différentes.</p>

1988

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
	<p>11 janvier 1988 : Circulaire N° 684 bis D.G.S./P.G.E./1C indiquant que la pratique systématique des tests de dépistage en milieu hospitalier « doit être rigoureusement exclue ». Elle rappelle les conditions d'inactivation du virus et les cas connus de contamination des personnels hospitaliers.</p> <p>18 janvier 1988 : Décret n° 88-61 organisant le dépistage anonyme et gratuit du V.I.H. prévu par la Loi du 30 juillet 1987. Décret complété par la Circulaire D.G.S./P.G.E./1C n°85 du 20 janvier 1988 (mise en place du dispositif des Centres de Dépistages Anonyme et Gratuit (C.D.A.G.).</p> <p>1^{er} février 1988 : Circulaire relative à la participation de l'administration pénitentiaire à la politique nationale de lutte contre le S.I.D.A. et les mesures à prendre pour les détenus.</p> <p>21 avril 1988 : Circulaire D.G.S./D.H.S.E.S.I. n°245 relative à la classification des infections par le V.I.H.</p>	<p>Mai 1988 : Création du premier Centre Régional de Prévention du S.I.D.A. à Marseille.</p>

1988

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Développement du concept de prévention des complications infectieuses liées au S.I.D.A. ; prévention secondaire, c'est à dire prévention des rechutes après un premier épisode infectieux par des traitements d'entretien, mais aussi prévention primaire pour éviter la survenue de ces mêmes complications.</p>	<p>2 juin 1988 : Lettre D.H./S.P.E. n° 72-23 relative à la mission et à l'organisation des C.I.S.I.H.</p> <p>24 août 1988 : Décret n° 88-894 portant sur la prolongation d'un an du décret du 13 mai 1987 suspendant les restrictions d'accès aux seringues (vente libre pendant un an).</p>	<p>Juin 1988 : Quatrième édition de la Conférence Internationale sur le S.I.D.A. à Stockholm (Suède).</p> <p>21 juin 1988 : Entretien filmé avec Jean-Paul Aron sur A2 à 22h15 « Sida, après l'aveu ». L'impact de son témoignage, délivré d'abord sous la forme d'un récit (pour le Nouvel Observateur), est particulièrement important. L'ensemble de la presse d'information s'en fera l'écho, mais de plus l'événement sera couvert d'une façon spectaculaire par les journaux spécialisés dans les programmes de télévision qui à cette occasion diffuseront des connaissances médicales sur l'infection par le V.I.H.</p> <p>6 septembre 1988 : Avis n° 88-91 de la C.N.I.L. (Commission Nationale de l'informatique et des libertés) sur le traitement des déclarations obligatoires du S.I.D.A.</p> <p>Octobre 1988 : L'Association Française des Hémophiles (A.F.H.) lance un appel aux pouvoirs publics et demande l'indemnisation des hémophiles contaminés par la Création d'un Fonds National de Solidarité.</p>

1988

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Décembre 1988 : En France, 2984 cas de S.I.D.A. avérés ont été déclarés dans l'année.</p>		<p>3 novembre 1988 : Plan de lutte contre le S.I.D.A. annoncé par le gouvernement faisant suite au rapport GOT qui amènera la création de l'A.N.R.S. (Agence Nationale de Recherches sur le S.I.D.A.), l'A.F.L.S. (Agence Française de Lutte contre le S.I.D.A.), et le C.N.S. (Conseil National du S.I.D.A.).</p> <p>Décembre 1988 : -Sortie du premier numéro mensuel du <i>Journal du S.I.D.A.</i> par l'association « ARCAT. Sida ». Cette revue propose des articles de fond sur les aspects médicaux, sociaux, juridiques liés à l'infection par le V.I.H., et des informations pratiques (congrès, flash-info...). -L'association AIDES devient une fédération nationale.</p> <p>1^{er} Décembre 1988 : Première journée mondiale annuelle de mobilisation sur le S.I.D.A. à l'initiative de l'O.M.S.</p> <p>16 Décembre 1988 : Le Comité Consultatif National d'Ethique a publié un avis sur les problèmes éthiques posés par la lutte contre la diffusion de l'infection par le V.I.H..</p>

1989

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>A partir de cette date (1989), on peut véritablement parler de prise en charge précoce de l'infection par le V.I.H. sur le plan thérapeutique et notamment grâce à l'A.Z.T., et aux préventions primaires de la P.P.C., ces traitements devant être prescrits sur la base de signes biologiques immuno-déficients et avant que des complications cliniques ne surviennent.</p> <p>Janvier 1989 : -Début de l'essai franco-britannique CONCORDE dont l'objectif est d'évaluer si un traitement encore plus précoce par l'A.Z.T., dans le cas de l'infection par le V.I.H., présente un intérêt (essai débuté en novembre 1988 en Grande-Bretagne et en Janvier 1989 en France).</p> <p>-Programme d'évaluation aux U.S.A. de la ddi (didanosine, Videx ®) (2^{ème} médicament anti-rétroviral proposé en traitement).</p>	<p>8 février 1989 : Décret N° 89-93 portant création d'un Conseil National du S.I.D.A (C.N.CS) qui a pour mission de donner son avis sur l'ensemble des problèmes posés à la société par le S.I.D.A. et de faire au gouvernement toute proposition utile.</p>	<p>Février 1989 : Création de l'A.L.S. (Agence de Lutte contre le S.I.D.A.) qui deviendra l'A.F.L.S. dont la mission est :</p> <ul style="list-style-type: none"> -d'assurer une information régulière, -d'organiser des campagnes d'éducation pour la santé -de développer les actions de solidarités avec les personnes atteintes. <p>9 février 1989 : Le groupe de travail du Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels a élaboré une charte établissant les principes juridiques à respecter par les entreprises.</p>

1989

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
	<p>3 mai 1989 : Arrêté fixant les mesures de prophylaxie à prendre à l'égard des élèves et du personnel dans les établissements d'enseignement public ou privés en cas de « maladies contagieuses » (« pas d'éviction, ni des sujets atteints ni des sujet au contact, concernant l'infection par le V.I.H.).</p> <p>17 mai 1989 : -Circulaire D.G.S./3B n°400 relative à la prévention des maladies transmissibles par la transfusion sanguine. -Circulaire n°AP89.03.G2 définissant les mesures de prévention préconisées dans les institutions pénitentiaires.</p> <p>18 mai 1989 : Circulaire N°89-119 relative à la mise en œuvre au sein des établissements scolaires d'une politique d'information et de prévention en matière de santé et notamment du S.I.D.A.</p>	<p>Avril 1989 : Création de l'Agence Nationale de Recherches sur le S.I.D.A. (A.N.R.S.).</p> <p>16 mai 1989 : Première réunion du Comité International d'Ethique sur le S.I.D.A.) (instance de réflexion sur l'éthique des comportements face à l'infection à V.I.H.).</p> <p>18 mai 1989 : Création du Fonds National de Prévention, d'Education et d'Informations Sanitaires (F.N.P.E.I.S.).</p> <p>31 mai 1989 : Déclaration à la préfecture de Police de l'Agence Française de Lutte contre le S.I.D.A. (A.F.L.S.).</p>

1989

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
	<p>6 juillet 1989 : Circulaire F.P./3 n°1718 relative à l'emploi dans la fonction publique des personnes atteintes du V.I.H.</p> <p>17 juillet 1989 : Arrêté portant sur la création d'un comité chargé d'instruire les demandes d'attribution d'une aide de solidarité en faveur des hémophiles atteints du S.I.D.A..</p> <p>3 août 1989 : -Lettre ministérielle D.G.S./22DS relative à l'information sur les piqûres accidentelles par les seringues et aiguilles usagées laissées par les toxicomanes sur les lieux publics. -Circulaire D.G.S.-D.H. n°23 relative à la prévention de la transmission du V.I.H. chez les personnels de santé.</p> <p>11 août 1989 : Décret N°89-560 : les seringues sont en vente libre y compris à des mineurs.</p>	<p>Juin 1989 : Cinquième Conférence Internationale sur le S.I.D.A. à Montréal (Québec). Le S.I.D.A. est reconnu par la communauté internationale comme un DEFI INTERNATIONAL.</p> <p>28 septembre 1989 : L'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté une recommandation relative au S.I.D.A. et aux droits de l'homme.</p>

1989

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Octobre 1989 : Autorisation et mise sur le marché des aérosols de pentamidine (prévention pneumocystose pulmonaire).</p> <p>Décembre 1989 : En France, 3647 cas de S.I.D.A. avérés ont été déclarés dans l'année.</p>	<p>9 octobre 1989 : Lettre ministérielle relative aux modalités d'application de la législation relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles en cas d'infection par le V.I.H. sur les temps et lieux de travail (Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale).</p> <p>24 octobre 1989 : Adoption de la recommandation n°R (89) 14 du Comité des Ministres aux Etats membres de la Communauté Européenne sur les incidences éthiques de l'infection par le V.I.H. dans le cadre sanitaire et sociale.</p>	<p>1^{er} novembre 1989 : Lancement par ARCAT-SIDA du Programme de Coordination d'Actions Prophylactiques contre le S.I.D.A. (C.A.P.S.) pour la mise en place d'un service d'aérosolthérapie à domicile. Ce service soutenu par la D.G.S., l'A.F.L.S. et la Direction des Hôpitaux (D.H.) est destiné aux patients de Paris et d'Ile de France nécessitant une prophylaxie de la P.P.C.</p> <p>30 novembre 1989 : A Paris, premier congrès international sur « Les implications de l'infection à V.I.H. pour la mère et l'enfant » organisé par le gouvernement français. Cette conférence a abouti à la rédaction de la Déclaration de Paris sur les femmes, les enfants et le S.I.D.A. signée par 30 gouvernements.</p> <p>1^{er} décembre 1989 : 2^{ème} journée mondiale sur le S.I.D.A.</p> <p>Décembre 1989 : Création de l'Association de Défense des Polytransfusés. Elle demande réparation des préjudices subis par des personnes contaminées par le V.I.H. à la suite de transfusions sanguines .</p>

1990

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Début de l'expérimentation de la ddI en Europe.</p> <p>Avril 1990 : Début du « programme compassionnel » de la ddI. Il s'agit d'un dispositif permettant aux malades de pouvoir être traités avec ce produit alors qu'il est en cours d'expérimentation.</p> <p>Mai 1990 : Première conférence française de consensus sur la pneumocystose pulmonaire.</p>	<p>23 janvier 1990 : Art. 50 de la Loi N°90-56 (Loi Calmat) permettant au Centre de Planification ou d'Education familiale agréés d'assurer le dépistage et le traitement des M.S.T. (Maladies Sexuellement Transmissibles), à titre gratuit et anonyme, en faveur des mineurs (jusqu'à présent les mineurs ne pouvaient être soignés qu'avec une autorisation parentale).</p> <p>5 mars 1990 : Circulaire n°NOR/INT/B/90/00077/C relative à l'emploi dans la fonction publique territoriale des personnes atteintes du V.I.H.</p>	<p>-O.M.S. : Démission du Dr Jonathan Mann, responsable du Programme Global sur le S.I.D.A. Il est remplacé par le Dr Merson.</p> <p>20 février 1990 : Avis du Conseil National du Sida (C.N.S.) en matière d'assurance.</p> <p>Mars 1990 : L'association V.L.S. (Vaincre le Sida) met en place un service de soins et de maintien à domicile pour les malades du S.I.D.A.</p>

1990

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Juin 1990 : Publication d'un rapport sur le traitement précoce de l'infection par le V.I.H. rédigé par un groupe d'experts sous la direction du Pr. Jean Dormont à la demande du Ministère de la Santé. Il présente un ensemble de recommandations concernant les traitements, les méthodologies de recherches et les modes de prise en charge médicale les plus appropriés.</p> <p>Décembre 1987 : En France, 4116 cas de S.I.D.A. avérés ont été déclarés dans l'année.</p>	<p>20 juin 1990 : Arrêté relatif à la transfusion autologue en vue d'une intervention programmée (+ circulaire DGS/3B 589 et DH/9D du 3 juillet 1990).</p> <p>28 juin 1990 : Circulaire D.G.S. 293 relative à la prise en charge extra-hospitalière des personnes vivant avec le V.I.H. ou le S.I.D.A. Programmes départementaux de prise en charge.</p> <p>Juillet 1990 : Extension de l'exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100%) au titre de l'Affection de Longue Durée (ALD) par l'Assurance Maladie des personnes ayant une sérologie V.I.H. positive et un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 350, des femmes enceintes ayant une sérologie V.I.H. positive pendant la durée de la grossesse et dans les 2 ans qui suivent l'accouchement et de tout enfant né de mère séropositive dans les 2 ans suivant la naissance.</p> <p>12 juillet 1990 : Loi n°90-602 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap.</p>	<p>Juin 1990 : Sixième édition de la Conférence Internationale sur le S.I.D.A. qui se tient à San Francisco (U.S.A.). Cette conférence est marquée par l'absence de participation officielle de nombreux pays ou associations en raison de la politique américaine d'immigration et de séjours concernant les personnes séropositives au V.I.H.</p> <p>1^{er} août 1990 : Création de l'association « Solidarité-Enfants-Sida » (SOLENSI) en réponse aux besoins ressentis par les enfants séropositifs ou malades et leurs parents, ainsi que tous les enfants dont l'un des parents est séropositif.</p> <p>août 1990 : La Fédération Nationale AIDES est reconnue d'utilité publique.</p> <p>Novembre 1990 : Mise en place de Sida Info Service (S.I.S.), permanence téléphonique fonctionnant 24h sur 24h (n° vert : 0800 840 800) créé par l'A.F.L.S. et AIDES.</p> <p>1^{er} décembre 1990 : 3^{ème} Journée Mondiale sur le S.I.D.A., consacrée aux femmes.</p>

1991

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Mars 1991 : La ddI est autorisée aux U.S.A. et au Canada.</p>	<p>18 janvier 1991 : Loi N°91-73 : La publicité pour le préservatif est autorisée en tant que méthode contraceptive.</p> <p>4 juin 1991 : Circulaire D.H./D.G.S n°612 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à V.I.H.</p> <p>20 juin 1991 : Circulaire D.G.S. n°44 : Accélération de la procédure d'examen par les COTOREP (Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel) des demandes d'allocations d'adultes handicapés (A.A.H.) des personnes atteintes de S.I.D.A.</p> <p>20 juin 1991 : Lors de l'examen du projet de réforme du Code Pénal, les députés ont rejeté les amendements Sourdille et Jolibois adoptés par le Sénat et visant notamment à incriminer la transmission involontaire du V.I.H.</p>	<p>-Scandale de la transfusion sanguine.</p> <p>Juin 1991 : Septième édition de la Conférence Internationale sur le S.I.D.A. à Florence (Italie).</p> <p>25 juin 1991 : Avis du C.N.S. sur la pénalisation de la discrimination d'une maladie transmissible épidémique.</p>

1991

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Octobre 1991 : Première Autorisation de Mise sur le Marché (A.M.M.) de la ddI et arrêt du protocole compassionnel.</p> <p>Décembre 1991 : En France, 4709 cas de S.I.D.A. avérés ont été déclarés dans l'année.</p>		<p>3 septembre 1991 : Convention sur l'assurabilité des personnes séropositives et sur les règles de confidentialité du traitement des informations médicales par les assurances.</p> <p>23 septembre 1991 : C.N.S. : Avis à propos de la convention « Assurances et S.I.D.A. »</p> <p>21 novembre 1991 : Projet de loi prévoyant la création d'un fonds d'indemnisation tenu de présenter à la victime (contaminée par le V.I.H. suite à une transfusion de sang ou de produits sanguins) une indemnisation dans un délai de 3 mois.</p> <p>1^{er} décembre 1991 : 4^{ème} Journée Mondiale sur le S.I.D.A. dont le thème est « Unisson nos forces ».</p>

1992

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>-Début du premier essai en France sur un inhibiteur de protéase du V.I.H. (une nouvelle famille d'agents anti-rétroviraux).</p> <p>Mars 1992 : 1028 cas de S.I.D.A. avéré ont été déclarés durant le 1^{er} semestre 1992. Depuis 1981, 20 836 cas cumulés.</p> <p>Mai 1992 : Début d'expérimentation de la ddC en Europe dans des essais contrôlés puis mise en place d'un protocole compassionnel de distribution de la ddC. Présentation des premiers résultats positifs de protocoles de prévention de la toxoplasmose.</p> <p>Juin 1992 : Autorisation de Mise sur le Marché (A.M.M.) de la ddI en France, dans le cadre hospitalier uniquement. Ce deuxième anti-rétroviral, commercialisé sous le nom de Videx, est prescrit en cas d'échec ou d'intolérance à l'A.Z.T.</p>	<p>26 juin 1992 : Note du ministère de l'Education Nationale aux recteurs (BO n°27 du 02/07/1992) : Invitation à l'installation de distributeurs de préservatifs dans les lycées.</p>	<p>-Mise en place d'un réseau national de Santé Publique = dispositif de surveillance épidémiologique.</p> <p>Mars 1992 : Commercialisation du premier préservatif féminin sous le nom de FEMIDON.</p> <p>30 avril 1992 : Animation d'une émission sur A2 « S.I.D.A. URGENCE » pour mobiliser le grand public et solliciter des fonds privés pour la lutte contre le S.I.D.A. Les fonds recueillis lors de l'émission sont destinés à la lutte contre le S.I.D.A. et notamment aux personnes atteintes.</p> <p>Juin 1992 : 8^{ème} Conférence Internationale sur le S.I.D.A. à Amsterdam (Hollande).</p> <p>29 juin 1992 : L'A.N.R.S. communique les premiers résultats préliminaires de l'étude sur l'analyse des comportements sexuels en France (A.C.S.F.) coordonnée par le Pr. Alfred Spira.</p>

1992

Médical	Législatif / Réglementaire	Social
<p>Dix ans après le début de l'épidémie, la situation thérapeutique et les axes de la recherche ont terriblement évolués. En ce qui concerne le traitement de fond de l'infection, on dispose de plusieurs agents anti-rétroviraux (A.Z.T., ddI, ddC...). Leur efficacité isolée est réelle mais limitée. On s'oriente donc vers des associations de ces agents qui sont d'ores et déjà en cours d'évaluation. Pour ce qui concerne le traitement des complications secondaires à l'infection, si certaines sont aujourd'hui bien connues et traitables, voire peuvent être prévenues (P.P.C., toxoplasmose), d'autres ne sont toujours pas maîtrisées au niveau médical. Enfin, de très nombreuses recherches portent sur la mise au point d'un vaccin, mais celui-ci est encore au stade d'expérimentation préliminaire. L'infection par le V.I.H. est donc devenue, 10 ans après sa découverte, une infection très lentement évolutive dont le pronostic reste grave mais pour laquelle une prise en charge médicale et thérapeutique existe.</p>	<p>17 juillet 1992 : Circulaire N° 684 bis D.G.S./P.G.E./1C indiquant que la pratique systématique des tests de dépistage en milieu hospitalier « doit être rigoureusement exclue ». Elle rappelle les conditions d'inactivation du virus et les cas connus de contamination des personnels hospitaliers.</p> <p>6 août 1992 : Décret n° 92-784 relatif aux modalités de fonctionnement des Centres de Planification ou d'Education Familiale précisant les dispositions applicables au dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le V.I.H. et au dépistage et traitement d'autres M.S.T., notamment en faveur des mineurs (Cf. Art. R. 162-57 et R. 162-55) et des personnes ne bénéficiant pas de prestations maladies versées par un régime légal ou réglementaire. La création ou l'extension des centres ne relevant pas d'une collectivité publique sont soumises à un agrément préalable du président du Conseil Général.</p>	<p>1^{er} août 1992 : Lancement d'une campagne de banalisation de l'usage du préservatif : 65 millions de préservatifs, vendus à 1 franc pièce, seront mis en vente dans toutes les pharmacies durant tout le mois d'août. A l'automne 1992, des distributeurs de préservatifs seront installés dans 50 gares SNCF « pilotes ».</p>

Chapitre 2

La politique de lutte contre le S.I.D.A.

La définition de la politique de lutte contre le V.I.H. appartient à l'Etat (Article L.35522 du Code de la Santé Publique). Pour mener à bien cette politique, le gouvernement s'appuie sur l'ensemble des services de l'Etat et des collectivités locales, ainsi que sur trois organismes spécifiques créées en 1988 : l'Agence Française de Lutte contre le Sida (A.F.L.S), l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (A.N.R.S.); le Conseil National du Sida (C.N.S.).

Fin automne 1988, suivant les recommandations du Rapport GOT (1988) un nouveau dispositif a été mis en place comprenant trois volets :

- la prévention et l'éducation pour la santé (A.F.L.S.)
- la recherche (A.N.R.S.)
- la prise en charge et les soins (Ministère de la Santé, Services extérieurs de l'Etat et collectivités locales dans le cadre d'un partenariat avec l'Etat).

Ce nouveau dispositif se poursuit au niveau international par l'engagement du gouvernement français dans la lutte contre la pandémie.

L'ensemble des actions menées dans le cadre de cette politique se fonde sur le "parti-pris éthique" que la France a choisi. face à la maladie (Pr F. Héritier-Augé, Pr A. Sobel, Revue Française des Affaires Sociales, octobre 1990).

2.1. La prévention et l'éducation pour la santé

L'Agence Française de Lutte contre le SIDA (A.F.L.S.), chargée de ce domaine, a une triple mission :

- **organiser** des campagnes de sensibilisation en direction de l'ensemble de la population tout en les adaptant aux différents publics concernés,
- **assurer** une information régulière de l'opinion publique sur l'évolution du SIDA et veiller à la qualité des informations diffusées,

- **inciter, coordonner et évaluer** les actions de prévention et d'éducation pour la santé de proximité conduites par les différents partenaires publics ou privés sur le terrain.

L'A.F.L.S , qui dépend du Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire, oriente ses actions dans le cadre de sa mission selon trois axes : l'information sur la maladie et les modes de transmission du V.I.H., la prévention par l'incitation à l'adoption de comportements plus sûrs, la solidarité envers les personnes atteintes.

Ainsi, l'Agence met en place :

- **Une communication** qui se traduit par des campagnes grand public utilisant différents médias (TV, radio, presse écrite, affichage; produits d'information comme brochures, dépliants, à destination des lieux publics).

Ces campagnes (13 depuis 1987), dans le cadre de communication institutionnelle publique, concernent la communication sur la maladie ou la communication sur le préservatif. Les deux premières campagnes ont été réalisées, avant la création de l'A.F.L.S., par le Comité Français d'Education pour la Santé (C.F.E.S.), la troisième conjointement par le C.F.E.S et l'A.F.L.S.

Par ailleurs, l'A.F.L.S. conduit des actions spécifiques de communication vers un public plus ciblé (jeunes, personnes toxicomanes, milieux professionnels, ...) par la mise à disposition d'un matériel d'information dans les lieux les plus fréquentés par ces populations.

Afin d'adapter le contenu et la forme de ces communication aux différentes attentes du public, des mesures d'impact et de perception des campagnes de prévention sont réalisées. Elles sont de deux types : d'une part, des analyses de type marketing réalisées en routine à l'issue de chaque grande campagne ; d'autre part des données tirées d'enquêtes en population générale ou auprès des populations spécifiques dans le cadre desquelles des questions sur les différentes campagnes lancées dans les périodes précédentes sont posées (cf.: Evaluer la prévention du S.I.D.A. en France, un inventaire des données disponibles - A.N.R.S. et A.F.L.S , septembre 1992).

L'analyse des données recueillies met en évidence de campagne en campagne :

- Une bonne visibilité des campagnes, une croissance du score d'agrément (accueil réservé à la campagne) et une augmentation de l'acceptation des messages diffusés et du sentiment d'implication vis à vis du sujet traité.

- L'information de base sur la transmission du virus est bien établie. L'enquête INSERM d'avril 1990 (J.P. Moatti & all) montre que 98% des personnes savent que le V.I.H. peut se transmettre lors des rapports sexuels et 95% lors d'une injection intraveineuse de drogue. Mais ce bon niveau d'information doit être relativisé en raison du maintien des "fausses croyances" sur les modes de transmission et les moyens de s'en protéger.

- Un climat de tolérance à l'égard des personnes atteintes, favorisée par une meilleure connaissance de la maladie. Toutefois ce climat reste fragile puisque 20% estiment qu'un malade est responsable de ce qui lui arrive et que 37% des personnes interrogées ayant des enfants refuseraient de les confier à une personnes séropositives au V.I.H.

- Une évolution des attitudes face à l'utilisation des préservatifs. Concernant les campagnes de promotion des préservatifs, 63% des interviewés se disent incités à utiliser des préservatifs en 1990 contre 41% en 1988. Toutefois, ces campagnes sont perçues avant tout comme des messages sur la nécessité de se protéger, chacun choisissant son mode de protection le plus approprié (intention de fidélité, limitation du nombre de partenaires, incitation à utiliser des préservatifs, ...).

- **Des actions de terrain**, par le biais de conventions signées (plus de 200 en 1990) avec différentes institutions et associations. et portant sur des programmes d'information et de prévention.

En 1990, pour la première fois, un appel d'offres a été lancé, dans le domaine de la prévention sanitaire et sociale, pour mobiliser les différentes équipes autour de la prévention de l'infection par le V.I.H. Sur 358 projets reçus, 211 ont été retenus et soutenus par l'AFLS pour 25 MF (plus d'une centaine de projets bénéficiant d'un co-financement).

Une première analyse, menée sur 148 dossiers, a mis en évidence certains éléments quantitatifs et qualitatifs :

Aspects quantitatifs :

La répartition géographique des projets : il n'existe pas de corrélation entre le nombre de projets régionaux, la gravité de l'épidémie ou la taille de la population. Une région sans projet ne signifie pas qu'il ne se passe rien, mais que les acteurs ont leur propres sources de financement (exemple : projets

issus des Caisses Primaires et Régionales de l'Assurance Maladie pour lesquels a été dégagé un budget de 20 MF sur le fonds de prévention).

Les populations visées par ces projets : on remarque une nette prédominance de ceux en direction des jeunes et en particulier des jeunes en difficulté, les autres s'adressant à la population générale ou à des catégories de professionnels très variées. Enfin, certains projets ont été plus particulièrement dirigés en direction de milieux défavorisés, de milieux migrants, de personnes toxicomanes et de personnes homosexuelles.

Les promoteurs de ces projets : ils proviennent de structures très variées : associations de lutte contre le S.I.D.A., associations de quartier ou de lycée, Comité d'éducation pour la Santé, associations de lutte contre la toxicomanie, associations travaillant vers le Quart Monde, Centres de Planification Familiale, Missions locales d'insertion des jeunes en difficulté, ...).

Aspects qualitatifs :

Les projets en direction des jeunes : ceux-ci intègrent le S.I.D.A. dans des programmes de prévention ou de promotion de la santé élargis, en abordant des thèmes plus vastes comme M.S.T.-S.I.D.A., Toxicomanie-S.I.D.A., ou Sexualité-M.S.T.-SIDA.

La forte mobilisation auprès des jeunes : deux axes se dégagent :

- Les projets menés en milieu scolaire ou en Centre de Loisirs dans lesquels les actions d'information s'organisent en partenariat ou avec l'appui de médecins, d'associations locales. Cette information peut être également l'objet d'un travail pédagogique : production de documents réalisés par les jeunes, d'expositions, de films vidéo, ...
- Les projets conduits en dehors du milieu scolaire auprès des jeunes défavorisés ou en difficulté où la prévention est l'objet d'un travail liant les problèmes de santé (Sida, toxicomanie) et la sexualité à la problématique plus générale d'insertion professionnelle et sociale. Les interventions peuvent soit prendre la forme de séances d'information ou de colloque singulier avec le médecin dans les institutions de prises en charge des jeunes en difficultés, soit d'intervention sur les lieux même de réunion des jeunes (club de loisirs, de sport, CIDJ, FJT,).

- **Un partenariat**, avec les acteurs de prévention en direction des grandes institutions publiques et privées afin de favoriser et donner de l'ampleur aux programmes de prévention et d'information.

Au niveau des institutions publiques, un partenariat a été engagé avec plusieurs ministères (Education Nationale, Jeunesse et Sports, Justice, Défense, Travail, Culture, Agriculture, Tourisme) et avec le Fonds d'Action Sociale. Dans la majeure partie des cas, les accords concernent la mise en oeuvre d'actions d'information des professionnels et des publics, de formations pour les professionnels, d'aide aux initiatives des relais de prévention,...

Au niveau des organismes privées, plusieurs actions ont été menées en partenariat avec AIDES (accord sur la mise en place de la ligne S.I.D.A. Infos Service), ARCAT SIDA (accord portant sur la publication et l'édition d'un encart mensuel d'infos sur les activités de l'A.F.L.S. ou sur les problèmes que celle-ci souhaite voir aborder de son propre point de vue dans le "Journal du S.I.D.A."), le C.R.I.P.S. (accord pour la réalisation d'une étude de faisabilité d'un réseau d'information dans 3 sites constituant 3 pôles régionaux d'information, de Conseil et de Prévention (Marseille, Lille, Bordeaux) et la CROIX ROUGE (formation des bénévoles et des personnels soignants).

2.2. La recherche

L'axe de la recherche sur le S.I.D.A. a été confié à l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (A.N.R.S.) qui a reçu pour mission d'évaluer, stimuler, coordonner et financer des recherches sur le S.I.D.A. et les infections rétrovirales humaines.

L'A.N.R.S., qui dépend du Ministère de la Recherche et de la Technologie, est composée de cinq comités scientifiques répartis selon différents secteurs : Virologie, Immunologie, Recherche Clinique, Epidémiologie, Santé Publique et Sciences de l'Homme et de la Société.

En 1989, l'A.N.R.S. a lancé son premier appel d'offres concernant des projets de recherche appliquées au S.I.D.A. et à la rétrovirologie humaine. Parallèlement de nombreux partenaires français (CNRS, INSERM, Institut Pasteur, Laboratoires universitaires, hôpitaux, associations) et étrangers (CEE, OMS) sont sollicités.

En 1990, 320 équipes de fundamentalistes et de cliniciens ont été impliqués dans les travaux sur le S.I.D.A. Comme l'a bien montré le rapport Dormont, des progrès significatifs ont pu être réalisés dans la lutte contre les maladies opportunistes.

L'A.N.R.S. publie un Bulletin d'information (ANRS Information) qui présente l'ensemble des recherches menées et dont le premier numéro est sorti en novembre 1989 ainsi que des documents d'information qui visent à faire le point sur la recherche dans le domaine du S.I.D.A. à l'attention du public.

2.3. La prise en charge et les soins

Le Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire qui a la responsabilité de définir la politique de lutte contre le S.I.D.A. en matière sanitaire et sociale, a doté deux de ses directions d'une cellule S.I.D.A.

- **A la Direction Générale de la Santé (D.G.S.)**, la Division S.I.D.A. est chargée essentiellement de la surveillance de l'infection par le V.I.H., de la politique de dépistage, de la prise en charge extrahospitalière du V.I.H. et des actions de formation correspondantes (depuis 1987, la D.G.S. financent des formations agréées par la Direction de l'Action Sociale en direction des intervenants sanitaires et sociaux).

- **A la direction des Hôpitaux**, la Mission S.I.D.A. participe à la planification des soins hospitaliers des patients atteints par le V.I.H., à l'élaboration du budget hospitalier affecté à la lutte contre le S.I.D.A. et au contrôle de ce budget.

Par ailleurs, les services extérieurs de l'Etat (D.D.A.S.S. et D.R.A.S.S.) qui mettent en oeuvre cette politique ont un rôle important dans la définition des besoins locaux et dans l'étude et le suivi des projets dans leurs départements ou régions.

Les collectivités locales (régions, départements, communes) participent souvent, dans le cadre d'un partenariat avec l'Etat, à des projets de prise en charge. En particulier, l'Aide Sociale (en ce qui concerne l'enfance, la famille, les handicapés et les personnes âgées) et la Protection Maternelle Infantile (PMI) sont de la compétence du département. Les communes, pour leur part, sont susceptibles de répondre, par diverses forme d'aide sociale, aux situations d'urgence.

Les grands axes de cette politique concernent :

- La prise en charge hospitalière par le renforcement des moyens hospitaliers et la création de postes.

- La prise en charge extra-hospitalière par la création d'appartements-relais, la mise en place de soins à domicile, le développement de réseaux de collaboration entre médecins de ville et médecins hospitaliers.

- La politique du médicament
- La prise en charge des mères et des enfants ayant une sérologie positive au V.I.H.
- Le fonds de solidarité des Hémophiles
- Les mesures relatives à l'exonération du ticket modérateur.

2.4. L'éthique

La France a choisi le "parti pris éthique" face à la maladie. En 1987, le Président de la République a proposé à Venise, lors du Sommet des Sept, la création d'un comité international d'éthique qui a tenu une première réunion en 1989.

Cette priorité éthique s'est traduite par un ensemble d'initiatives et de prises de position de plusieurs institutions sociales, administratives et politiques de notre pays.

Les principaux thèmes en ont été :

- Le refus de la discrimination qui s'est concrétisé par la loi du 12 juillet 1990 interdisant toute discrimination en raison de l'état de santé et du handicap d'une personne. La France a été à l'origine du texte sur la non-discrimination en matière de santé, adopté par la 43ème assemblée générale des Nations Unies en 1988.
- La libre circulation des personnes.
- La question du dépistage. La France a refusé toute politique de test obligatoire, considérant ce type de mesure comme contraire aux libertés et inopérantes en termes de santé publique. La politique de santé en matière de dépistage a été d'associer à une stratégie de dépistage volontaire, une stratégie d'information et de responsabilisation individualisée. Pour renforcer ce choix, un plan de formation au "Conseil pré et post-test" a été mis en place en 1992 qui concerne les professionnels sanitaires et sociaux impliqués dans le dépistage.

2.5. La solidarité internationale

A la demande des pays concernés, la France apporte son aide et engage des actions de lutte contre la pandémie. Ces actions, menées par le ministère de la Coopération et

du Développement et celui des Affaires Etrangères, s'intègrent dans les systèmes sanitaires des pays partenaires et les renforcent.

Les thèmes principaux en sont :

- Aide au dépistage par toute action favorisant l'accroissement de la sécurité des dons du sang
- Développement et soutien de la formation des personnels médicaux et paramédicaux
- Prévention et éducation pour la santé par le financement de produits d'information aux pays partenaires pour leurs population
- Financement de la recherche par le développement de recherches impliquant des équipes des pays en liaison avec l'A.N.R.S.
- Actions multilatérales sous la forme de financements, d'expertise et de participations aux évaluations contribuant à la mise en place des plans à moyen terme de l'Organisation Mondiale pour la Santé.

Chapitre 3

Les campagnes de prévention des pouvoirs publics.

L'Etat, dans le cadre de la prévention de l'infection par le V.I.H., a comme nous l'avons vu la double préoccupation de lutter contre l'extension de l'épidémie et contre ses conséquences sociales.

Au regard de cet objectif, les acteurs de santé publique ont choisi de travailler à partir d'une information objective, d'une dédramatisation de la maladie, d'une responsabilisation des personnes.

Trois grand axes de communication ont ainsi été retenus :

- 1 - **L'information** sur les modes de transmission du V.I.H.
- 2 - **L'incitation** à des comportements sexuels à moindre risque et notamment à l'utilisation de préservatifs
- 3 - **La solidarité** à l'égard des personnes séropositives au V.I.H. ou atteintes de S.I.D.A.

Auxquels s'ajoutent aujourd'hui un quatrième axe :

4 - L'incitation aux soins précoces.

La première communication publique aura lieu en avril 1987 : le Comité Français d'Education pour la Santé (C.F.E.S.) lance en effet la première campagne nationale d'information sur le S.I.D.A. (cf. tableau récapitulatif) :

- « Le S.I.D.A., il ne passera pas par moi »,
- « Le S.I.D.A., il ne passera pas par nous ».

Présentée à la télévision et relayée par un affichage, cette campagne avait pour objectif d'informer le grand public sur les modes de transmission du V.I.H.- alors bien identifiés par le corps médical mais moins bien connus du public- et sur sa prévention: le préservatif.

Un thème fondamental sous-tendait cette campagne :

Tout le monde est également concerné et chaque personne a une part de responsabilité -individuelle et collective- dans l'extension ou non de l'épidémie. L'image choisie était en ce sens éloquent : sur un fond noir et blanc, une courbe rouge, représentant l'évolution envisagée du nombre de cas de SIDA, un jeune fracturant cette ligne rouge.

L'étude d'impact de cette première campagne indiquera :

- **Une bonne sensibilisation** du public aux problèmes posés par le S.I.D.A.
- **Une levée de certaines craintes** par rapport aux modes de transmission du V.I.H.

Mais aussi :

- **L'oblitération du message** de prévention par celui sur la maladie

La recherche d'un nouvel axe de communication de prévention s'est alors imposé :

- **La nécessité de dissocier la communication** sur la maladie de celle sur le préservatif qui doit devenir un objet "banal", "culturel", indispensable", voire source de nouveaux plaisirs dans la relation amoureuse et sexuelle.

Dans le même temps, un certain nombre d'études montreront que l'association "préservatif - prévention du SIDA" ne constitue pas une incitation à l'utilisation du préservatif mais un frein.

Le S.I.D.A. vient en tiers dans la relation, liant l'amour et la mort ; mettre un préservatif devient une désignation possible (mais alors, tu es séropositif(ve) ou engendre la suspicion (c'est que tu n'as pas confiance en moi).

Par contre, le préservatif semble être bien mieux accepté comme contraceptif mais les textes législatifs d'alors rendaient impossible une telle publicité.

A partir de 1988, les campagnes nationales vont donc s'articuler autour de :

La banalisation et de la proposition du préservatif comme produit de consommation courante.

Une dédramatisation de la maladie. Il s'agit d'amener à une prise de conscience réelle et individualisée du risque, maintenir un climat de tolérance et de solidarité, éviter l'exclusion des personnes séropositives ou malades :

En 1990, l'enquête K.A.B.P. fait ressortir que :

- l'information de base sur les modes de transmission est intégrée par l'ensemble de la population même si persistent encore des "fausses croyances" à la fois sur les modes de transmission et sur les moyens de prévention.

- si l'opinion des Français à l'égard des personnes contaminées par le V.I.H. montre un climat de tolérance, ce dernier reste cependant fragile :

* 20% pensent qu'un malade du SIDA est responsable de ce qui lui arrive et 23% souhaitent que la Sécurité Sociale ne prenne pas en charge le remboursement des personnes contaminées lors d'une injection de drogue par voie intra-veineuse.

* Si la plupart des Français acceptent de travailler avec une personne séropositive, ils sont encore aujourd'hui moins nombreux à accepter que leurs enfants jouent ou vivent en collectivité avec un enfant séropositif.

* Par ailleurs, d'autres procédures de prévention ont été élaborées : 16% des personnes limitent le nombre de leurs partenaires ou renoncent à des opportunités.

* Enfin 10% ont recours à un mode subjectif de prévention : une meilleure connaissance du partenaire.

En 1992, un 3ème volet s'ouvre :

Dans le cadre des dispositions légales, une campagne d'incitation volontaire au test de dépistage du virus V.I.H. est mise en place., assortie d'un dispositif de formation des professionnels au Conseil Pré et Post-Test.

Dans l'enquête réalisée en 1992, on note plusieurs tendances favorables :

Les connaissances :

Les réponses aux items sur la transmission, pour lesquels on peut considérer qu'il existe des réponses scientifiquement claires (rapports sexuels, drogue par injection intraveineuse, transfusion de sang, don de sang, piqûre de moustique, hospitalisation dans le même service, en buvant dans le même verre qu'une personne atteinte) illustrent une amélioration générale du niveau de connaissances : 21,7 % des répondants de 1992 (39,7% seulement en 1990) sont en mesure de donner au moins sept « bonnes » réponses sur huit.

Les tests de dépistage :

Le test du dépistage du V.I.H. a été effectué par 22,2 % des répondants, dont 8,9 % plusieurs fois ; les multi-partenaires étant plus nombreux (22%) que les mono-partenaires (12%) à avoir pratiqué au moins une fois dans l'année.

Le préservatif :

- La vente des préservatifs avait augmenté de façon sensible (+56% entre 1988 et 1990). Les jeunes et les personnes ayant des partenaires multiples (42%) l'utilisent plus fréquemment.
- Les progrès réalisés en matière de banalisation de l'image sociale du préservatif, banalisation qui constitue l'un des objectifs majeurs de la communication des pouvoirs publics sur la prévention de l'épidémie se confirment.
- Les réticences au préservatif sont d'autant moins fortes que les répondants sont jeunes, et qu'ils déclarent en avoir effectivement utilisés.
- On notera que l'argument le plus fréquemment opposé au préservatif (69%) par les utilisateurs est celui d'une éventuelle barrière financière (78,9% pour les utilisateurs de moins de 20 ans).
- De plus, alors que 24,2% seulement des multi-partenaires de 1990 déclaraient un usage systématique du préservatif au moins dans les relations avec des partenaires autres que leur partenaire principal(e), cette proposition atteint 35,4% en 1992.

Les campagnes ont, sur ce point au moins, des effets cumulatifs. La nécessité d'utiliser un préservatif est acceptée. La difficulté réside dans la proposition à son/sa partenaire. Il y a là en quelque sorte une demande du public vers des campagnes de banalisation du produit et de "mode d'emploi" ou de "recettes" en situation.

Chapitre 4

A propos de la circulaire n°89-119 du 18 mai 1989 Ministère de l'Éducation Nationale

Cette circulaire, en direction des autorités rectores, académiques et des chefs d'établissement recommande la mise en place d'actions d'éducation pour la santé concernant la prévention du SIDA à l'intention des élèves des lycées, lycées professionnels et élèves de 3ème des collèges.

Objectifs

L'Ecole s'attribue, à l'égard des jeunes, un devoir d'information et de préparation "à des choix et des comportements conscients et libres".

Stratégies

Il s'agit d'aller au delà des simples enseignements. Les élèves doivent bénéficier d'une information suivie de discussions. La circulaire invite à l'instauration d'entretiens entre des adultes qualifiés et des élèves dans un climat de confiance et de sincérité. Ces dialogues devront être conduits dans un local (infirmerie, Centre de Documentation et d'Information (C.D.I.) par exemple) se prêtant à une relation déhiérarchisée entre les adultes et les élèves. Ces "points de rencontre" pourront être animés, sous la responsabilité du chef d'établissement et après avis du médecin responsable au niveau départemental, par toute personne reconnue compétente dans ce domaine.

Organisation

Une cellule de réflexion et de programmation des actions sera mise en place dans chaque établissement à l'initiative des chefs d'établissement agissant en liaison avec l'Inspecteur d'Académie. Cette cellule comprendra des enseignants volontaires, le conseiller d'éducation, les personnels sanitaires et sociaux ainsi que des représentants des élèves. Les parents d'élèves seront informés des projets et pourront être associés aux séances d'information organisées.

Le projet d'établissement

La répartition du Service Public en de multiples unités dotées d'une autonomie financière et administratives, l'insertion dans le tissu local des établissements publics d'enseignement et l'établissement d'un autre type de relations entre les enseignants et les élèves ou leurs représentants ont largement modifié le paysage interne et externe de l'Education Nationale.

Dans le droit fil du renouveau du Service Public, la notion de projet d'établissement a vu le jour officiellement en juillet 1989. En effet, l'article 17 de la Loi d'Orientation institue l'obligation pour chaque collège et lycée d'élaborer et de mettre en œuvre un projet d'établissement. Une circulaire du 17 mai 1990 en précise les modalités.

Le projet d'établissement doit respecter les principes généraux, les dispositions législatives et réglementaires définissant le Service Public d'Education.

Il doit permettre :

- de prendre en compte la diversité des publics scolaires
- d'exprimer une volonté locale
- d'exprimer les attentes, les espoirs... et la volonté collective d'une communauté particulière
- de déboucher sur une définition d'objectifs et sur une stratégie stable ouverte sur l'environnement
- de donner une cohérence aux activités et d'assurer la convergence des politiques éducatives.

En fait, le projet d'établissement comporte quatre fonctions régulatrices :

- la fédération des actions,
- la mobilisation autour d'une identité,
- la négociation avec l'environnement,
- la programmation du changement.

Les effets du projet d'établissement

Il a pour effet d'assurer une cohérence entre le système d'enseignement proprement dit, le système des relations internes à l'établissement et le système des échanges avec l'extérieur. Il permet surtout de donner à tous les acteurs dans l'établissement des responsabilités effectives et favorise les conditions d'une plus grande participation des élèves à la vie de l'établissement.

Chapitre 5

Les défis du développement à l'adolescence

5.1 Le développement à l'adolescence

Qu'est-ce que l'adolescence ? Il n'existe pas de consensus sur la réalité que recouvre le terme adolescence entre les psychologues, les sociologues, les endocrinologues, les ethnologues... Certains définissent l'adolescence comme une phase en soi plus ou moins critique, d'autres comme un épisode de croissance, d'autres encore comme la fin de l'enfance incluant ou non une régression à des phénomènes de la petite enfance. Age ouvert, phase marginale, étape originale dans le développement de l'être humain, l'adolescence mobilise régulièrement la société civile qui projette sur elle ses désirs, ses peurs, sa fascination, ses attentes et ses difficultés.

- **Le développement pubertaire**

L'enfant éprouve, sur une période de quatre années en moyenne, des transformations physiologiques et somatiques majeures de son propre corps, bouleversant en retour toute son intimité, son rapport à soi, à autrui, au monde. La puberté est un moment de la vie où trois âges se superposent plus ou moins bien : l'âge chronologique, l'âge biologique et l'âge psychologique.

- **La problématique du corps à l'adolescence**

Les modifications physiologiques de la puberté (taille, poids, masse musculaire, mue, pilosité...) ont un impact psychologique et peuvent être source de perturbations de l'équilibre psychique.

- **L'auto-perception du corps**

Au niveau moteur et spatial, l'adolescent doit réapprendre à se servir de son corps comme élément de repère et de références dans l'espace. La modification de ses dimensions corporelles explique cette phase passagère caractérisée par une certaine maladresse ou quelques difficultés psychomotrices.

- Le corps et l'image de soi

Les modifications corporelles obligent l'adolescent à recevoir une autre image de soi. Sensible à toute remarque sur son corps, son habillement, son poids, l'adolescent peut osciller entre deux conduites jugées extrêmes par son entourage : un intérêt excessif pour l'habillement, l'esthétisme, la propreté ou au contraire un désintérêt total pour tout ce qui concerne son apparence, son habillement, voire toute activité corporelle.

- Le corps et la construction de l'identité

L'adolescent troublé par les modifications physiologiques et générales qui lui échoient est amené à recomposer son identité, c'est à dire à s'exercer à des rôles proches de ceux des adultes.

La fille et le garçon ne peuvent plus se comporter comme des enfants dans des corps d'homme et de femme. Ces rôles vont de la modification de la ligne vestimentaire en passant par la façon de s'exprimer, la modification des modes de communication verbale et non-verbale, la cessation de certaines activités et habitudes ludiques et enfantines.

- **La signification de la sexualité à l'adolescence**

Il est souvent difficile pour les adolescents de s'adapter aux modifications de leur schéma corporel et d'accepter l'intrusion de la sexualité dans leur vie. Que celle-ci soit vécue sur un mode passif (être regardé(e), être séduit(e), être objet de désir, être approché(e),...) ou sur un mode actif (avoir envie de séduire, s'approcher d'autrui, prendre plaisir à regarder, s'essayer à être objet de désir,...), l'activité sexuelle proprement dite fait autant problème que l'absence d'activité sexuelle.

La sexualité à l'adolescence signifie une double naissance : une naissance à soi-même et une naissance à l'autre.

Les adolescents éprouvent des sentiments ambivalents à l'égard de la sexualité ; les pratiques sexuelles sont largement déterminées par le sens que prend la sexualité dans la relation à soi et à autrui.

En effet, l'autre avant d'être un partenaire réel possible va donner lieu à une construction imaginaire, onirique, idéale. Cette capacité à "rêver" l'autre va permettre à l'adolescent d'avoir du temps pour acquérir les compétences nécessaires à la réalisation concrète d'une relation affective et sexuelle (être sûr de soi, s'affirmer, assumer ses désirs, séduire, parler d'amour, donner, partager, se responsabiliser, s'engager ...).

- Les rôles sexuels

L'adoption ou la création d'un rôle sexuel échoient aux adolescents entre la puberté et le début de l'âge adulte.

En fonction des normes sociales adultes et de l'influence du groupe des pairs, les rôles sexuels vont s'installer à l'adolescence de manière plus ou moins marquée.

Le développement du rôle sexuel tend à être plus difficile pour la fille car l'adolescence représente souvent une rupture de rôle. Encouragée à la compétition quand elle est une petite fille, elle est souvent acculée à l'adolescence à une situation cruciale : continuer à assumer la compétition et pour cela maintenir l'affirmation de soi dans un contexte qui l'oblige à s'identifier à des images de la féminité pouvant séduire l'autre mais contraires à son être et à sa perception d'elle-même. Même si la condition sociale des filles progresse, on observe une psychologie différentielle des sexes à l'adolescence qui révèle les difficultés d'accomplissement de soi des filles.

- L'orientation sexuelle

L'orientation sexuelle signifie l'orientation privilégiée vers un "objet sexuel". Celle-ci peut se modifier tout au long de la vie. En effet, il est plus réaliste de parler de l'évolution et des modifications de la vie sexuelle (homosexualité, hétérosexualité, bisexualité) que de l'adoption définitive d'une forme de sexualité.

L'orientation sexuelle pose certains problèmes aux adolescents qui éprouvent des difficultés à se définir et à communiquer sur ce thème avec leurs pairs et avec les adultes.

- **Le développement cognitif à l'adolescence**

La pensée adolescente subit une modification importante et on observe une évolution des modes de pensée à l'adolescence. Les adolescents construisent des systèmes et des théories. Ils créent d'autres mondes qu'ils élaborent en utilisant des méthodes d'induction expérimentale. Ils sont passionnés d'hypothèses, ont accès à la pensée abstraite et à la métaphysique.

Préoccupés de l'avenir du monde, l'adolescent révèle par là son désir de se situer et de s'intégrer dans un monde plus étendu que celui de ses expériences propres ou celles de son entourage.

La réussite scolaire enrichit les perspectives d'avenir à l'adolescence alors que les échecs répétés bloquent l'organisation de la représentation du futur.

- **Le sentiment de soi à l'adolescence**

L'adolescence est le temps par excellence de la construction du sentiment de soi. La construction du sentiment de soi peut donner lieu à une série de mises à l'épreuve et il est souvent corrélatif d'une prise de risques consciente afin de tester ses propres limites et répondre aux exigences du moi.

Il est aussi le moment privilégié pour une réflexion sur soi en comparaison avec autrui pour se reconnaître à la fois comme le même et comme différent des autres.

- **Le développement de la socialisation**

Le passage de la dépendance infantile à l'état adulte passe par l'émancipation de la tutelle parentale. Cette émancipation s'accompagne plus ou moins d'un désinvestissement affectif envers les parents et la famille proche au profit d'un attachement aux pairs et au groupe de pairs.

- **L'autonomie comportementale et affective**

L'autonomie affective et du comportement est un processus lent qui va de l'entrée dans l'adolescence à la première installation dans une relation affective stable et longue.

Tout au long de ce processus, l'adolescent adopte des stratégies comportementales de compromis plus ou moins grand entre les valeurs de son milieu et ses propres valeurs.

Par ailleurs, sa dépendance affective et son souci de maintenir les liens affectifs avec sa famille nécessitent souvent le recours à des pairs, à des figures d'autorité plus ou moins charismatiques comme structure de soutien.

Cette période est cruciale parce que les adolescents ont à inventer leur système de valeurs implicites ou explicites et à choisir leur mode d'être au monde.

5.2 Les adolescents et la santé

La santé n'est pas une préoccupation majeure chez les adolescents.

L'adolescence est l'âge où on consulte le moins. Les courbes de consommation médicale atteignent leur niveau le plus bas vers 15-16 ans. Dans les motifs de consultation, les problèmes de gynécologie occupent le premier plan ce qui explique une fréquentation des médecins généralistes omnipraticiens légèrement plus importante chez les filles à partir de 15 ans.

Le dialogue, généralement difficile entre le médecin et le patient adolescent, a amené des orientations en médecine d'adolescent comme la création de structures de soins spécifiques pour les adolescents à l'initiative du Professeur Courtecuisse à l'Hôpital du Kremlin-Bicêtre.

En effet, l'alliance thérapeutique est fondamentale dans la médecine des adolescents mais celle-ci requiert la création et les conditions d'accueil, de dialogue et d'intervention adaptées à la population adolescente.

Les besoins des 13-18 ans

- 1 - Comprendre et accepter les transformations de son apparence, ses capacités et ses aptitudes
- 2 - S'entraîner à exercer des rôles adultes
- 3 - Explorer différents styles de vie
- 4 - Construire son propre système de valeurs
- 5 - Apprendre à développer et à maintenir des relations amicales et intimes satisfaisantes dans un cercle plus restreint.
- 6 - Pouvoir prendre une décision
- 7 - Faire des choix et pouvoir réaliser ces choix
- 8 - Développer et accroître l'estime de soi et la confiance en soi et en autrui
- 9 - S'accepter soi-même
- 10 - Reconnaître les besoins des autres et développer des compétences pour les aider à satisfaire leurs besoins
- 11 - Prendre des risques, évaluer ses erreurs et en tirer des enseignements
- 12 - Communiquer ses sentiments directement aux personnes concernées
- 13 - Savoir entrer en relation avec les représentants de l'autorité (parents, professeurs, employeurs)
- 14 - Acquérir les aptitudes requises pour les rôles adultes
- 15 - S'accomplir dans sa vie affective et sexuelle (sensuelle)
- 16 - Savoir saisir des opportunités dans la vie scolaire

5.3 La dimension de l'animation dans les groupes d'adolescents

L'animation est spécifique dans les groupes d'adolescents dans la mesure où les animateurs rencontrent souvent beaucoup de timidité, de passivité et d'indifférence de la part des publics adolescents.

Ces réactions sont normales à l'adolescence et sont à mettre en rapport avec les mécanismes de défense dont doivent user les adolescents pour se protéger des intrusions constituées par les modifications structurelles (physiologiques, somatiques et psychiques) dont ils sont l'objet.

Ces difficultés liées à l'individuation juvénile confrontent parfois l'adolescent à une relative dépersonnalisation et une difficulté à s'adapter à un nouveau monde réel nécessitant des techniques d'animation adaptées aux besoins des adolescents.

- **Les besoins des adolescents en matière d'animation**

Les adolescents ont besoin qu'on respecte leurs mécanismes de défense. En termes plus simples, cela signifie le maintien de la possibilité d'utiliser des échappatoires.

Par exemple, il est important d'indiquer toujours de manière précise les cadres temporels et spatiaux de la rencontre adulte-adolescent. Un adolescent peut être gêné et il est important qu'il puisse évaluer par lui-même son impossibilité à se retrouver assis, dans un groupe en rond, pour une discussion. Le bureau et la prise de notes peuvent le protéger d'une trop grande proximité avec les autres et avec les adultes.

L'information sur la durée d'une intervention ou d'une activité de groupe à forte implication est importante. Elle permet à l'adolescent de bénéficier d'un temps nécessaire à l'abaissement des défenses et en même temps de bénéficier d'un échappatoire. Par exemple, il peut aborder un sujet important juste avant la fin de la séance en sachant qu'il aura dit quelque chose d'essentiel mais que personne ne le forcera à en dire plus.

- **La communication avec les adolescents**

La communication par le contact et le regard pose un certain nombre de problèmes aux adolescents. Il n'est pas bon d'obliger un adolescent à nous regarder quand on lui parle. Mais on peut utiliser tous les moyens de l'apprentissage ou du dialogue médiatisé par les petits groupes, les activités, l'audiovisuel,...

- **Les pédagogies de la prévention à l'adolescence**

La prise en compte de la dimension spécifique de l'adolescence nécessite entre différentes pédagogies le choix d'une d'entre elles fondée sur le souci de maintenir pour l'élève son propre pouvoir et le contrôle de lui-même afin de lui permettre de participer au choix et aux décisions que la prévention lui propose.

Il s'agit de donner aux adolescents tous les moyens dont nous disposons pour l'aider à découvrir par lui-même ce dont il a besoin pour trouver, élaborer ou recréer le sens de sa vie ou à la vie.

Recommandations pour les acteurs de prévention auprès des adolescents.

LES MESSAGES DE PREVENTION EN DIRECTION DES JEUNES DOIVENT ETRE ADAPTES A LEUR NIVEAU DE DEVELOPPEMENT ET FONDES SUR UNE APPROCHE CONCRETE DE L'ICI ET MAINTENANT : Il est totalement inefficace de diffuser auprès des jeunes des messages insistant sur les conséquences à long terme des comportements à risques. Les messages doivent mettre en évidence les avantages immédiats de l'adoption de comportements de prévention.

LES ACTEURS DE PREVENTION DOIVENT ETRE PERÇUS COMME DES PERSONNES DIGNES D'ESTIME, SANS PREJUGES ET ENGAGEES DANS CE QU'ELLES FONT : Les acteurs de prévention doivent être ouverts aux styles de vie des jeunes. Ils doivent éviter toute discrimination concernant l'orientation sexuelle des jeunes.

LES ACTEURS DE PREVENTION DOIVENT SAVOIR FAIRE APPEL AUTANT AU VERSANT EMOTIONNEL QU'AU VERSANT RATIONNEL DE LA PERSONNALITE DES ADOLESCENTS : En fonction de leur situation et de leur degré de proximité avec l'infection par le V.I.H., ils doivent favoriser en fonction du contexte, l'expression des sentiments, des opinions ou des convictions des adolescents.

LES ACTEURS DE PREVENTION DOIVENT POUVOIR BENEFICIER D'UNE FORMATION CONTINUE ET D'UNE SUPERVISION : Il est important que les acteurs de prévention soient informés régulièrement des recherches et des connaissances en matière de prévention et d'infection par le V.I.H. et qu'ils disposent de lieux de régulation et d'échanges sur leurs pratiques d'éducation.

LES INTERVENTIONS EN EDUCATION POUR LA SANTE DOIVENT ETRE MODULABLES, CREATIVES ET INTERESSANTES POUR LES ADOLESCENTS : Les acteurs de prévention doivent pouvoir adapter et modifier en permanence leurs interventions en fonction des situations et du groupe d'adolescents auxquels ils s'adressent.

En fait, il s'agit de créer entre les adultes et les jeunes un type de relation visant à les aider à trouver par eux-mêmes les solutions aux problèmes qui les concernent en matière d'infection par le V.I.H.

Quelques références bibliographiques

ADOLESCENCES : Miroir des âges de la vie

Toulouse : Privat (Ecole des Parents et des Educateurs de la Région Toulousaine),
1987 - 196 p

DOLTO (Françoise)

Paroles pour adolescents ou le complexe du homard

Paris : Hatier, 1989 -158 p

MALE (Pierre)

La crise juvénile

Paris : Payot, 1982 - 280 p

RODRIGUEZ-TOME (Hector) BARIAUD (Françoise)

Les perspectives temporelles à l'adolescence

Paris : PUF, 1987 - 262 p, bibliogr.

Bibliographie

ADOLESCENCES : Miroir des âges de la vie
Toulouse : Privat (Ecole des Parents et des Educateurs de la Région Toulousaine),
1987 - 196 p

AGENCE FRANÇAISE DE LUTTE CONTRE LE SIDA, PLANNING FAMILIAL,
SANTÉ SCOLAIRE
*Bilan intermédiaire à partir des animations réalisées dans trois collèges de
l'agglomération grenobloise*
Grenoble : juillet 1991

A.N.R.S., A.F.L.S.
Evaluer la prévention du SIDA en France, un inventaire des données disponibles
Paris : ANRS, AFLS, novembre 1990

ARCAT - SIDA
L'intervention sociale face au SIDA
Paris : ARCAT - SIDA, 1991 - 188 p.

ARCAT - SIDA
Infection par le VIH : Répertoire des essais thérapeutiques en France.
Paris : ARCAT-SIDA, Juin 1992 - 247 p.

ARON (Jean Paul)
Mon SIDA
Paris : Bourgeois, 1988

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE
Manuel Info-SIDA à l'intention des éducateurs
Ottawa (Ontario - Canada), Association Canadienne de Santé Publique, 1992 - 378 p.

ASSOCIATION "JEUNES CONTRE LE SIDA"
Les jeunes et le SIDA
Paris : AJCS, 1988

ASSOCIATION "JEUNES CONTRE LE SIDA"
Parler du SIDA aux jeunes : guide d'intervention
Paris : AJCS, 1991 - 32

ASSOCIATION PREVENTION SIDA
Rapport final SIDASTOP 2
Paris : APS, septembre 1991

ASSOCIATION PREVENTION SIDA

Module : La séropositivité dans le corps social

PARIS : APS, 1991 - 98 p.

ASSOCIATION PROMST

Sondage auprès des lycéens de la région Rhône-Alpes.

Service InterUniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de Saint Martin d'Hères

ATTITUDES FACE AU SIDA : Enquête ERES

in : *Revue Inter-Universitaire de Sciences et Pratiques Sociales.*, n° Hors Série, Avril 1989 - 41 p.

AUBRY (M), DESCELLIERS (D)

Une expérience en milieu scolaire intégrée à une activité de prévention spécialisée "TVAS 17ème"

Paris : in : *La lettre du CRIPS*, n° 15, mai 1991

AUTOUR DU SIDA, TESTS ET DEPISTAGES

Paris : in : *ACTES, les cahiers d'action juridique*, n° 81/82, été/automne 1992

AVENTURIN (E)

Pourquoi et comment intervenir à propos du SIDA à l'école

In : *Santé Publique*, n° 1, 1992

BANNY (M) and coll.

Dynamique des groupes et éducation

Paris : Dunod, 1971

BEAUVOIS (JL), JOULE (RV)

Engagement et prévention en milieu scolaire

In : *Santé Publique*, n° 1, 1992

BLANCHE (S), GIRARD (PM), KATLAMA (C), PIALOUX (G), SAIMOT (AG)
SIDA

Paris : Doin, 1991. 538 p. - bibliogr.

BONIFACE (B)

Prévenir les jeunes pour préserver l'avenir

Paris : in : *La lettre du CRIPS*, n° 15, mai 1991

BOUCHAYER (F)

Les logiques sociales des actions en éducation pour la santé

In : *Sciences sociales et santé*, vol 2, n° 3/4, oct. 1984

BOYER (C), KEGELES (S)

Aids risk and prevention among adolescents

In : *Social Science Medecine*, vol 33, n° 1, 1991

CALVEZ (Marcel)

Composer avec un danger : Approche des réponses sociales à l'infection au VIH et au SIDA

Rennes : I.R.T.S de Bretagne, 1989 - 117 p.

CALVEZ (Marcel)

La perception des risques du VIH dans un groupe de jeunes à Douarnenez

Document de travail, 1991

CASTERET (AM)

L'affaire du sang

Paris : La Découverte, 1992

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE

SIDA, enfant, famille : les implications de l'infection à VIH pour l'enfant et la famille

Paris : C.I.E. - in : *Les Synthèses bibliographiques*, 1990 - 280 p., bibliogr.

CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION PEDAGOGIQUE

Le SIDA

Paris : in : Textes et documents pour la classe n° spécial, 1990

CERF (N), GOULET (V), MASSARI (V), PILLONEL (J), SERFATY (A),
LAPORTE (A), BRUNET (JB)

Surveillance nationale de l'activité de dépistage du VIH en France

Paris : in : *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 12, 1992 - pp. 51-52

CHAMBON (C), LE BERRE (J)

Les représentations imaginaires du SIDA chez les adolescents

Etude, 1988

CHARLES - NICOLAS (A) Dir.

SIDA et toxicomanie : Répondre

Paris : Frison - Roche, 1989

COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE

La santé en question

Vanves : CFES, 1987 - 112 p.

CONSEIL DE L'EUROPE, CONSEIL DE LA COOPERATION CULTURELLE

L'éducation à la santé : l'enseignement du SIDA dans les écoles secondaires

43ème séminaire du Conseil de l'Europe pour les enseignants - Rapport 1990

CROS (M), MANDERSCHIED (JC)

Discours des experts et des adolescents lors d'une conférence internationale sur le SIDA

In : *Santé Publique*, n° 1, 1992

DAB (W), MOATTI (J.P.), ABENHEIM (L), BASTIDE (S), POLLAK (M)
Le SIDA et le comportement sexuel des Franciliens
Paris : in : *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 40, 1988 - pp.193 et suiv.

DEBRE (Bernard)
Le voleur de vie - La bataille du SIDA
Paris : De Fallois, 1989 - 193 p.

DE KETELE (JM) SCOONBROODT (C)
Le SIDA à l'école : de quelle prévention parlons-nous ?
In : *Les séminaires de médecine scolaire*, vol 87, n°120/121, 1987

DE LANHEERE (V) and coll.
Définir les objectifs de l'éducation
Paris : PUF 1976

DEPARTEMENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE - QUEBEC
SIDA : en parler aux jeunes
Montréal (Québec), Département de Santé Communautaire Maisonneuve - Rosemont

DEWEY (J)
Expérience et éducation
Paris : éditions Armand Colin, 1968

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE (Division SIDA), OBSERVATOIRE
REGIONAL DE LA SANTE D'ILE DE FRANCE, CRIPS
Guide pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en Ile de France
Paris : DGS, 1991

DOLTO (Françoise)
Paroles pour adolescents ou le complexe du homard
Paris : Hatier, 1989 -158 p

DREUILLHE (AE)
Corps à corps - Journal du SIDA
Paris : Gallimard, Nrf, 1987

ERIKSON (E)
Enfance et société
Ed. Delachaux et Niestlé, 1966

FABRE (G)
La prévention du SIDA auprès des jeunes, paradoxes et contradictions
Aix en Provence : Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail, 1991

FAVEREAU (Eric)
Chambres ouvertes
Paris : Ballard, 1988

FILLOUX (J)

Du contrat pédagogique

Paris : Dunod, 1974

FRANZKOWIAK (P)

Primary aids prevention for adolescents in the extrascholastic field : fundamentals, concepts, practice.

Acte de colloque, oct. 1989

GEORGE (RL) and coll.

Counseling, theory and practice

Londres : Ed. Allyn and Bacan, 1991

GODIN (G)

L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs

In : *Sciences Sociales et Santé*, vol 9, n° 1 , mars 1991

GOT (Claude)

Rapport sur le SIDA

Préface de Claude EVIN : Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. Paris : Flammarion, 1989 - 340 p.

GRMEK (Mirko)

Histoire du SIDA

Paris : Payot, 1990 (2ème éd) - 392 p. bibliogr.

GUIBERT (Hervé)

A l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie

Paris : Gallimard, 1990

GUIBERT (Hervé)

Le protocole compassionnel

Paris : Gallimard, 1991

HAMELIN (D)

Les objectifs pédagogiques

Paris : SF/EME, 1979

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE

Avis et rapport sur le dépistage de l'infection par le VIH.

Paris : Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire, haut Comité de la Santé Publique, Collection : Avis et Rapports du HCSP, 1992 - 45 p.

HENRION (R)

Les femmes et le SIDA

Paris : Flammarion, 1988

HIRSCH (Emmanuel)
Le SIDA : rumeurs et faits
Paris : Le Cerf, 1987 - 208 p.

HIRSCH (Emmanuel)
AIDES : Solidaires
Paris : Le Cerf, 1991 - 710 p.

IMBERT (F)
Le groupe classe et ses pouvoirs
Paris : Armand Colin, 1976

INSGHT - APS
Synthèse SIDASTOP 2
Paris : APS, juin 1990

JEAN (Jean Paul) Dir.
SIDA : L'enjeu du droit
Paris : Association d'Etudes et de Recherches de l'Ecole Nationale de la Magistrature,
1991 - 280 p.

Association Didier Seux
*JEUNESSES AU TEMPS DU SIDA : Compte-rendu du colloque organisé par
l'Association Didier Seux le 18 Juin 1988 à Paris*
Lyon : Ed : Fondation Marcel Mérieux, 1988 - 163 p.

JULIETTE
Pourquoi moi ? SIDA, Confession d'une jeune femme d'aujourd'hui.
Paris : Robert Laffont, 1987

KERNBAUM (Serge)
Le praticien face au SIDA
Paris : Flammarion, coll. Médecine Sciences, 1992 - 267 p.

KIRBY (D)
*The effectiveness of educational program to help prevent school-age youth from
constructing HIV*
Washington : Ed. Center for Population Options, 1988

KUBLER - ROSS (E)
Le SIDA : Un défi à la société
Paris : Interdictions, 1988

LECORPS (Philippe)
Prévenir le SIDA
Rennes : Ecole Nationale de Santé Publique, 1988 - 63 p.

LEPAPE (MC)
Pédagogie et pédagogies
Paris : Dunod, 1972

LERT (France)

Les actions d'information et de prévention en direction des jeunes. Etude de la situation de 6 villes françaises
INSERM- DGS, 1989

LE SIDA, REPOSES AUX QUESTIONS DU PERSONNEL DE SANTE

Paris : Assistance Publique - ARCAT SIDA, mai 1991

LE SIDA ET L'INFECTION A VIH - MANUEL D'INFORMATION PRATIQUE à L'USAGE DU GRAND PUBLIC

Paris : ARCAT SIDA.

LEVY (E)

L'éducation pour la santé - Rapport au Conseil Economique et Social
Séances des 22 et 23 juin 1982

LEWIN (R)

Psychologie dynamique

Paris : PUF, 1972

LOURAU (R)

L'illusion pédagogique

Paris : L'Epi, 1969

MAIRIE DE PARIS

Projet pour la mise en place d'un programme de prévention du SIDA dans les lycées municipaux

Document de travail, 1992

MALE (Pierre)

La crise juvénile

Paris : Payot, 1982 - 280 p

MANDERSCHEID (JC) and coll.

Regard sur l'éducation pour la santé - Action et réflexion à propos du SIDA

Montpellier : UCAP, février 1992

MALHERBE (JF), ZORRILLA (S)

Le citoyen, le médecin et le SIDA

Paris : L'Harmattan, 1989 - 233 p.

MANDERSCHEID (JC) and coll.

SIDA : stratégie d'intervention éducative en milieu scolaire

Montpellier : CHRU, 1989

MARTIN (Jean) et al.

L'amour préservé : les jeunes et le SIDA

Lausanne : ISPA - Presse, 1989 - 231p., bibliogr.

MAURIAC (Nicolas)

Le malentendu : le SIDA et les médias

Paris : Plon, 1990 - 178 p., bibliogr.

MINISTERE DE LA SANTE AU QUEBEC

Le SIDA et les jeunes : guide d'activités à l'intention des infirmières intervenant auprès de jeunes de 12 à 18 ans

Ed. Centre de coordination sur le SIDA, 1969

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (Gouvernement du Québec)

Guide d'entraînement à l'animation et à la consultation : Programme de formation sur le SIDA

Québec : centre de coordination sur le SIDA, 1990 - 120 p.

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

L'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine.

Paris : Direction des Journaux officiels, in : Bulletin Officiel N° 88-28bis - 150 p.

(Textes officiels de 1985 à 1988)

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Prévention des toxicomanies et conduites à risques : mise en place des comités d'environnement social

22 oct 1990

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION, CONSEIL NATIONAL DU SIDA

L'infection par le virus de l'Immunodéficience Humaine VIH

Paris : Direction des Journaux officiels, 1991 - 261 p.

(Textes législatifs de 1983 à 1991)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION

La lutte contre le SIDA en France

Paris : La Documentation Française, 1992 - 108 p.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE, MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE.

Les années SIDA

Paris : Masson, in : *Revue Française des Affaires Sociales*, n° Hors Série, Oct. 1990 - 213 p.

MISE EN OEUVRE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES D'UNE POLITIQUE D'INFORMATION ET DE PREVENTION EN MATIERE DE SANTE ET NOTAMMENT DU SIDA

Circulaire n° 89-119 du 18 mai 1989

- MOATTI (JP), DAB (W), POLLAK (M) et al.
Les attitudes et comportements des Français face au SIDA
Paris, in : *La Recherche*, 1990 - pp. 888-895
- MORIN (M), JOULE (V)
Représentations sociales et engagement : recherche psychosociale en milieu scolaire sur les modifications de conduites des jeunes en relation avec le SIDA
Rapport, 1991
- OBIN (Pierre), CROS (Françoise)
Le projet d'établissement
Paris : Hachette, coll. Education, 1991 - 175 p.
- POLLAK (M), DAB (W), MOATTI (JP)
Systèmes de réaction au SIDA et action préventive
Paris, in : *Sciences Sociales et Santé*, n° 7, 1989 - pp 111-139
- POLLAK (Michael), MENDES-LEITE (Romel), VAN DEN BORGHE (Jacques)
Homosexualité et SIDA : Actes du colloque international, 12-13 Avril 1991
Paris, in : *Cahiers Gai-kitsch- Camp / Université 4*, 1991 - 270 p.
- PREVENTION DU SIDA ET PRATIQUES SOCIALES - Les fondements culturels de la prévention.*
Bordeaux : Ed. du C.R.A.E.S, 1991 - 202 p.
- QUENEL (Ph), BELTZER (N), DAB (W), MOATTI (JP)
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population d'Ile de France face au SIDA.
Paris : Observatoire Régional de Santé d'Ile de France, déc. 1990 - 67 p.
- RELIGION ET MALADIE : LE SIDA
Paris : Le Cerf, in : Le Supplément, *Revue d'Ethique et de Théologie Morale*, sept. 1989 - 208 p.
- REVUE : ANRS Information : Bulletin de l'Agence Nationale de Recherches sur le SIDA
Paris : Editions de l'ANRS
- REVUE : LE JOURNAL DU SIDA
Paris : ARCAT - SIDA - mensuel
- REVUE : TRANSCRIPTASE : Revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le SIDA
Paris, Editions Transcriptase, mensuel
- RODRIGUEZ-TOME (Hector) BARIAUD (Françoise)
Les perspectives temporelles à l'adolescence
Paris : PUF, 1987 - 262 p, bibliogr.

RUFFIOT (A) Dir.

Psychologie du SIDA

Paris : Pierre Mardager, 1989

RUFFIOT (André) Dir.

L'éducation sexuelle au temps du SIDA

Toulouse : Editions Privat, Coll. Pratiques Sociales, mai 1992 - 190 p., bibliogr.

SERFATY (A), LAPORTE (A), MOCOURAUD (M), PILLONEL (J), PERRAULT (M)

Evaluation du dispositif des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) - Enquête : " activités, prestations, fonctionnement"

Paris : in : *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 27, 1992 - pp. 123-125

SERFATY (A), PERRAULT (M), PILLONEL (J), LAPORTE (A), PATRIS (C), DEBEAUPUIS (J)

Bilan d'activité des consultations de dépistage anonymes et gratuites du VIH en 1990

Paris : in : *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 21, 1991

SIDA, CLINIQUE, ETHIQUE, PSYCHOPATHOLOGIE

Toulouse : Privat, in : *Informations Psychiatriques*, vol 63 (fév. 1987) et vol 64 (mai 1988)

SIDA ET LIBERTES : La régulation d'une épidémie dans un état de Droit.

Paris : Actes Sud, 1991 - 335 p., bibliogr.

SIDA, LES FAITS, L'ESPOIR

Paris : édition FIIS, 6ème édition remise à jour en janvier 1992

(Disponible en plusieurs langues)

SONTAG (Susan)

Le SIDA et ses métaphores

Paris : Christian Bourgeois, 1989 - 124 p.

TOURETTE - TURGIS (Catherine)

Les aspects sociaux du versant féminin de l'infection à VIH

Paris : in : *Etudes Psychothérapeutiques*, n° 90, 1990

TROUSSIER (Thierry) Dir

Le sens à la sexualité et ses conséquences ; quelques réflexions

1990

VIVRE LE SIDA : Le livre blanc des Etats Généraux

Paris : Le Cerf, 1992 - 234 p.

WHITE (E), MARS - JONES (A)

L'écharde

Paris : Christian Bourgeois, 10/18, 1988 - 350 p.

Annexes

Textes réglementaires et de références

ANNEXE 1

**Déclaration de consensus sur
le S.I.D.A. et l'École**

**Consultations mondiale des
Organisations d'Enseignants**

Confédération Mondiale des Organisations
de la Profession Enseignante (C.M.O.P.E.)
Confédération Syndicale Mondiale des
Enseignants (C.S.M.E.)
Fédération Internationale Syndicale de
l'Enseignement (F.I.S.E.)
Secrétariat Professionnel International de
l'Enseignement (S.P.I.E.)

En association avec :

L'Organisation Mondiale de la Santé
L'Organisation des Nations Unis pour
l'Education, la Science et la Culture
L'Organisation Internationale du Travail

**Déclaration de consensus sur le Sida et
l'École**

Cette déclaration de consensus a été élaborée par la Confédération Mondiale des Organisations de la Profession Enseignante (C.M.O.P.E.), la Confédération Syndicale Mondiale des Enseignants (C.S.M.E.), la Fédération Internationale Syndicale de l'Enseignement (F.I.S.E.) et le Secrétariat Professionnel International de l'Enseignement (S.P.I.E.), conjointement avec l'O.P.S., l'UNESCO et l'O.I.T. à l'adresse du personnel de l'éducation et particulièrement des enseignants. Cette déclaration contient des informations de base sur la transmission du virus de l'immuno-déficience humaine (V.I.H.) et sur le faible risque de transmission dans le cadre de l'école. Elle a pour but de présenter les questions principales liées au V.I.H. et au syndrome d'immuno-déficience acquise (S.I.D.A.) dans

l'environnement scolaire, ainsi que les efforts nécessaires au plan éducatif et les principes qui les guident.

I – Déclaration Générale

L'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (V.I.H.) et le syndrome d'immuno-déficience acquise (S.I.D.A.) sont des problèmes pressants, de portée mondiale, dont les conséquences sociales, culturelles, économiques, politiques, éthiques et juridiques sont vastes.

Les jeunes de 5 à 18 ans représentent aujourd'hui une proportion importante de la population de tous les pays. Un grand nombre d'entre eux sont dans le système scolaire ou sont en relation avec ceux qui le fréquentent. L'information, les valeurs et les savoirs transmis par l'école ont une influence considérable sur la vie de ces jeunes. La participation active des enseignants et des organisations représentatives d'enseignants à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation (en coopération avec des experts de la santé, de la communication et des sciences sociales) de programmes de promotion de la santé destinés à l'école et axés sur le SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.) est une nécessité si l'on veut améliorer le niveau de connaissances et réduire les comportements à risque parmi les jeunes. En outre, cette participation est d'une importance capitale pour l'aboutissement des initiatives visant à combattre l'ignorance et à prévenir la discrimination à l'égard des collègues et élèves touchés par la séropositivité.

II - Introduction

A ce jour, les études épidémiologiques faites partout dans le monde établissent que le virus de l'immuno-déficience humaine (V.I.H.) est transmis de trois façons seulement :

- 1 par les rapports sexuels (hétérosexuels ou homosexuels) avec une personne infectée par le VIH ;
- 2 par le contact avec des tissus humains tels que le sang, les produits sanguins, les organes transplantés et le sperme, contaminés par le VIH. Le contact avec le sang résulte principalement de la transfusion de sang infecté par le virus, de l'utilisation des seringues et aiguilles aussi contaminées ou de l'emploi de tout autre instrument de perforation de la peau non stérilisé ;
- 3 de la femme infectée au fœtus ou enfant, avant, pendant ou après la naissance (transmission périnatale).

Le VIH n'est pas transmis par des contacts occasionnels d'individu à individu, ni dans le milieu scolaire, ni dans aucun autre milieu. Une masse considérable d'expériences portent à croire que le VIH n'est pas transmis par les insectes, les produits alimentaires, l'eau, la salive, les éternuements, la toux, les toilettes, l'urine, les piscines, la sueur, les larmes, les couverts, la vaisselle et d'autres objets tels que vêtements de protection, appareils téléphoniques, jouets, livres, meubles ou équipements sportifs.

L'infection par le VIH et le SIDA (VIH/SIDA) sont des problèmes globaux. Dans leur majorité, les sujets infectés par le VIH, se sentent et paraissent bien portants ; ils pourront, au cours du temps, développer le SIDA ou contracter d'autres maladies liées au VIH, ou demeurer asymptomatiques. Un pourcentage important des 5 à 10 millions de sujets infectés par le VIH de part le monde n'ont guère plus de vingt ans et bon nombre d'entre eux ont vraisemblablement été contaminés avant l'âge de dix-huit ans. Il importe par conséquent que les implications du VIH/SIDA dans le milieu scolaire soient parfaitement comprises

par les enseignants, les étudiants et les parents, et que les enseignants organisent de larges discussions au sujet des modes de transmission et des comportements réducteurs du risque d'infection dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le SIDA mais sur pied dans chaque pays.

Il est important que tous ceux qui évoluent en milieu scolaire comprennent que les contacts ordinaires entre étudiants, entre enseignants et entre étudiants et enseignants ne comportent aucun risque de contracter ou de transmettre le SIDA.

Les principaux comportements à risque qui véhiculent l'infection du VIH dans la population scolaire âgée de cinq à dix-huit ans sont les mêmes que pour les adultes : rapports sexuels, contacts avec la circulation sanguine par l'intermédiaire de matériel de perforation de la peau non stérilisés (en général des aiguilles, mais également les instruments de tatouage, etc.) et, dans les pays où le contrôle de la sécurité du sang n'est pas encore systématisé, les transfusions sanguines.

III – Principes Généraux

Les enseignants traitant des questions liées au VIH dans le cadre de programmes scolaires formels, de même que les enseignants séropositifs et ceux faisant partie du groupe à risque pour l'infection par le VIH, doivent être protégés contre toute forme de discrimination, conformément aux principes contenus dans les normes internationales relatives aux droits des êtres humains et dans les normes internationales du travail.

Les organisations représentatives d'enseignants doivent agir au sein des systèmes scolaires pour promouvoir des politiques qui protègent les étudiants et les enseignants infectés par le VIH, y compris les sidéens, contre toutes atteintes aux

droits de l'homme et à la dignité de la personne la dignité de la personne. Les étudiants et les enseignants séropositifs qui sont en bonne santé devraient être traités de la même manière que les autres étudiants et enseignants.

Les étudiants et enseignants atteints de maladies liées au VIH, y compris le SIDA, ne devraient pas être traités différemment de tout autre étudiant ou enseignant atteint d'une maladie qui ne présente pas de risque pour autrui dans les conditions normales de la vie scolaire.

La plupart des étudiants et des enseignants touchés par le VIH/SIDA souhaitent poursuivre leurs activités habituelles en milieu scolaire. Il faut leur permettre de participer pleinement au fonctionnement de l'école, sans avoir à craindre de discrimination ou de persécution de la part des autres. En leur donnant la possibilité d'apporter leur créativité et leur productivité dans un cadre scolaire favorable, on améliore à la fois le bien être et l'atmosphère de l'école. La confidentialité et le droit à la vie privée doivent être garantis et respectés à l'égard de tous les enseignants et étudiants infectés par le VIH.

Les enseignants doivent recevoir des autorités éducatives et/ou de la santé, un matériel pédagogique adapté et une formation initiale et en cours de service appropriée sur la question du virus VIH et du SIDA. Une telle formation doit comprendre une information et des discussions sur toutes les questions soulevées dans cette déclaration de consensus. Une formation complète des formateurs d'enseignants est aussi fondamentale.

Les organisations représentatives d'enseignants doivent également participer à l'établissement de programmes complets de promotion de la santé destinées aux écoles et comprenant

un enseignement relatif au SIDA et aux maladies sexuellement transmissibles. Ces programmes devraient apporter aux jeunes des connaissances précises et les encourager à acquérir les savoirs qui les aideront à décider et à agir avec maturité. Les programmes devraient comporter des discussions sur les problèmes sexuels d'un niveau approprié à chaque groupe d'âge.

Il faut fournir aux étudiants tous les éléments dont ils ont besoin pour déterminer leur conduite sexuelle de manière responsable avant d'atteindre l'âge de la sexualité active.

Etant donné que les jeunes ne peuvent commencer leur vie sexuelle, et/ou être poussés à des attitudes à risques tels que l'injection de drogue, à un âge précoce, il est fondamental que les programmes d'éducation comprennent des discussions sur les possibilités de réduire ce risque.

La participation des organisations représentatives d'enseignants à l'élaboration du programme est essentielle afin de répondre de façon appropriée, avec l'appui des autorités éducatives, des parents et de la communauté dans son ensemble, au besoin des élèves et des étudiants de bénéficier de programmes éducatifs ayant un sens par rapport à leur propre vie.

IV – Elaboration et Mise en œuvre d'une Politique

Il importe d'élaborer des politiques et des recommandations cohérentes pour le milieu scolaire au plan international, national et local, par la voie de consultation avec les enseignants, leurs organisations représentatives, les institutions des Nations Unies et autres organismes internationaux, les organisations non gouvernementales, les Ministères de l'Éducation et les comités nationaux de prévention et de lutte contre le

SIDA. Les enseignants et leurs organisations représentatives sont de puissants instruments de diffusion de l'information et de promotion des changements de comportement, et ils devraient être intégrés à tous les stades de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes de lutte contre le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles. Les politiques et les programmes en question devraient :

- être portés à la connaissance de tous les groupes susmentionnés ;
- être réexaminés en permanence à la lumière des données épidémiologiques et d'autres informations scientifiques ;
- faire l'objet d'une surveillance visant à assurer le succès de leur mise en œuvre ; et être évalués sous l'angle de l'efficacité.

Eléments d'une politique :

A – Candidats à un emploi comme enseignants ou à d'autres fonctions scolaires ou étudiants sollicitant leur admission :

Le dépistage du VIH/SIDA préalablement à l'engagement ou à l'admission, dans le cadre de l'évaluation de l'aptitude aux fonctions ou à la fréquentation scolaire, est inutile et ne devrait pas être exigé. Par dépistage, il faut entendre ici le recours à des méthodes directes (épreuves sérologiques de mise en évidence des anticorps anti-VIH) ou indirectes (identification des comportements à risques) aussi bien qu'à l'interrogatoire sur d'éventuels dépistages antérieurs. Le dépistage du VIH/SIDA préalable à l'engagement ou à l'admission, effectué pour des raisons d'assurances ou autres, suscite de graves préoccupations du fait du risque de discrimination et appelle un examen complémentaire approfondi.

B – Personnes travaillant à l'école ou fréquentant l'école

- 1 *Dépistage du VIH/SIDA* : Le dépistage du VIH/SIDA soit par des méthodes directes (test VIH), soit par des méthodes indirectes (identification des conduites à risques), soit encore par la recherche d'informations sur des tests déjà subis, n'est pas nécessaire et ne devrait pas être exigé.
- 2 *Confidentialité* : La confidentialité de toutes les informations de caractère médical, y compris en ce qui concerne la situation du point de vue du VIH/SIDA, doit être sauvegardée.
- 3 *Information de l'administration ou du service médical scolaire* : L'enseignant, le membre du personnel scolaire et l'élève ne devraient avoir aucune obligation d'informer l'administration ou le service médical scolaire de sa situation au regard du VIH/SIDA.
- 4 *Protection du personnel* : Le personnel des écoles et les étudiants infectés par le VIH ou perçus comme tels doivent être protégés d'une possible stigmatisation ou discrimination (2) de la part de leurs collègues, des syndicats, des employeurs, des étudiants, des parents et de la communauté. Pour maintenir le climat de compréhension mutuelle nécessaire à une telle protection, il est vital d'informer et d'éduquer.
- 5 *Accès du personnel scolaire et des étudiants à divers services* : Les enseignants, les autres membres du personnel scolaire, les étudiants et leurs familles devraient avoir accès aux programmes d'information et d'éducation concernant le VIH/DSIDA, à des services de conseils et à une orientation vers des services médicaux de recours appropriés.
- 6 *Prestations* : Les enseignants et autres

membres du personnels scolaire infectés par le VIH ne devraient subir aucune discrimination ; ils devraient bénéficier des prestations normales de la sécurité scolaires et des autres avantages liés à leur activité professionnelle.

- 7 *Aménagement raisonnable de l'organisation du travail ou de l'activité scolaire* : L'infection par le VIH n'implique pas par elle-même une limitation de l'aptitude au travail ou à l'activité scolaire. Si cette aptitude se trouve réduite par une maladie liée au VIH, il convient d'apporter des aménagements raisonnables à l'organisa-tion de travail ou de l'activité scolaire. Cette décision doit reposer sur des faits et des critères scientifiques et médicaux.
- 8 *Maintien de l'emploi ou de l'activité scolaire* : L'infection par le VIH ne peut être un motif de cessation de l'emploi ou de révocation de l'admission scolaire. Pas plus que de nombreuses autres maladies, les maladies liées au VIH ne devraient priver les individus affectés de la possibilité de travailler à l'école ou de fréquenter celle-ci aussi longtemps qu'ils sont médicalement aptes à remplir les tâches qui peuvent être offertes ou à participer à des activités existantes appréciées.

C – Programme de promotion de la santé concernant le VIH/SIDA

- 1 Des programmes complets de promotion de la santé concernant le VIH/SIDA devraient être mis en œuvre en milieu scolaire dans le cadre du programme d'enseignement. Ces programmes devraient apporter aux étudiants (ainsi qu'aux administrateurs, aux enseignants et aux personnels scolaires) l'information et les connaissances dont ils ont besoin pour choisir de manière responsable des

comportements propres à réduire le risque de transmission du VIH ou d'infection par celui-ci. Ces programmes seront d'autant plus efficaces qu'ils seront intégrés à d'autres éléments du programme d'enseignement tels que l'éducation sanitaire, l'éducation sexuelle, les sciences sociales et la biologie.

- 2 Les enseignants et tout autre personnel de l'éducation doivent recevoir une formation initiale et en cours de service quand au VIH et au SIDA.
- 3 Les enseignants par leurs organisations représentatives, doivent être impliqués à tous les stades de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation des programmes de promotion de la santé contre le VIH et le SIDA, pour les enseignants et le personnel de l'éducation.
- 4 Les enseignants doivent être protégés contre la perte de leur emploi, de prestations ou d'avantages, ou contre toute autre mesure dont ils peuvent faire l'objet à cause de l'enseignement qu'ils dispensent dans le cadre d'un programme approuvé, concernant la transmission et la prévention de l'infection par le VIH et comprenant une franche discussion de la sexualité humaine d'un niveau approprié aux différents groupes d'âge de la population scolaire.

La pandémie du Sida est un problème manifeste et actuel appelant l'attention urgente. Les organisations mentionnées dans le préambule pensent que seul un effort global de coopération, au plan régional, national et local, vivement appuyé par les gouvernements, peut aboutir à un réel succès. Notre coopération, à la rédaction de ce document a pour objectif de faire progresser les efforts communs de la communauté scolaire, avec la participation des enseignants et de leurs

organisations représentatives dont le rôle est primordial.

Dans le contexte scolaire, la formation et la motivation des enseignants sont essentielles pour assurer une éducation efficace à la prévention et à la lutte contre le SIDA. La participation active des enseignants par leur organisations représentatives à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de politiques et d'activités pédagogiques anti-SIDA favorisera la qualité de la conception des programmes et des interventions.

Cette participation assurera également que les activités de prévention et de lutte contre la séropositivité et le SIDA seront intégrées intelligemment dans un programme d'ensemble plutôt que de venir surcharger des programmes déjà trop lourds.

Rappels :

(1) Consultation sur le S.I.D.A. et le Lieu de Travail : Déclaration (1988)
WHO/GPA/INF/88.7 Rev. I (non publié) .
Peut être obtenu en écrivant au : Programme Mondial de Lutte contre le SIDA,
Organisation Mondiale de la Santé, CH-1211
Genève 27, Suisse.

(2) O.M.S. : Non à la discrimination envers le S.I.D.A. La Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA41.24 à Genève le 13 mai 1988.

ANNEXE 2

**Circulaire n°89-119
du 18 mai 1989 (Ministère de
l'Éducation Nationale)**

*(Éducation Nationale, Jeunesse et Sports :
Bureau DLC 16B)*

Texte adressé aux recteurs, aux inspecteurs d'académie, aux directeurs des services départementaux de l'Éducation, et aux chefs d'établissements.

Mise en oeuvre au sein des établissements scolaires d'une politique d'information et de prévention en matière de santé et notamment du S.I.D.A.

NOR : MENL8950244C

Apprendre aux jeunes à devenir des citoyens responsables, leur faire prendre conscience des grands problèmes de société, notamment ceux auxquels ils peuvent être confrontés dès l'adolescence, telle est bien la mission de l'École, l'une des plus belles, sans doute la plus difficile.

L'École se veut ouverte sur le monde. Dès lors qu'apparaissent des problèmes de santé publique nouveaux et graves, elle a le devoir d'en informer les jeunes et de les préparer à des choix et à des comportements conscients et libres.

La présentation des problèmes de santé publique, des facteurs et des risques qui peuvent naître du rapport à autrui, l'apprentissage et la maîtrise de cette relation dans l'affirmation de soi et le respect de l'autre constituent un domaine important et délicat de l'éducation.

Certes, des enseignements portant sur la reproduction humaine, la contraception, les maladies sexuellement transmissibles et leur prévention trouvent déjà leur place dans le cursus scolaire.

Les élèves des lycées, lycées professionnelles et élèves de Troisième des collèges, parce qu'ils sont exposés à divers risques et notamment à celui du S.I.D.A., doivent toutefois recevoir, en plus, une information suivie de discussions sur l'ensemble de ces matières, non plus traitées comme des enseignements, mais qui devront constituer le point de départ d'une réflexion commune sur les démarches de prévention à entreprendre.

Ces entretiens doivent se dérouler dans un climat de confiance et de sincérité. Il faut donc un lieu approprié. Des adultes qualifiés pourront y prendre part, sous le contrôle des chefs d'établissements. Les thèmes qui seront abordés concerneront non seulement la prévention du S.I.D.A. et des maladies sexuellement transmissibles mais également celle des toxicomanies ou aussi tout autre sujet entrant dans le cadre de l'éducation à la santé.

Je demande en conséquence aux proviseurs de réserver, certaines heures, aussi proches que possibles des heures d'enseignement, ou dans leurs intervalles, un local dont le cadre (infirmerie, C.D.I., par exemple) se prêtera mieux qu'une classe à des conversations et où la relation entre élèves et adultes –ces derniers pouvant être des professeurs– s'établira de manière moins hiérarchique. Ce local devra être accueillant pour que les élèves, s'y sentant en confiance, puissent s'exprimer librement et poser toutes les questions qui les préoccupent sur ces problèmes, sur les moyens de prévention,

mais aussi de manière plus large sur les aspects sociaux, voire philosophiques, sur lesquels ces questions peuvent déboucher. Ces « points de rencontre » devront favoriser l'écoute et le dialogue, dans le but de faciliter l'expression des jeunes et d'accompagner leur réflexion.

Ces actions seront animées par toutes les personnes compétentes, y compris par les partenaires associatifs, après avis du médecin responsable au niveau départemental, en liaison avec le médecin conseiller du recteur. Elles pourront être organisées avec la participation des autres services ministériels concernés.

Aucun document, aucun matériel ne pourra être diffusé dans le cadre des établissements sans que les autorités académiques aient été au préalable consultées sur les objectifs recherchés et sur la nature de ces documents ou matériels, ni sans l'accord du chef d'établissement.

Pour définir au mieux les objectifs de ces actions, une cellule de réflexion et de programmation des actions sera mise en place dans chaque établissement, à l'initiative du chef d'établissement agissant en liaison avec l'inspecteur d'académie. Elle comprendra des enseignants volontaires, le conseiller d'éducation, les personnels sanitaires et sociaux ainsi que des représentants des élèves.

A partir d'une évaluation des besoins, cette cellule déterminera les actions à mettre en oeuvre, en tenant compte de l'existence des « clubs santé » ; elle établira le calendrier, choisira les intervenants, définira les modalités d'évaluation et soumettra les projets élaborés au conseil d'administration auquel elle fera chaque année rapport sur la nature et le bilan des actions entreprises. Les parents d'élèves seront informés des projets et pourront être associés aux séances d'information organisées.

Cette organisation implique que des stages de formation continue, organisés sur le mode pluridisciplinaire, soient mis en place pour les membres des équipes éducatives faisant partie des cellules de réflexion. Cette formation doit favoriser le travail d'équipe. Elle sera principalement axée sur la communication et fera place à la sociologie et à la psychologie collective et individuelle, plus particulièrement celles des adolescents confrontés aux problèmes de société. Il conviendra, en outre, de sensibiliser les participants aux méthodes de programmation et d'évaluation.

Je demande aux recteurs de bien vouloir porter une attention particulière à ce que de tels stages puissent être inscrits dans les plans académiques de formation. En dépit de la date à laquelle sont publiées ces instructions, des stages devront être programmés au titre de l'année 1989-1990.

Il appartiendra aux recteurs et inspecteurs d'académie de prendre toutes dispositions utiles avec le concours de leurs conseillers pour que cette organisation soit mise en place dans les établissements concernés. Je leur demande de bien vouloir m'en rendre compte à la fin du premier trimestre de l'année scolaire 1989-1990.

(B.O. n° 22 du 1^{er} juin 1989)

ANNEXE 3

**La loi n°90.86
du 23 janvier 1990
dite loi Calmat**

Titre IV

Dispositions diverses

Art. 50 – Après l'article 6 de la loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique il est inséré un article 6 bis ainsi rédigé :

« **Art. 6. bis** – Sans préjudice des dispositions du titre I du livre III du code de la santé publique, les centres de planification ou d'éducation familiale agréés peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin assurer le dépistage et le traitement

de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent, à titre gratuit et de manière anonyme, le dépistage et le traitement de ces maladies en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes ne bénéficiant pas de prestations maladies versées par un régime légal ou réglementaire. Un décret pris après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France fixe les modalités d'application du présent article. Ce même décret fixe également les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage et ce traitement sont prises en charge par l'Etat et les organismes d'assurance maladie. »

La présente loi sera exécutée
comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 23 janvier 1990

François MITTERRAND

ANNEXE 4

**Relations du ministère
chargé de l'éducation
nationale avec les associations
qui prolongent l'action
de l'enseignement public**

Décret n° 90-620 du 13 juillet 1990
NOR : MENG9001542D

Le Premier Ministre

Sur le rapport du ministre d'Etat,
ministre de l'éducation nationale, de la
jeunesse et des sports,

Vu la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983,
notamment ses articles 25 et 26 ;

Vu la loi d'orientation sur l'éducation
n° 89-486 du 10 juillet 1989 ;

Vu le décret n° 85-986 du 16 septembre
1985 relatif au régime particulier de
certaines positions des fonctionnaires
de l'Etat et à certaines modalités de
cessation définitive de fonctions,
notamment son titre 1^{er} ;

Vu le décret n° 85-924 du 30 août 1985
relatif aux établissements publics
locaux d'enseignement ;

Vu le décret n° 89-122 du 24 février
1989 relatif aux directeurs d'écoles,

Décète :

Titre 1^{er}

**Agrément des associations éducatives
complémentaires de l'enseignement
public**

Art. 1^{er} Les associations éducatives qui
désirent prolonger l'action de
l'enseignement public auprès des élèves en
assurant leur prise en charge au-delà du
temps scolaire doivent être agréées pour
apporter leur concours au service public de
l'éducation.

Art. 2 L'agrément intervient après
vérification du caractère d'intérêt général et
de la qualité des services proposés par ces
associations, de leur compatibilité avec les
activités du service public de l'éducation
nationale, de leur complémentarité avec les
instructions et programmes d'enseignement
ainsi que de leur respect des principes de
laïcité et d'ouverture à tous sans
discrimination.

Art. 3 Le ministère chargé de l'éducation
nationale peut apporter une aide aux
associations éducatives complémentaires de
l'enseignement public dûment agréées. Cette
aide revêt la forme de mise à disposition de
personnels, telle que prévue par le décret du
16 septembre 1985 susvisé, ou d'octroi de
subventions.

Art. 4 L'agrément est accordé pour une
durée de cinq ans selon les modalités prévues
aux articles 5 et 6 du même décret. Il est
renouvelable pour la même durée suivant la
même procédure.

La liste des associations agréées fait l'objet
d'une publication au Bulletin officiel de
l'éducation nationale.

L'agrément accordé à une association
nationale ou à une fédération d'association
vaut pour ses structures régionales,
départementales et locales, statutairement
affiliées ou fédérées.

Art. 5 Le ministre chargé de l'éducation nationale reçoit les demandes d'agrément des associations dont les activités s'exercent sur l'ensemble du territoire national.

Le recteur d'académie reçoit les demandes d'agrément des associations dont les activités s'exercent au niveau local, départemental, académique, inter-académique. Dans ce dernier cas, est compétent le recteur de l'académie où est situé le siège de l'association.

Art. 6 Les demandes d'agrément sont assorties d'un dossier comprenant :

- les statuts de l'association et le récépissé de déclaration à la préfecture ainsi que le règlement intérieur s'il existe ;
- la liste des membres du conseil d'administration ainsi que, le cas échéant, de l'organe dirigeant ;
- une notice retraçant, dans ses grandes lignes, l'histoire et l'évolution de l'association ;
- les trois derniers rapports annuels d'activité, le dernier bilan financier et le dernier compte de résultats ;
- une notice de renseignements dûment remplie en vue de l'agrément (document 1) ;
- le cas échéant, la décision d'agrément ou de reconnaissance accordé par d'autres administrations de l'Etat.

Ce dossier est soumis pour avis, selon le cas, au Conseil national des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public visés au titre III du présent décret.

La décision accordant l'agrément est prise par arrêté, respectivement du ministre chargé de l'éducation nationale ou du recteur d'académie, chacun en ce qui le concerne, et notifiée à l'association agréée.

L'agrément peut être retiré dans les mêmes formes.

Art. 7 Sont agréées pour une durée de deux ans à compter de la date de publication du présent décret les associations qui, à cette même date, bénéficient de l'aide du ministre chargé de l'éducation nationale au titre des activités complémentaires de l'enseignement public, sous les formes prévues à l'article 3.

Titre II **Habilitation des associations à intervenir pendant le temps scolaire**

Art. 8 Dans le respect des règles relatives à l'organisation d'activités complémentaires dans les établissements scolaires et de la responsabilité pédagogique des enseignants, les associations qui souhaitent intervenir pendant le temps scolaire en appui aux activités d'enseignement conduites par les établissements, sans toutefois se substituer à elles doivent être habilitées à le faire par le recteur d'académie.

L'habilitation à intervenir pendant le temps scolaire est accordée après vérification du respect par les associations des principes fondamentaux de l'école publique ainsi que de la conformité aux programmes scolaires et aux programmes d'action culturelle, sportive, sanitaire ou sociale des prestations qu'elles proposent.

Art. 9 L'habilitation d'une association à intervenir pendant le temps scolaire est accordée pour une durée de deux ans selon les modalités prévues à l'article 10 du présent décret. Elle est renouvelable pour la même durée, suivant la même procédure.

Art. 10 Les demandes d'habilitation sont adressées par les instance dirigeantes des associations au recteur de l'académie dont relèvent les établissements dans lesquels l'intervention est souhaitée. Elles sont accompagnées d'un dossier comprenant :

- les statuts de l'association et le récépissé de déclaration à la préfecture ;

- la liste des membres du conseil d'administration ainsi que, le cas échéant, de l'organe dirigeant ;
- une notice retraçant, dans ses grandes lignes, l'histoire et l'évolution de l'association ;
- les trois derniers rapports annuels d'activité, notamment pédagogiques ;
- le dernier bilan financier et le dernier compte de résultats ;
- une notice de renseignements dûment remplie en vue de l'habilitation (document 2) ;
- la présentation des prestations proposées ;
- le cas échéant, la décision d'agrément accordé par une administrations de l'Etat.

Le recteur d'académie examine les demandes d'habilitation e liaison avec les inspecteurs d'académie concernés et les soumet pour avis au Conseil académiques des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public visé au titre III du présent décret.

La décision d'habilitation est prise par arrêté du recteur d'académie et notifiée à l'association concernée.

La liste des associations habilitées à intervenir pendant le temps scolaire est communiqué avant chaque rentrée scolaire aux responsables des établissements de l'académie.

Titre III

Le Conseil national des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public et les Conseils académiques des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public

Art. 11 Afin de favoriser la concertation entre l'administration de l'éducation nationale et ses partenaires sont créés un Conseil national des associations éducatives complémentaire de l'enseignement public et

des conseils académiques des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public.

Art. 12 Le Conseil national des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public est présidé par le ministre chargé de l'éducation nationale ou son représentant. Il est composé de :

- huit représentants des associations agréées ;
- cinq représentants des organisations représentatives des personnels de direction, d'éducation et d'enseignement ;
- cinq représentants des organisations représentatives de parents d'élèves ;
- cinq représentants du ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports.

Art. 13 Le Conseil national des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public :

- donne son avis sur les demandes d'agrément et sur les propositions de retrait d'agrément des associations dont les activités s'exercent au niveau national ;
- donne son avis sur les demandes d'habilitation des associations à intervenir auprès des élèves des établissements de l'académie pendant le temps scolaire ;
- examine les résultats de l'évaluation des activités complémentaires de l'enseignement public conduites dans l'académie.

Art. 14 Le Conseil académique des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public est présidé par le recteur d'académie ou son représentant. Il est composé de :

- huit représentants des associations agréées ;
- trois représentants des organisations représentatives des personnels de direction, d'éducation et d'enseignement ;
- trois représentants des parents d'élèves ;
- trois représentants de l'administration.

Art. 15 Le Conseil académique des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public :

- donne son avis sur les demandes d'agrément et sur les propositions de retrait d'agrément des associations dont les activités s'exercent au niveau local, départemental, académique ou inter-académique ;
- donne son avis sur les demandes d'habilitation des associations à intervenir auprès des élèves des établissements de l'académie pendant le temps scolaire ;
- examine les résultats de l'évaluation des activités complémentaires de l'enseignement public conduites dans l'académie.

Art. 16 Les membres du Conseil national des Conseils académiques des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public sont désignés pour trois ans par arrêté, respectivement du ministre chargé de l'éducation nationale et des recteurs d'académie, chacun en ce qui le concerne.

Le Conseil national et les conseils académiques des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public se réunissent au moins une fois par an. Ils peuvent en outre être réunis sur convocation de leur président ou à la demande du tiers au moins de leurs membres.

Ils fixent leurs règles internes de fonctionnement.

Des représentants suppléants sont désignés en nombre égal à celui des membres titulaires du Conseil national et des conseils académiques des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public représentant les associations, les personnels de direction, d'éducation et d'enseignement et les parents d'élèves. Un représentant suppléant siège au Conseil national ou au Conseil académique des associations éducatives complémentaires de l'enseignement public en cas d'empêchement d'un membre titulaire.

Art. 17 Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 13 juillet 1990

Par le Premier ministre :

MICHEL ROCARD

Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports :

LIONEL JOSPIN

Document 1
**Agrément des associations
éducatives complémentaires
de l'enseignement public**

Notice de renseignements

Nom de l'association

.....

.....

Siège social, adresse

.....

.....

.....

Téléphone

Date de déclaration

Reconnue d'utilité publique

Non Oui

Date

Agréée par une administration de l'Etat

Non Oui

Laquelle

.....

.....

Liste des principales activités périscolaires

(joindre un bref descriptif de ces activités qui en précise la nature, le lieu où elles s'exercent et le volume : nombre de centres d'accueil gérés, se stages organisés, d'enfants accueillis...):

.....

.....

.....

.....

.....

Publications périodiques (titres, périodicité, tirage)

.....

.....

.....

Nombre d'adhérents individuels

.....

Structure de l'association :

Structures régionales

départementales

(délégations, sections ou autres)

Non Oui

(préciser)

.....

.....

Eventuellement, nombre d'associations

statutairement affiliées ou fédérées (préciser la

répartition géographique) :

L'association bénéficie-t-elle déjà de :

Mise à disposition de personnels de l'éducation nationale ?

Non Oui

Nombre

Subvention de l'Etat

.....

Education nationale (préciser l'origine et le montant)

.....

.....

Autre administration

.....

L'association a-t-elle des représentants dans des instances officielles représentatives ?

Non Oui

Lesquelles ?

Fait à le

Le(La) présidente de l'association

Document 2
**Habilitation des associations à
intervenir pendant le temps scolaire**

Notice de renseignements

Nom de l'association

.....
Siège social, adresse

Téléphone

Date de déclaration

Reconnue d'utilité publique
Non Oui

Date

Agréée par une administration de l'Etat
Non Oui

Education nationale

Autre

Etablissements où l'intervention est souhaitée

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Thème de l'intervention proposée (joindre un
descriptif)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'association est-elle déjà intervenue auprès
d'établissements scolaires ?

Non Oui

Lesquels ? (préciser les thèmes d'intervention)

.....
.....
.....

Résumé des principales activités de l'association

.....
.....
.....
.....
.....

Publications périodiques (titres, périodicité, tirage)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à..... le.....

Le(La) présidente de l'association

ANNEXE 5

**Prévention du Sida et des
M.S.T.
« Journée mondiale
de lutte contre le Sida »**

NOR : MENG9050464N

RLR : 554-9

Note de service n° 90-313 du 29 novembre
1990 (Education nationale, Jeunesse et Sports
; bureau DLC 16)

*Texte adressé aux recteurs, aux inspecteurs
d'académie, directeurs des services
départementaux de l'Education et aux chefs
d'établissement.*

Le ministre de l'Education nationale, de la
Jeunesse et des Sports s'est engagé très
activement dans une politique d'éducation à
la santé dont la prévention des conduites à
risques constitue l'un des axes.

La prévention, qui s'inscrit dans le cadre de la
mission éducative de l'école, est, en effet,
l'instrument privilégié de lutte contre la
propagation du S.I.D.A. et des M.S.T.

Les grandes orientations de la politique
d'information et de prévention du S.I.D.A. au
sein des établissements scolaires ont été
définies par circulaire n° 89-119 du 18 mai
1989. Il a ainsi été demandé aux chefs
d'établissement de mettre en place des lieux
de rencontre permettant aux jeunes de
s'exprimer librement sur ces problèmes et de
réfléchir sur les démarches de prévention à
entreprendre et de créer des cellules de
programmation chargées de définir et
d'évaluer au mieux les actions à engager, les
délégués des élèves étant associés à ces
réflexions.

Je rappelle, par ailleurs, que chaque 1^{er}
décembre l'Organisation mondiale de la santé
organise une journée mondiale de lutte contre
le S.I.D.A. en concertation avec l'UNESCO.
Cette manifestation a, cette année, pour thème
« les femmes et le sida », l'objectif étant
d'attirer l'attention sur les difficultés
particulières rencontrées par les femmes
atteintes du S.I.D.A. ou séropositives, non
seulement sur le plan strictement médical
mais aussi dans leurs fonctions de mère et
d'éducatrice.

A l'occasion de cette journée, je vous
demande de poursuivre les actions
d'information et de sensibilisation menées
depuis plusieurs années, étant entendu que ces
actions devront dépasser le cadre ponctuel de
la journée mondiale organisée par l'OMS et
connaître un prolongement pendant l'année
scolaire.

Il est souhaitable que les opérations
envisagées soient mises en place, en fonction
du contexte local, en partenariat avec les
associations compétentes, les collectivités
locales et les services du ministère chargé de
la santé.

Dans cet esprit, il a été décidé au niveau
national, de développer une collaboration
avec l'Agence Française de Lutte contre le
Sida dans le cadre d'une convention dont les
dispositions feront l'objet d'une publication
au Bulletin officiel de l'Education nationale.

Je rappelle enfin que la circulaire du 18 mai
1989 a prévu une procédure d'évaluation des
actions mises en place qui doit contenir des
éléments à la fois qualitatifs et quantitatifs.
Outre le nombre de points-rencontre et
cellules de réflexion effectivement créées, je
souhaiterais que soient précisés les actions
d'éducation engagées, les objectifs
poursuivis, les modalités et la méthodologie
retenues,

la qualité des partenaires associés ainsi que les difficultés rencontrées.

Je demande aux chefs d'établissement de procéder à ces évaluations, en collaboration avec les équipes de santé scolaire, à l'aide du formulaire-type joint en document 1, et de transmettre celles-ci à l'inspection académique à l'attention du médecin responsable de la santé scolaire qui en fera la synthèse, conformément au plan figurant en document 2. Il appartiendra aux recteurs de transmettre ces rapports au bureau DLC/16B pour le 30 juin 1991 au plus tard, accompagnés de leurs observations sur ces sujets ainsi que sur les stages de formation pluridisciplinaires qui auront été mis en place.

Il s'agit là de dresser un bilan intermédiaire indispensable dont l'exploitation permettra de préciser les actions qui seront engagées avec l'Agence Française de Lutte contre le Sida. Les résultats de cette enquête seront communiqués aux rectorats et aux inspections académiques au cours du 1^{er} trimestre de l'année scolaire 1991-1992.

Pour le ministre et par délégation

Le directeur des Lycées et Collèges

A. LEGRAND

ANNEXE 6

**Convention entre le ministère
de l'Education nationale,
de la Jeunesse et des Sports,
le ministère des Affaires
sociales et de la Solidarité
et l'Agence Française de lutte
contre le SIDA**

*(Education nationale, Jeunesse et Sports ;
Affaires sociales et Solidarité ; Agence
Française de Lutte contre le SIDA)*

Convention du 11 mars 1991

Préambule

Le ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports est engagé dans une politique d'éducation à la santé et de prévention des maladies et des conduites à risque susceptibles d'handicaper les élèves et les étudiants dans leur formation et de compromettre leur vie future.

Cette politique de prévention s'inscrit dans le cadre de la mission éducative pour laquelle le ministère entend assumer toute sa responsabilité. La prévention du SIDA constitue une part importante de cette mission. A cet effet, des actions d'information ont été engagées au cours des années passées dont les modalités et la nécessaire continuité ont été réaffirmés, notamment dans la circulaire du 18 mai 1989.

Elle relève également d'une logique interministérielle qui a conduit à la création de l'Agence Française de Lutte contre le SIDA, chargée de la mise en œuvre d'une politique cohérente et capable de fournir à

la fois un concours financier et une expertise technique. A cette fin, l'Agence Française de Lutte contre le SIDA et le ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports, ont décidé de s'associer et de mettre en œuvre une politique de partenariat. Tel est l'objet de cette convention.

Entre les soussignés.

Le ministre d'Etat, ministre de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports,

d'une part,

Le ministre des Affaires sociales et de la Solidarité et

L'Agence Française de Lutte contre le SIDA, représentée par son directeur,

d'autre part,

Il est convenu ce qui suit :

Art. 1^{er} La politique de partenariat ci-dessus évoquée est fondée sur une participation de l'Agence aux actions engagées par le ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports en matière de prévention du SIDA.. Elle se traduit par une élaboration concertée des actions et des formations, une définition commune des opérations prioritaires et une évaluation conjointe des résultats.

Art. 2 Le ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports met en œuvre dans les établissements d'enseignement relevant de sa compétence un dispositif d'information, point de départ d'une réflexion commune sur les démarches de prévention à entreprendre. En relation avec l'Agence, les actions seront animées par toutes

les personnes compétentes, y compris les partenaires associatifs, après avis, le cas échéant, du médecin responsable au niveau départemental en liaison avec le médecin conseiller du recteur, ou du directeur des services universitaires de médecine prévention et de promotion de la santé. Dans les établissements de second degré, ces actions seront menées conformément aux dispositions de la circulaire du 18 mai 1989.

Art. 3 Le ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports, avec le concours de l'Agence, renforcera son plan de formation des personnels du ministère, notamment en ce qui concerne les modes de contamination, les mesures d'hygiène et de prévention, et les problèmes de société posé par le développement du SIDA.

Cette action spécifique s'exerce aussi bien dans le cadre de la formation continue que dans celui de la formation initiale des personnels, avec l'appui d'intervenants spécialisés.

Art. 4 Les services académiques collaborent aux actions conduites, sous la direction du préfet, dans les départements désignés par l'Agence comme ses sites pilotes d'intervention.

Art. 5 Des projets de recherche pourront être engagés notamment par l'Institut national de recherche pédagogique, dans le but de mieux connaître les besoins de la population scolaire et universitaire et les difficultés de mise en place du dispositif de prévention.

Des documents d'information pourront être élaborés par le Centre national de documentation pédagogique, avec l'appui et l'expertise technique de l'Agence.

Pour l'application de ces dispositions, des conventions particulières devront être établies entre l'Agence et les établissements publics relevant de la compétence du ministre de

l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports.

Art. 6 Une cellule permanente regroupant les représentants de directions concernées du ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports, des établissements sous tutelle ayant signé les conventions prévues à l'article 5 et de l'Agence Française de Lutte contre le SIDA, se réunira au moins deux fois par an.

Cette cellule aura notamment pour mission d'évaluer les actions mises en œuvre et les outils pédagogiques mis à disposition de l'Education nationale et de déterminer les besoins de formation et d'information.

Art. 7 Trois représentants du ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports, désignés respectivement par le directeur des Ecoles, le directeur des Lycées et Collèges, et le directeur des Enseignements supérieurs, participeront au comité de sélection des projets de l'Agence Française de Lutte contre le SIDA.

Art.8 La présente convention prend effet pour une durée de deux ans à compter de sa signature. Elle est renouvelable par tacite reconduction.

*Le ministre des Affaires sociales
et de la Solidarité*

C. EVIN

*Le ministre d'Etat, ministre de l'Education
nationale, de la Jeunesse et des Sports*

L. JOSPIN

*Le directeur de l'Agence Française de lutte
contre le SIDA*

D. CHARVET

ANNEXE 7

**Arguments en faveur d'une
amélioration de l'accessibilité
du préservatif pour les
adolescents.**

France Lert (1) ; Brenda Spencer (2)

Le ministre de l'Education Nationale et le ministre de la Consommation ont pris, récemment position en faveur de l'installation de distributeurs de préservatifs dans les lycées. Cette mesure qui s'inscrirait dans le prolongement des campagnes de prévention axées sur la banalisation du préservatif va dans le sens des besoins des adolescents tels qu'ils apparaissent dans les études que nous avons réalisées et dont nous souhaitons présenter brièvement les principaux résultats à l'appui d'une stratégie facilitant l'accessibilité du préservatif.

L'enquête réalisée dans le cadre de l'évaluation d'une action de prévention soutenue par l'A.F.L.S. et les conseils généraux de trois départements d'Île-de-France et menée par les services de santé scolaire a porté sur un échantillon d'environ 1300 lycéens de première année de cycle professionnel, âgés en moyenne de 17 ans (3).

Le questionnaire, rempli de façon anonyme et volontaire comportait 49 questions sur le préservatif.

Le préservatif est un objet connoté très positivement par les jeunes : il donne un sentiment de sécurité (79%), il n'est réservé ni aux adultes (91%), ni aux homosexuels (88%).

C'est une preuve de respect pour son partenaire (72). Une minorité le considère comme incompatible avec l'amour (27%).

L'utilisateur de préservatifs, qu'il soit fille ou garçons, est perçu comme un jeune prévoyant (92%), bien informé (91%), responsable (78%). Les connotations plus négatives, « dragueur, « infidèle », sont plus rares, respectivement 32% et 17%.

Le préservatif est un objet familier pour les jeunes : ils le connaissent, savent où il s'achète (89%), en ont pour 74% d'entre eux déjà touché, 30% en ont déjà acheté, 35% en ont à la maison ou dans leur chambre (23%). Cette familiarité de l'objet préservatif est beaucoup plus grande chez les garçons que chez les filles, et est corrélée à l'expérience sexuelle : cependant les adolescents qui n'ont encore que l'expérience de l'étreinte ou du baiser sont nombreux à bien le connaître et à en avoir eu entre les mains. Parmi les jeunes qui ont déjà eu des rapports sexuels, trois garçons sur quatre et une fille sur deux ont déjà utilisé le préservatif. Les garçons en sont les principaux acheteurs.

Les obstacles à l'utilisation du préservatif sont de trois ordres :

- la gêne à l'achat : 43% des garçons et 33% des filles trouvent gênant d'acheter des préservatifs en pharmacie ; ces proportions sont de 49% et 51% pour l'achat en supermarché, 30% et 40% pour l'achat en distributeur. On trouvera donc ici un bon argument en faveur de la diversification de la distribution du préservatif.

- les aspects pratiques de l'utilisation : garçons et filles s'accordent sur le rôle essentiel du garçon dans la proposition du préservatif ; quand ils ont déjà un expérience sexuelle, ils sont plus nombreux à penser qu'il faut que la proposition vienne à la fois de l'un et de l'autre. Ils trouvent la proposition difficile à formuler (59%), ce qui souligne la nécessité d'interventions éducatives qui par des exercices adaptés protégeant l'intimité et la réserve des adolescents peuvent les amener à se préparer ces difficultés (jeux de rôle, mise en situation théâtrale, etc.).
- le préservatif apparaît comme un objet « masculin » : dans leurs réponses, les garçons font montre d'une attitude de responsabilité dans la prévention. Cette tendance vient rééquilibrer le partage des responsabilités entre garçons et filles : en effet le recours très important à la pilule comme moyen de contraception à l'adolescence conduisait à atténuer fortement le rôle du garçon quant à ses responsabilités concernant les conséquences de l'acte sexuel. Les actions de prévention doivent donc renforcer cette responsabilité du garçon et aider les filles à se familiariser mieux encore avec les problèmes liés à l'utilisation du préservatif.

L'épiscopat français s'est élevé contre une banalisation du préservatif risquant de banaliser une relation sexuelle qui serait ainsi détachée de sa dimension affective, humaine et morale. Nous voudrions apporter ici quelques éléments extraits de cette même enquête en regard de cette position : interrogés sur les normes sociales qui régissent la sexualité à cet âge, les jeunes mettent en avant de façon très nette les dimensions individuelle, l'amour, la passion, la rencontre de la « bonne personne », l'histoire personnelle (« se sentir prêt ») : l'opinion des parents, la crainte des MST ou de la grossesse, les règles religieuses viennent

au second plan. Ces données sont identiques quelle que soit l'expérience des relations sexuelles. Si les adolescents ont une sexualité précoce – à 17 ans, 72% des garçons et 36% des filles ont eu des relations sexuelle – la dimension affective reste primordiale (4). Cette situation s'inscrit dans une évolution de longue durée, d'autres études ont montré en effet que depuis les années 60, les relations sexuelles inaugurent une relation de couple qui va se consolider par la suite (5).

Dans les établissements scolaires, les distributeurs de préservatifs sont extrêmement rares, comme nous avons pu le constater en 1989 dans une étude que nous avons menée sur la prévention du S.I.D.A. auprès des jeunes dans 6 villes françaises (6). Nous avons repris cette étude en 1991 dans les mêmes villes avec la même méthodologie et n'observons aucun changement dans ce domaine. Les arguments avancés par les chefs d'établissement, les médecins scolaires ou le enseignants sont toujours les mêmes : le lycée « n'est pas un endroit pour ça ». Cet argument recouvre à la fois la crainte que cette installation n'apparaisse comme un incitation trop directe à la sexualité, ou plus simplement comme un problème que le lycée n'a pas à prendre en charge car trop étranger à sa mission. L'argument du vandalisme, sans doute assez réaliste, est également avancé. Les partenaires de la communauté scolaire ne sont pas encore convaincus de l'importance des difficultés qu'éprouvent les jeunes pour acheter des préservatifs.

Il est peu probable que cette mesure se heurte à la réticence des familles : dans les établissements enquêtés par notre équipe (plus d'une centaine), l'opposition des parents à des actions de prévention du S.I.D.A. n'a pas été signalée. Au contraire, on sait par les enquêtes menées de façon répétée dans la population générale, que plus de 80% des adultes sont favorable à l'éducation sexuelle en milieu

scolaire (7). De plus, les français, interrogés en décembre 1988, dans deux enquêtes, l'une utilisant le support Télé 7 jours, l'autre réalisée par BVA pour l'unité 292 de l'INSERM, se montrent très favorables à l'installation de distributeurs dans les lieux publics (8) : l'installation dans les toilettes des lycées recueillait environ 80% d'opinions favorables dans l'enquête BVA, y compris de la part des personnes en âge d'être parents d'adolescents.

Il reste que ce mode de distribution n'est pas une panacée et qu'il convient d'inciter les professionnels à faire des efforts véritables dans diverses directions pour développer le marché du préservatif (9). Celui-ci reste limité par une distribution restreinte, et les petites entreprises qui ont été les plus innovantes dans la diversification des réseaux de risque commerciaux importants sans avoir d'assurance que le marché va effectivement se développer avec le soutien des pouvoirs publics. En grandes surfaces, le préservatif se développe non pas dans le cadre d'une stratégie commerciale spécifique mais dans le cadre plus général de la parapharmacie.

Les incitations devraient également porter sur la publicité de marques, aujourd'hui très minime ; la mise au point de conditionnements plus attractifs et diversifiés ; la diversification des lieux de ventes (tabacs, marchands de journaux, commerces de proximité) ; une amélioration de la disponibilité dans les pharmacies qui n'utilisent pas les présentoirs comme ils le font pour de nombreux produits cosmétiques pour inciter à l'achat. Le problème du prix est évidemment crucial pour un public jeune et peu argenté.

[Références bibliographiques page suivante](#)

REFERENCES

- (1) INSERM U 88, Saint-Maurice.
- (2) INSERM U 292, ARS, Le Kremlin-Bicêtre.
- (3) Ces résultats n'ont pas encore été publiés mais ont fait l'objet de communications à la VII Conférence Internationale sur le Sida à Florence en juin 1991 et au Congrès International sur la santé des adolescents à Montreux en juillet 1991. Les publications sont en cours de rédaction.
- (4) Des résultats analogues ont été observés auprès d'un échantillon de 240 élèves de première d'un lycée parisien en novembre 1989.
- (5) M. BOZON (1991) La place de la sexualité dans la formation des couples. Sciences Sociales et Santé, IX, 4.
- (6) F. LERT, H. LERT, La prévention du Sida auprès des jeunes. Evaluation de la situation dans six villes françaises, rapport pour la Direction générale de la Santé, 1989.
- (7) W. DAB et coll. La perception sociale du Sida en Île de France. BEH, 1989, 12. J.P. MOATTI et coll. Les attitudes et les comportements des français face au Sida. La Recherche, 1990, 223.
- (8) B. SPENCER, A. SPIRA (1990) French public opinion regarding the diversification of retail outlets of condoms. AIDS, 1990, 4 597-603.
- (9) B SPENCER. Recherche en cours sur les obstacles à la diversification de la distribution du préservatif, dans le cadre d'un projet financé par l'ANRS.

ANNEXE 8

**Prévention du Sida et des M.S.T.
« Journée mondiale de lutte
contre le Sida »**

NOR : MENB9150424N

RLR : 554-9

Note de service n° 91-298
du 15 novembre 1991

(Education nationale : Lycée et Collèges)

Texte adressé aux recteurs et
aux inspecteurs d'académie,
directeurs des services départementaux
de l'Education nationale.

L'apparition récente du Sida, la gravité et la rapidité de son évolution, ont conduit le ministère de l'Education nationale à mettre en place un large dispositif de prévention et à signer une convention avec l'Agence Française de Lutte contre le Sida. Elle instaure un véritable partenariat avec cet organisme, chargé par le Premier Ministre de mettre en œuvre une politique cohérente dans ce domaine et capable de fournir à la fois un concours financier et une expertise technique.

Les grandes orientations de la politique d'information et de prévention en matière de santé au sein des établissements scolaires ont été définies par la circulaire n° 89-119 du 1 mai 1989.

S'appuyant sur ce texte, les chefs d'établissements ont commencé à mettre en place, dans vos académies, des lieux de rencontre et des cellules de réflexion afin de favoriser l'écoute de l'élève et le dialogue à partir de ses propres préoccupations.

L'évaluation de l'enquête conduite dans l'ensemble des rectorats à la fin de l'année scolaire 1990-1991 indique que 6600 établissements ont engagé des actions de prévention, parmi lesquels 1500 environ ont mis en place des point-rencontre.

Si ce chiffre est encourageant, il me paraît nécessaire de renforcer ce dispositif. C'est pourquoi, afin de déterminer précisément les obstacles auxquels se sont heurtés les chefs d'établissement qui n'ont pu créer ces cellules de réflexion, vous trouverez en document 1 un questionnaire qui leur est destiné. Par ailleurs, à l'intention des chefs d'établissement ayant déjà mis en place ces structures de prévention, un second questionnaire a été élaboré et vous est transmis en document 2.

J'attire particulièrement votre attention et celle de vos collaborateurs sur l'importance que j'attache à ces deux questionnaires, dont les enseignements me seront très précieux pour mieux identifier et résoudre les difficultés rencontrées. A cette effet, une note a été préparée à destination des médecins et infirmières conseillers pour souligner l'importance d'une remontée la plus complète et la plus précise possible des informations susceptibles d'être recueillies auprès des établissements. Vous voudrez bien trouver cette note dans le document 3.

En outre, il convient, comme les années précédentes que vous me fassiez parvenir les formulaires-type d'évaluation synthétique des actions engagées dans les établissements en vous appuyant sur les observations que vous aurez recueillies auprès des médecins responsables départementaux. Il vous appartiendra de transmettre cette évaluation au bureau DL C/16 pour le 1^{er} mars 1992 au plus tard.

Au-delà de ces dispositions qui tendent à recueillir des informations quantitatives et qualitatives sur l'application de la circulaire du 18 mai 1989, l'importance que le gouvernement comme l'opinion publique attachent à la prévention de cette maladie m'amène à mettre en place des actions complémentaires.

C'est ainsi que la direction des Lycées et Collèges, en liaison avec la direction de l'Evaluation et de la Prospective, va engager au cours de cette année une enquête visant à mieux connaître le comportement des enseignants vis-à-vis du Sida et leurs réactions devant les questions susceptibles de leur être posée par les élèves. Les résultats de cette enquête permettront une mise au point plus efficace d'outils pédagogiques réellement adaptés aux besoins des enseignants. L'Agence Française de Lutte contre le Sida, dans le cadre de la convention mentionnée plus haut, apportera son expertise en la matière.

Afin de mettre à votre disposition les éléments de réflexion pour votre action, les études et les synthèses d'évaluation vous seront communiquées dès qu'elles auront été réalisées.

Les problèmes posés par l'extension du Sida nous imposent une plus grande solidarité.

Cette exigence sera, au cours de cette année, particulièrement soulignée à deux occasions. Tout d'abord, dans le cadre de la Journée Mondiale contre le Sida organisée par l'OMS, le 1^{er} décembre prochain, je vous demande de prévoir dans votre académie, les actions qui vous sembleront souhaitables afin de développer auprès des élèves et des personnes le thème de cette journée « Tous unis contre le Sida ».

Mais il convient également d'éviter, au sein des établissements scolaires, que l'accueil des enfants séropositifs ne provoque des réticences et des réaction discriminatoires. Un texte en préparation associant la direction des Lycées et Collège et la direction des Ecoles, donnera, au cours de cette année, des indication destinées à favoriser leur intégration au sein de la Communauté éducative.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur des Lycées et Collèges,

A. LEGRAND

Document 1
Evaluation des actions
d'éducation à la santé / Prévention du
Sida et des maladies sexuellement
transmissibles

Année scolaire 1991-1992

**Etablissements n'ayant pas de point-
rencontre et une cellule de réflexion**

**Questionnaire à remplir
par le chef d'établissement**

Etablissement

Lycée
Lycée professionnel
Collège
Autres (préciser)
Code postal
Ville

**Raison expliquant l'absence de points-rencontre
et cellules de réflexion dans votre établissement**
(préciser si elles sont d'ordre humain, matériel, si
elles sont liées à l'environnement, autres...)
.....
.....

Solutions alternatives envisagées (nature, date) :
.....
.....

**Avez-vous lancé une ou plusieurs actions
d'éducation à la santé dans votre établissement ?**

OUI

Préciser si c'est en matière de :

- Sida
 - MST
 - Ou autre
 - Décrire (but poursuivi, résultat obtenu) et
préciser le moment choisi (pendant ou en dehors
des heures d'enseignement):
-
.....

NON

- Est-ce lié à l'inexistence des points-rencontre ?
.....

EN PROJET :

- Description de l'action :
-
.....

Population concernée par l'action :

.....
.....

Nombre d'élèves :

Tranche d'âge :

Personne(s) ou structure(s) à l'origine de l'action :
.....
.....

Partenaires :

Associations.....

Collectivités locales

DRASS-DDASS

AFLS

CRAM

Autres (préciser) :

.....

Objectifs :

- atteints :
-

- futurs :
-

Stratégies :

- employées :
-

- envisagées :
-

Types d'évaluation :
.....
.....

Difficultés rencontrées – solutions adoptées :
.....
.....

Document 2
Evaluation des actions
d'éducation à la santé / Prévention du
Sida et des maladies sexuellement
transmissibles

Année scolaire 1991-1992

Etablissements ayant un point
rencontre et une cellule de réflexion

Questionnaire à remplir
par le chef d'établissement

Etablissement

Lycée
Lycée professionnel
Collège
Autres (préciser)
Code postal
Ville

Avez-vous lancé une ou plusieurs actions
d'éducation à la santé dans votre établissement ?

OUI

Préciser s c'est en matière de :

- Sida
- MST
- Ou autre
- Décrire (but poursuivi, résultat obtenu) et préciser le moment choisi :

NON

- Pourquoi ?

EN PROJET :

- Description de l'action :

Population concernée par l'action :

.....
.....
Nombre d'élèves :
Tranche d'âge :
Personne(s) ou structure(s) à l'origine de l'action :

Partenaires :

Associations
Collectivités locales
DRASS-DDASS
AFLS
CRAM
Autres (préciser) :

Objectifs :

- atteints :
- futurs :

Stratégies :

- employées :
- envisagées :

Types d'évaluation :

Impact du point-rencontre ou de la cellule de
réflexion sur les actions menées

Document 3
Actions de prévention du Sida

Texte adressé aux recteurs (à l'attention des médecins et infirmières, conseillers techniques des recteurs).

La circulaire du 24 juin 1991, relative aux missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves, confie aux recteurs la responsabilité de la conduite de la politique de santé définie par le Ministre. Elle rappelle qu'il lui appartient de procéder à une évaluation des actions à partir des données recueillies dans les départements.

Ce texte ayant clairement défini les responsabilités de chacun, il vous appartient, en votre qualité de conseillers techniques du recteur et sous son autorité, de procéder (pendant ou en dehors des heures d'enseignement) dans le cadre des actions menées pour la prévention du Sida à leur évaluation.

J'attire particulièrement votre attention sur les deux questionnaires qui ont été adressés aux recteurs d'académies, et qui sont destinés à recueillir des informations sur l'application de la circulaire du 18 mai 1989.

Celle-ci prévoyait la mise en place de points-rencontre et de cellules de réflexion. J'ai pu constater à la lumière d'une enquête portant sur l'année scolaire 1990-1991, qu'environ 1500 établissements avaient mis en place un tel dispositif.

Ce chiffre est encourageant mais insuffisant. Il m'apparaît indispensable de connaître à la fois les raisons et les obstacles qui ont conduit des établissements à différer l'installation de telles structures et les éléments qui ont au contraire,

facilité leur mise en place dans d'autres lieux. J'ai donc demandé à la direction des Lycées et Collèges d'élaborer des questionnaires distincts, de couleurs différentes, à l'attention des acteurs de terrain.

Il est essentiel que vous veilliez personnellement, non seulement à la remontée rapide des informations en provenance des départements de votre académie, mais aussi à la qualité et à la fiabilité des renseignements ainsi recueillis. Bien entendu, vous vous appuierez particulièrement sur les infirmières et les médecins départementaux.

Il serait par ailleurs souhaitable que les chefs d'établissements formulent des propositions et ouvrent des perspectives afin d'améliorer notre dispositif.

Enfin, je vous rappelle que vous devez également, comme chaque année, procéder à l'évaluation des actions engagées dans vos académies. Cette synthèse devant me parvenir avant le 1^{er} mars 1992 sous forme de l'imprimé ci-joint.

Plan proposé pour la synthèse à l'intention des médecins-conseillers techniques des recteurs.

Académie :

Nombre d'actions pendant les heures d'enseignement

Synthèse quantitative

Tableau récapitulatif des établissements ayant mis en place des points-rencontre :

L* Lp** C.*** T****

Nombre d'établissements secondaires dans votre académie.....

Nombre d'actions ponctuelles (de l'ordre de quelques jours)

En dehors des heures d'enseignement

Nombre d'établissements ayant mis en place des points-rencontres et des cellules de réflexions.....

Synthèse qualitative

Axes de réflexion susceptibles d'ouvrir sur des propositions

- L'opportunité des points-rencontre – Dégager les raisons justifiant l'absence éventuelle de point-rencontre.
- Le dynamisme des actions, suivant qu'elles se déroulent dans le cadre d'un point-rencontre, en dehors d'un point-rencontre ou en l'absence de point-rencontre.
- Le degré de mobilisation des acteurs et des partenaires (constance, évolution...)
- Les objectifs atteints ou futurs – L'adéquation des stratégies.
- Les problèmes, les solutions, les résultats.
- Propositions, perspectives :

Tableau récapitulatif des établissements ayant engagé une action dans le domaine du Sida :

Nombre d'établissements ayant engagé une action d'éducation à la santé dans le domaine du Sida.....

Nombre d'élèves concernés
 Préciser la tranche d'âge

.....

L* : Lycée / Lp** : Lycée professionnel /
 C.*** : Collège / T**** : Total

ANNEXE 9

**Prévention des maladies
sexuellement transmissibles
et du S.I.D.A.**

NOR : MENB9250260N

RLR : 552-4

Note du 26 juin 1992
(Éducation nationale et Culture)
Texte adressé aux recteurs.

L'apparition récente du S.I.D.A., l'extension de la maladie, la gravité et la rapidité de son évolution ont conduit les équipes éducatives de nombreux établissements, en relation avec les personnels de santé, à prendre des mesures pour informer les adolescents sur les risques qu'ils encourent et sur les moyens de se prémunir.

Dans cet esprit, des proviseurs ont autorisé l'installation de distributeurs de préservatifs dans leur lycée. Je souhaite que cette initiative se généralise.

Dans ce but, les chefs d'établissement rechercheront un accord entre tous les interlocuteurs concernés (équipe éducative, personnels de santé, parents d'élèves et élèves) et ils solliciteront l'avis du conseil d'administration de l'établissement sur cette décision.

L'installation de distributeurs de préservatifs doit contribuer à sensibiliser les jeunes à la prévention des risques, à la conservation de leur santé, à leurs responsabilités à l'égard de la santé d'autrui et à l'hygiène général. Cette opération devra donc s'inscrire dans des actions à plus long terme menées par l'équipe

pédagogique et le personnel de santé dans un souci de dialogue avec les élèves (clubs-santé, groupes de discussion sur l'éducation sexuelle, sur la lutte contre le S.I.D.A., etc....)

Toutes ces interventions devront être conduites avec tact et mesure, dans la plus grand respect de la liberté et de l'intimité de chacun. Cependant, j'appelle chaque éducateur à considérer qu'en cette circonstance, c'est la vie de nos élèves qui est en jeu : j'attends de tous une grand détermination.

Je vous remercie, Mesdames et Messieurs les recteurs, de veiller attentivement au respect de ces recommandations et de me faire connaître les difficultés que vous pourriez rencontrer lors de leur mise en œuvre.

Le ministre d'Etat, ministre de l'Éducation nationale et de la Culture

J. LANG

ANNEXE 10

**Circulaire N° 92-194
du 29 juin 1992**

Le ministre d'Etat, ministre de l'Education Nationale et de la Culture

à

Mesdames et Messieurs les recteurs,
Mesdames et Messieurs les inspecteurs
d'académie, directeurs des Services
départementaux de l'Education,
Mesdames et Messieurs les chefs
d'établissement

Objet :

Accueil des enfants porteurs du Virus de l'Immuno-déficience Humaine (V.I.H.) dans les établissements d'enseignements publics et privés sous contrat des premiers et second degrés.

L'accueil dans les établissements d'enseignement, d'enfants et d'adolescents atteints de troubles permanents de la santé a fait l'objet dès 1963 d'instructions particulières permettant d'assurer dans les meilleures conditions leur scolarité.

L'évolution de l'épidémie de Sida nous confronte aujourd'hui à un problème de santé en même temps qu'à un problème de société. Elle suscite, en effet, des craintes légitimes sur le développement de comportement contraires au respect des droits de l'homme et de l'enfant.

Or, la loi d'orientation du 10 juillet 1989 rappelle et conforte l'exigence fondamentale du droit à l'éducation pour tous les enfants.

C'est pourquoi j'attache une importance particulière à l'accueil et la scolarisation des enfants porteurs du V.I.H., au même titre que pour les autres enfants.

C'est en favorisant leur accueil et en assurant leur éducation à côté des autres enfants que l'Ecole prépare l'insertion sociale de ces enfants et contribue à la lutte contre toute forme d'exclusion et de discrimination.

Aussi, paraît-il indispensable aujourd'hui de dédramatiser l'accueil à l'Ecole des enfants porteurs de V.I.H., en apportant les éléments de connaissance nécessaires, de sécuriser et d'éclairer les aspects de la prise en charge. Cette démarche doit permettre de dépasser les appréhensions et les angoisses liées au Sida.

Tel est le but de cette circulaire qui est également applicable aux établissements de l'enseignement privé sous contrat dans le respect des dispositions de la loi n° 59-1557 du 31 décembre 1959 modifiée dont l'article 1^{er} exige que soient accueillis tous les enfants « sans distinction d'origine, d'opinion ou de croyance ».

Les modes de contamination

La progression régulière des cas de Sida et du nombre de personnes séropositives conduit à une augmentation de la contamination d'enfants par le V.I.H., notamment par transmission materno-fœtale.

Le V.I.H., responsable du Sida, ne se transmet que si deux conditions sont réunies : d'une part, un contact avec un des liquides biologiques contaminants (sang et sécrétions sexuelles) et d'autre part, une pénétration du virus dans l'organisme.

Si la voie sexuelle ou la toxicomanie peuvent être à l'origine de la contamination des adolescents, les voies sanguine ou materno-

foetale sont les seules causes de transmission du virus aux enfants.

Dans le premier cas, il s'agit d'enfants transfusés qui ont été contaminés par le sang ou des dérivés sanguins. Dans le second cas, les enfants ont été contaminés au cours de la grossesse par leur mère, porteuse elle-même du virus. Ce mode de contamination, par la mère séropositive, est actuellement le plus fréquent pour l'enfant.

Il convient à cet égard de distinguer deux situations différentes : celles des enfants séropositifs qui, bien que porteurs du virus, vont bien, et celle des enfants atteints du Sida proprement dit, dont la maladie justifie des hospitalisations répétées et des traitements continus.

Ces enfants porteurs du V.I.H. peuvent mener une vie normale sans faire encourir de risques aux enfants et adultes qui les entourent, dans le contexte de la vie quotidienne (jeux, repas, toilettes, sports, piscine...) comme dans celui des activités habituelles de l'Ecole. En effet, le risque théorique de contamination pour le sang est écarté par la mise en œuvre systématique des mesures d'hygiène en collectivité.

Les mesures d'hygiène

L'importance des mesures d'hygiène dans la prévention de maladies transmissibles n'est plus à démontrer. Le respect par tous des règles d'hygiène, qu'il y ait ou non des enfants porteurs du V.I.H. dans l'Ecole s'impose dans tout cadre de vie en collectivité. Il appartient de rappeler que celles-ci doivent figurer dans le règlement intérieur de l'école ou de l'établissement.

Il est indispensable d'appliquer ces règles, en particulier lors de soins dispensés aux enfants en cas de plaie : lavage des mains, port de gants notamment en cas de saignement abondant et de lésions cutanées sur les mains

de l'adulte qui soigne, nettoyage soigneux du matériel de soins et de surfaces souillées au moyen d'un désinfectant. Il convient par conséquent de s'assurer que tous les établissements du premier et du second degré disposent du matériel nécessaire.

Les directeurs d'école qui rencontreraient des difficultés dans la mise en œuvre des mesures d'hygiène liées aux compétences exercées par les communes dans les écoles, devront le signaler par écrit au maire afin que des dispositions soient prises rapidement pour améliorer la situation. En cas de problèmes persistants, il leur appartiendrait de saisir la commission d'hygiène et de sécurité compétente, après en avoir informé l'inspecteur de l'Education nationale chargé de la circonscription.

De la même manière, les dispositions prévues par les textes réglementaires sur les mesures d'urgence doivent être respectées et mises en œuvre chaque fois qu'elles s'imposent en cas d'incident ou d'accident. (Note de service n° 87-288 du 25 novembre 1987 « Sécurité et protection des élèves dans les écoles », circulaire n° 86-144 du 20 mars 1986 « Médecine de soins dans les établissements publics d'enseignement » et circulaire n° 91-148 du 24 juin 1991 pour ce qui concerne les missions des infirmières).

Un document d'information sur l'hygiène en milieu scolaire sera diffusé dans les établissements au cours du 1^{er} trimestre de l'année scolaire 1992-1993.

L'accueil à l'Ecole

L'enfant porteur du V.I.H., au même titre que les enfants atteints de maladies chroniques, doit suivre une scolarité normale. Il convient, à cet effet de prendre toutes mesures de nature à prévenir les réactions de discrimination susceptibles de s'exprimer à l'égard des

enfants infectés par le V.I.H. Dans le contexte actuel du Sida, l'éducation à la santé et la prévention des comportements à risque constituent le volet complémentaire de la démarche ainsi engagée.

L'arrête du 3 mai 1989 pris par le Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, de la Santé et de la Protection Sociale a posé le principe de la non éviction scolaire des sujets porteurs du virus du Sida. En aucun cas, l'admission à l'Ecole ne sera subordonnée à la production du résultat d'un test biologique qui serait exigé des parents ou de l'école.

Dans le même esprit, il ne peut être demandé à la famille de spécifier le motif de la contre indication liée à la vaccination par le B.C.G., qui, d'ailleurs, peut avoir d'autres origines que la séropositivité par le V.I.H. A cet égard, le caractère confidentiel du carnet de santé et de tout document médical concernant l'enfant doit être rappelé à tous.

En dehors de l'enfant ou de l'adolescent lui-même, seuls les parents peuvent informer, s'ils le souhaitent, le chef d'établissement, le directeur d'école ou l'enseignant ayant en charge l'enfant de sa séropositivité. De la même manière, ils peuvent en informer le médecin ou l'infirmière.

Le respect du secret médical est une obligation générale et absolue qui s'impose aux médecins et aux infirmières. Il importe, par ailleurs, dans l'intérêt même de l'enfant, de rappeler l'obligation de discrétion professionnelle dont les enseignants doivent faire preuve pour tous les faits ou informations relatifs à la santé de l'enfant.

C'est ainsi que l'Ecole remplira sa mission d'accueil des enfants malades ou susceptibles de le devenir en veillant au respect des droits à l'éducation qui leur sont reconnus. Son rôle est déterminant dans la réussite de l'intégration sociale de ces enfants.

Il importe de souligner l'impact psychologique de la relation de confiance qui s'établit entre d'une part l'enfant malade ou en difficulté sa famille et, d'autre part, l'équipe pédagogique et les autres enfants de la classe, la scolarisation constituant alors un facteur de socialisation particulièrement bénéfique à l'équilibre de l'enfant.

La prise de médicaments

Certains enfants atteints de maladies chroniques, comme certains enfants porteurs du V.I.H. doivent prendre des médicaments de façon régulière et prolongée. Ces traitements nécessitent parfois des prises orales quotidiennes, dont au moins une pendant le temps de présence des élèves à l'Ecole. Les parents sont donc amenés à solliciter, dans certains cas, l'aide de l'enseignant.

Il paraît souhaitable que pour ces enfants l'Ecole apporte son concours aux parents pour l'exécution des ordonnances médicales prescrivant un traitement par voie orale. C'est dans un climat d'échange et de confiance que les enseignants peuvent eux-mêmes donner, lorsque les familles le demandent et sur prescription de leur médecin, des médicaments à ces enfants en cours de traitement.

S'agissant des problèmes de responsabilité qui peuvent se poser dans ce domaine, l'enseignant bénéficiera, en l'espèce, et sous réserve de l'appréciation souveraine des tribunaux du régime particulier de substitution de responsabilité prévu par l'article 2 de la loi du 5 avril 1937 qui dispose que « dans tous les cas où la responsabilité des membres de l'enseignement public est engagée à la suite ou à l'occasion d'un fait dommageable commis, soit par les enfants ou jeunes gens qui leur sont confiés en raison de leur fonctions, soit à ces enfants ou jeunes gens dans les mêmes conditions, la responsabilité de l'Etat sera substituée à celle des dits membres de

l'enseignement qui ne pourront jamais être mis en cause devant les tribunaux civils par la victime ou ses représentants ».

Pour les établissements privés sous contrat, ce régime de substitution de responsabilité est applicable aux maîtres contractuels qui exercent dans les établissements privés sous contrat d'association conformément à l'article 10 du décret modifié n° 60-289 du 22 avril 1960.

Dans les écoles maternelles et élémentaires, les parents mettront à la disposition du directeur ou du maître le médicament, accompagné d'une copie de l'ordonnance médicale en cours de validité ainsi que leur demande écrite. De plus, l'enseignant aura soin de mettre les produits pharmaceutiques en lieu sûr. Il n'est pas possible, en effet, que l'enfant en dispose lui-même.

Dans les établissements du second degré, dans lesquels une présence continue de l'infirmière n'est pas assurée, ces dispositions seront appliquées dans les mêmes conditions que celles indiquées pour le premier degré. Un membre de l'équipe éducative (le chef d'établissement, son adjoint, le conseiller d'éducation, le professeur principal...) pourra alors apporter son aide aux parents en veillant auprès de l'enfant ou de l'adolescent à la bonne application du traitement médical.

Dans les autres établissements du second degré, c'est à l'infirmière qu'incombe la responsabilité d'administrer les soins et les traitements prescrits par le médecin de famille qui suit habituellement l'enfant et d'assurer la garde et l'utilisation des produits pharmaceutiques. L'infirmière veillera également au respect attentif des mesures d'hygiène.

La collaboration du médecin de l'éducation nationale et, le cas échéant, du médecin du service de protection maternelle et infantile

pour ce qui concerne les enfants de moins de 6 ans, sera sollicitée. Leur intervention devrait permettre de résoudre un certain nombre de problèmes, en particulier dans le cadre de l'application à l'École des traitements médicaux prescrits aux enfants.

Les services de promotion de la santé en faveur des élèves ont en effet pour mission d'apporter soutien et assistance technique aux directeurs d'école, chefs d'établissement et enseignants dans la mise en œuvre des dispositions qu'ils seront amenés à prendre en vue de faciliter l'accueil à l'École des enfants porteurs du virus du Sida, au même titre que les enfants atteints de maladie chronique. D'une manière générale, le médecin et l'infirmière de l'éducation nationale s'emploieront à développer des programmes d'information, de formation et de prévention auxquels seront associés l'ensemble des membres de la communauté éducative.

*Le Ministre d'Etat,
Ministre de l'Education Nationale
et de la Culture*

JACK LANG

ANNEXE 11

Décret n° 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale

NOR/SANP9201506D

Le Premier Ministre,
Sur le rapport du ministre de la santé et de l'action humanitaire,
Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L.150, L.162-4 et L. 757 ;
Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L.162-14-1, L. 162-14-4 ; L.162-17, L. 162-18, L. 162-38, L. 322-2, L. 322-3, L.615-15, L. 57 et R. 315-1 ;

Vu la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L. 649 du code de la santé publique modifiée, et notamment ses articles 4 et 6 bis ;
Vu les articles 13 et 14 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse ;
Vu le décret n° 72-318 du 24 avril 1972 portant application de l'article 4 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et 649 du code de la santé publique modifié ;
Vu le décret n° 83-744 du 1 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier modifié ;
Vu le décret n° 85-894 du 14 août 1985 relatif aux modalités d'établissement par le département de statistiques en matière d'action sociale et de santé ;
Vu le décret n° 86-565 du 14 mars 1986 relatif aux missions et attributions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales ;

Vu l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France en date du 5 juillet 1990 ;

Vu l'avis du Comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 2 avril 1992 ;
Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie en date du 14 avril 1992 ;

Le conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Section 1

Disposition générales

Art. 1^{er} Les centres de planification ou d'éducation familiale relèvent de collectivités publiques ou d'organismes privés ne poursuivant pas un but lucratif.

Ils exercent les activités suivantes :

- 1 Consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité ;
- 2 Diffusion d'informations et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes et collectivités concernés ;
- 3 Préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal et familial ;
- 4 Entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse prévus par l'article L. 162-4 du code de la santé publique ;
- 5 Entretiens relatifs à la régularisation des naissances suite à une interruption volontaire de grossesse.

Seuls peuvent être dénommés centres d'éducation ou de planification familiale les centres qui exercent l'ensemble de ces activités et remplissent les conditions fixées par la présente section.

Art. 2 La création ou l'extension des centres ne relevant pas d'une collectivité publique sont, conformément au deuxième alinéa de l'article 4 de la loi du 28 décembre 1967 susvisée, soumises à un agrément préalable délivré par le président du conseil général.

L'agrément ne peut être donné qu'aux centres remplissant les conditions fixées par les articles 1^{er}, 3 et 4.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la composition du dossier de demande d'agrément.

Art. 3 Les centres doivent remplir les conditions suivantes :

- 1 Etre dirigés par un médecin soit spécialiste qualifié en gynécologie obstétrique, soit titulaire du diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine de la reproduction et gynécologie médicale, soit compétent qualifié en gynécologie ou en obstétrique ; en cas d'impossibilité de recruter un médecin remplissant ces conditions, une dérogation peut être accordée par le préfet, après avis du médecin inspecteur départemental de la santé, à un médecin justifiant de connaissances particulières en gynécologie et en régulation de naissance ;
- 2 Disposer au minimum pour leurs consultations, et de façon permanente, d'une personne compétente en matière de conseil conjugal et familial ;
- 3 S'assurer, si les besoins de la population l'exigent, le concours d'une sage-femme, d'un infirmier ou d'une infirmière, d'un assistant ou d'une assistante de service social et d'un psychologue ;
- 4 Ne comprendre dans leur personnel de direction et d'encadrement ainsi que dans leur personnel technique aucune personne ayant été condamnée pour des faits contraires à l'honneur, à la probité et aux bonnes mœurs ou pour une infraction à la loi susvisée du 28 décembre 1967 ou aux textes pris pour son application ;
- 5 Satisfaire aux conditions techniques d'installation et de fonctionnement fixés par arrêtés du ministre chargé de la santé.

Art. 4 Lorsque le centre délivre à titre gratuit aux personnes mentionnées au cinquième alinéa de

l'article 4 de la loi du 28 décembre 1967 susvisée des médicaments, produits ou objets contraceptifs, il doit s'assurer le concours d'un pharmacien.

Si le centre relève d'un établissement de santé, ce pharmacien est le responsable de la pharmacie de l'établissement. Dans les autres cas, le pharmacien doit être inscrit au tableau D de l'ordre.

A défaut de pharmacien, le directeur ou un autre médecin du centre, nommément désigné, peut être autorisé par le préfet, après avis du pharmacien inspecteur régional, à gérer et à délivrer directement des médicaments, produits et objets contraceptifs aux personnes mentionnées au premier alinéa.

Art. 5 Sans préjudice des dispositions de l'article 10 ci-après, le contrôle de l'activité des centres prévus au troisième alinéa de l'article 4 de la loi du 28 décembre 1967 susvisée a lieu sur pièces et sur place ; il est assuré par le médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile ou par un médecin de ce service délégué par le médecin responsable.

Art. 6 Les centres doivent porter sans délai à la connaissance du président du conseil général les modifications intervenues en ce qui concerne leur personnels, leurs activités et leurs installations.

Ils doivent fournir au président du conseil général un rapport annuel sur leur fonctionnement technique, administratif et financier.

Les centres doivent adresser au médecin responsable du service départemental de la protection maternelle et infantile les documents statistiques nécessaires, notamment à l'établissement des états définis par l'article 3 du décret susvisés du 14/8/85.

Art. 7 Si un centre ne remplit pas ou cesse de remplir les conditions énumérées aux articles 1^{er}, 3 et 4, ou refuse de se soumettre au contrôle prévu par l'article 5, le président du conseil général le met en demeure de se conformer aux prescriptions de ces articles dans un délai maximum de trois mois.

Dans le cas où il n'a pas été satisfait aux injonctions du président du conseil général, le

centre perd sa dénomination et, s'il a passé convention avec le département en application de l'article L.150 du code de la santé publique, cette convention est résiliée. Lorsqu'il s'agit de centres ne relevant pas d'une collectivité publique, le président du conseil général procède au retrait de l'agrément.

Section 2

Dispositions applicables au dépistage et au traitement de certaines maladies sexuellement transmissibles

Art. 8 En application de l'article 6 bis de la loi du 28 décembre 1967 susvisée, les centres peuvent inclure dans leurs activités, à l'occasion des consultations relatives à la maîtrise de la fécondité ;

- 1 Le dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine ;
- 2 Le dépistage et le traitement de la chlamydie, de la gonococcie et des vaginites aiguës.

Le dépistage des maladies mentionnées au présent article a lieu, soit à la demande des consultants, soit avec l'accord de ceux-ci, sur proposition du médecin qui fait connaître les résultats des examens au cours d'une consultation médicale ultérieure.

Art. 9 Tout centre qui décide d'exercer les activités de dépistage ou de traitement mentionnées à l'article 8 est tenu d'en faire la déclaration auprès du préfet du département, qui en informe le président du conseil général, en justifiant :

- 1 De la présence permanente d'un médecin ayant la formation requise pour procéder aux investigations cliniques et biologiques préalables à l'établissement d'un diagnostic ;
- 2 De l'accès à un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé en application des dispositions de l'article L. 757 du code de la santé publique ou d'un laboratoire d'un établissement public de santé suffisamment proche pour que les prélèvements ne soient pas affectés par leur transport, qui doit s'effectuer dans des conditions garantissant leur préservation.

Si ces prescriptions ne sont pas respectées, le préfet met le centre en demeure, après avis du médecin inspecteur départemental de la santé, de

s'y conformer dans le délai qu'il fixe : à défaut, le centre doit cesser immédiatement de procéder au dépistage et aux traitements mentionnés à l'article 8.

Art. 10 Les activités de dépistage et de traitement mentionnées à l'article 8 sont soumises au contrôle prévu par le premier alinéa de l'article 16 du décret du 14 mars 1986 susvisé.

Le contrôle médical défini à l'article R. 315-1 du code de la sécurité sociale s'exerce sur les appréciations et les prescriptions des médecins des centres qui participent aux activités mentionnées à l'article 8.

Art. 11 Lorsque les centres délivrent à titre gratuit aux personnes mentionnées à l'article 6 bis de la loi du 28 décembre 1967 susvisée des médicaments mentionnés au 2° de l'article 8, ils doivent s'assurer le concours d'un pharmacien.

Si ces centres relèvent d'un établissement de santé, ce pharmacien est le responsable de la pharmacie de l'établissement. Dans les autres cas, le pharmacien doit être inscrit au tableau de la section D de l'ordre.

A défaut de pharmacien, le directeur ou un autre médecin du centre, nommément désigné, peut être autorisé par le préfet, après avis du pharmacien inspecteur général, à gérer et à délivrer directement ces médicaments aux personnes mentionnées au premier alinéa.

Art. 12 Dans le cadre de la surveillance épidémiologique des maladies sexuellement transmissibles effectuée au niveau national, les centres qui exercent les activités mentionnées à l'article 8 ont l'obligation de remplir, dans l'arrêté du ministre chargé de la santé, un recueil standardisé de données individuelles anonymes, faisant l'objet d'un état récapitulatif transmis chaque trimestre au préfet.

Art. 13 Il est inséré dans le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), au livre 1^{er}, titre VI, chapitre II, une section 9 ainsi rédigée :

Section 9

Dispositions relatives aux centres de planification ou d'éducation familiale

Art. R. 162-55 – Les dépenses afférentes aux analyses et examens de laboratoires ainsi que les dépenses afférentes aux frais pharmaceutiques exposés à l'occasion du dépistage et du traitement de maladies sexuellement transmissibles effectués dans les centres de planification familiale, conformément à l'article 8 du décret n° 92-784 du 6 août 1992, sont déterminées par application des frais et tarifs servant de base à leur remboursement par les organismes d'assurance maladie tels qu'ils résultent des articles L. 162-14 (2°), L. 162-14-4 (2°), L. 162-17, L. 162-18 et L. 162-38.

Art. R. 162-56 - Sous réserve des dispositions de l'article R. 162-57, les dépenses définies à l'article R. 162-55 sont à la charge des consultants dans les conditions prévues par les articles L. 322-2, L. 322-3 et L. 62-15-15.

Art. R 162-57 – Pour les mineurs qui en font la demande et les personnes qui ne bénéficient à aucun titre de prestations d'assurance maladie versées par un régime légal ou réglementaire, sont prise en charge, à concurrence de 30% par l'Etat et de 70% par les organismes d'assurance maladie, les dépenses suivantes, déterminées selon les modalités fixées à l'article R 162-55 :

- 1 Analyses et examens de laboratoires nécessaires au dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine et des maladies mentionnées au 2° de l'article 8 du décret n° 92-784 du 6 août 1992 ;
- 2 Frais pharmaceutiques entraînés par le traitement des maladies mentionnées au 2° de l'article 8 du même décret.
L'identité des intéressés ne pourra en aucun cas être enregistrée ni communiquée à quiconque, et aucune demande de paiement ne pourra leur être présentée.

Art. R ; 162-58 – Pour l'application de l'article R. 162-57 ; la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle se trouvent les centres concernés est chargée du règlement des factures

pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

La caisse procède chaque trimestre au règlement des paiements sur la base des états justificatifs des prestations effectuées au cours de la période considérée.

La répartition entre les régimes de la part prise en charge par l'assurance maladie en application de l'article R. 162-57 est effectuée chaque année suivant la répartition nationale des dotations globales hospitalières pour l'année considérée. Lorsque le centre concerné relève d'un établissement de santé, la part des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie est déterminée conformément aux dispositions du décret n° 83-744 du 11 août 1983.

Les modalités de versement de la participation de l'assurance maladie peuvent être fixées par voie de convention entre le centre et les organismes de sécurité sociale intéressés.

Art. 14 – Le préfet du département procède chaque trimestre au versement de la part des dépenses de dépistage et de traitement prises en charge par l'Etat, telle qu'elle est déterminée par l'article R. 162-57 du code de la Sécurité sociale, sur la base des justificatifs des prestations effectuées au cours de la période considérée.

Section 3

Disposition diverses

Art. 15 – Le 4° de l'article R. 5115-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

A ce que les mêmes établissements fournissent aux centres de planification ou d'éducation familiale, sur commande écrite du directeur ou du pharmacien du centre ou du médecin autorisé par le préfet, les médicaments, produits ou objets contraceptifs que les centres distribuent en application de l'article 4 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 ainsi que les médicaments que les centres distribuent en application de l'article 6 bis de la même loi.

Art. 16 – Les centres de planification ou d'éducation familiale existant à la date de publication du présent décret et qui ne relèvent pas d'une collectivité publique peuvent poursuivre leur activités sous réserve de présenter, dans un délai de six mois courant à compter de la même date, une demande d'agrément qu président du conseil général.

L'agrément leur est accordé ou refusé dans les conditions prévues à la section 1 du présent décret, dont les dispositions leur sont applicables.

Art 17 – Le titre II du décret du 24 avril 1972 susvisé est abrogé.

Art. 18 – Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique, le ministre de l'économie et des finances, le ministre du budget, le ministre de l'agriculture et de la forêt, le ministre des affaires sociales et de l'intégration, le ministre de la santé et de l'action humanitaire, le secrétaire d'Etat aux droits des femmes et o la consommation et le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 6 août 1992

Par le Premier ministre :

PIERRE BEREGOVOY

*Le ministre de la santé et de l'action
humanitaire*

BERNARD KOUCHNER

Le ministre de l'économie et des finances.

MICHEL SAPIN

Le ministre de l'agriculture et de la forêt.

LOUIS MERMAZ

*Le ministre des affaires sociales
et de l'intégration.*

RENE TEULADE

*Le secrétaire d'Etat aux
collectivités locales.*

JEAN-PIERRE SUEUR

*La secrétaire d'Etat aux droits
des femmes et à la consommation.*

VERONIQUE NEIERTZ

*Le secrétaire d'Etat à la famille, aux
personnes âgées et aux rapatriés.*

LAURENT CATHALA

Fiches techniques

Ces fiches ont été réalisées par un groupe de travail composé de représentants de différentes institutions et associations : Adesa, AF.L.S., A.P.S., CNDP, CPAM, C.R.I.P.S., Croix Rouge Française, Education Nationale, France-Libertés, INRP, Jeunesse et Sports, Tour Elisa 2000.

Dépliants

Stop Sida

Année : 1998, réactualisé 89-90

Organisme éditeur : A.P.S.

Caractéristiques techniques: Dépliant 4 volets fermé : 10 x 21 cm – ouvert : 39 x 21 cm.

Thèmes abordés : Modes de contamination – Centre de dépistage anonyme et gratuit – Test. Prévention – Utilisation du préservatif.

Public cible : Tout public

Proposition d'utilisation : Document synthétique permettant d'évoquer les idées fausses concernant les modes de contamination du virus VIH. Il peut permettre un démarrage de discussion, une animation dans un groupe de jeunes, dans une classe. Il doit cependant être accompagné d'informations théoriques concernant le virus et le système immunitaire par exemple.

Adresse de diffusion : A.P.S. 14 rue de l'Atlas – 75019 Paris

Prix : 1 franc le dépliant.

Sida prévenir

Année : 1990

Organisme éditeur : UNESCO

Caractéristiques techniques: Format 10 x 21 cm
Pagination : 6 pages.

Thèmes abordés : Epidémiologie, transmission, présentation de l'UNESCO.

Public cible : Tout public.

Proposition d'utilisation : Existe en 3 versions : française, anglaise, espagnol. Peut donc être utilisé en cours de langue ou à lire seul en complément d'une information. Chiffres à réactualisés.

Adresse de diffusion : UNESCO – 7 Place de Fontenoy – 75007 Paris

Prix : Gratuit.

Le Sida, ce qu'il faut savoir

Année : 1990

Organisme éditeur : Vaincre le Sida (VLS)

Caractéristiques techniques: Dépliant 6 volets fermé : 10 x 21 cm – ouvert : 10 x 60 cm.

Thèmes abordés : Le sida, les modes de transmission, les adresses utiles.

Public cible : Tout public

Proposition d'utilisation : Document pouvant être utilisé au début d'une information sur le sida. Il permet d'aborder différents points sur la maladie. Il faut cependant signaler sa date d'édition (190). Il est important pour l'animateur de réactualiser les données chiffrées..

Adresse de diffusion : VLS. BP 434 – 75233 Paris cedex 05

Prix : Gratuit (port 100 F les 500 dépliants).

Sida , l'amour plus fort

Année : 1990

Organisme éditeur : Mutualité Française. FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française)

Caractéristiques techniques: Format 21 x 10 cm
Pagination : 8 pages.

Thèmes abordés : Historique, épidémiologie, transmission, prévention, solidarité.

Public cible : Lycéens.

Proposition d'utilisation : En complément d'information.

Adresse de diffusion : Service Prévention – 25 Rue de Vaugirard – 75015 Paris

Prix : 0,40 F.

Dépliants

Contraception MST- Sida

Année : 1991

Organisme éditeur : Conseil Général Territoire de Belfort

Caractéristiques techniques : Format : 24,8 x 13,3 cm
Pagination : 6 pages.

Thèmes abordés : La contraception, présentation des MST et d Sida.

Public cible : Lycéens et adultes.

Proposition d'utilisation : En complément d'information.

Adresse de diffusion : Conseil Général Territoire de Belfort – Service Communication. Place de la Révolution française - 90000 Belfort.

Prix : Gratuit.

Les préservatifs

Année : 1992 – 6^{ème} édition.

Organisme éditeur : AIDES

Caractéristiques techniques : Dépliant 3 volets fermé 10 x 21 cm – ouvert 30 x 21 cm.

Thèmes abordés : Les préservatifs. La mise en place du préservatif est illustrée par trois croquis très compréhensibles pour les jeunes. Une liste des marques de préservatifs masculins admis à la norme française (NF 062L14) figure à la fin du document.

Public cible : Jeunes.

Proposition d'utilisation : Ce document peut être distribué aux jeunes après des séances d'information et d'animation sur le sida.

Adresse de diffusion : AIDES – 247 Rue de Belleville – 75019 Paris

Prix : Gratuit (port 25 F pour 100 exemplaires).

Quand un ami ou une amie a le Sida

Année : 1991

Organisme éditeur : AIDES

Caractéristiques techniques : Dépliant 3 volets fermé : 10 x 21 cm – ouvert : 30 x 21 cm.

Thèmes abordés : Solidarité vis-à-vis des personnes atteintes par le V.I.H.

Public cible : Tout public

Proposition d'utilisation : Peut-être utilisé au cours d'une animation e suscitant un débat sur les risques d'exclusion.

Adresse de diffusion : VLS. BP 434 – 75233 Paris cedex 05

Prix : Gratuit (port 100 F les 500 dépliants).

Le Sida, pour en finir avec les idées fausses

Année : 1992

Organisme éditeur : A.F.L.S.

Caractéristiques techniques : Dépliant 2 volets fermé 10 x 21 cm – ouvert 20 x 21 cm.

Thèmes abordés : Les idées fausses sur le sida.

Public cible : Tout public.

Proposition d'utilisation : D'une lecture facile, ce document apporte des informations précises sur différentes questions que peuvent se poser les jeunes à propos du sida.

Adresse de diffusion : Agence Française de Lutte contre le SIDA (AFLS) – 2 Rue Auguste Comte – 92170 Vanves

Prix : Gratuit (port 25 F pour 100 exemplaires).

Dépliants

Le Sida ça ne s'attrape pas comme ça !

Année : 1992

Organisme éditeur : A.F.L.S.

Caractéristiques techniques: Dépliant 3 volets fermé 12 x 8,5 cm – ouvert 35,5 x 8,5 cm..

Thèmes abordés : Mode de contamination au VIH, prévention.

Public cible : Tout public.

Proposition d'utilisation : Le vocabulaire utilisé est accessible à un public jeune (13 ans), document de vulgarisation qui doit être accompagné d'informations plus développées.

Adresse de diffusion : Agence Française de Lutte contre le SIDA (AFLS) – 2 Rue Auguste Comte – 92170 Vanves

Prix : Gratuit.

Le dépistage, ça va de soi-même

Année : 1992

Organisme éditeur : A.F.L.S.

Caractéristiques techniques: Dépliant 3 volets fermé : 12 x 8,5 cm – ouvert : 35,5 x 8,5 cm.

Thèmes abordés : Test du dépistage du V.I.H.

Public cible : Tout public

Proposition d'utilisation : Document pouvant être remis aux jeunes. L'animateur peut après lecture du document par les jeunes, proposer de répondre à certaines questions ou observations..

Adresse de diffusion : Agence Française de Lutte contre le SIDA (AFLS) – 2 Rue Auguste Comte – 92170 Vanves

Prix : Gratuit.

Sida, le test de dépistage

Année : En cours de réédition.

Organisme éditeur : AIDES

Caractéristiques techniques: Dépliant 2 volets fermé 10 x 21 cm – ouvert 30 x 21 cm.

Thèmes abordés : Sida, test de dépistage, mode de transmission du VIH.

Public cible : Tout public.

Proposition d'utilisation : A remettre aux jeunes après des séances d'animation et d'information. Document apportant des informations claires et précises sur les examens de dépistage : le délai de séroconversion, le test, comment le pratiquer, les résultats du test : négatif, positif.

Adresse de diffusion : AIDES – 247 Rue de Belleville – 75019 Paris

Prix : Gratuit (port 25 F par 100 exemplaires).

Brochures

Si d'aventure

Année : 1989

Organisme éditeur : Académie de Grenoble, A.F.L.S., CFES.

Caractéristiques techniques : Format : 21 x 29,7 cm
Pagination : 40 pages.

Thèmes abordés : L'amour, la sexualité, les MST-sida, les transmissions, la prévention, le dépistage, la séropositivité au travers de témoignages, de fictions illustrées par des romans-photos, des jeux-tests. Adresses utiles.

Public cible : Lycéens.

Proposition d'utilisation : En complément d'information. Une vidéo « Si d'Aventure » a été réalisée par la même équipe.

Adresse de diffusion : CRDP – 11 av. du Général Champon - 38031 Grenoble cedex.

Prix : 28 F (10 F à partir de 1 000 exemplaires).

Sida, les faits, l'espoir

Année : 1992

Organisme éditeur : Med-Edition.

Caractéristiques techniques : Format : 17,5 x 24,5 cm
Pagination : 66 pages. Mise à jour annuelle exhaustive.

Thèmes abordés : Brochure didactique d'information sur le virus, les transmissions, la prévention, l'épidémiologie et les aspects médicaux.

Public cible : Tout public

Proposition d'utilisation : Les nombreux schémas peuvent être expliqués en classe. Les informations données par cette brochure peuvent permettre d'utiliser diverses techniques de transfert de connaissances.

Adresse de diffusion : Med-Edition – BP 1215-16 – 75765 Paris cedex 16

Prix : cf. A.F.L.S. (38 F).

Les premières fois

Année : 1992

Organisme éditeur : A.F.L.S.

Caractéristiques techniques : Format 15 x 15 cm (fermé) – 15 x 30 cm (ouvert) - Pagination : 28 pages.

Thèmes abordés : Les premières relations sexuelles. Informations simples sur la contraception, les MST/sida, la prévention, l'utilisation du préservatif.

Public cible : Adolescents de 14 à 18 ans.

Proposition d'utilisation : Dans toute démarche interactive de santé publique avec des adolescents. La construction de cette brochure s'articule sur une jeu de questions/réponses à partir de témoignages de jeunes où les représentations, les questions, les difficultés des premières fois sont abordées.

Adresse de diffusion : Agence Française de Lutte contre le SIDA (AFLS) – 2 Rue Auguste Comte – 92170 Vanves

Prix : Gratuit.

Tabou Santé Blabla sida ras le bol

Année : 1992 – 3^{ème} édition

Organisme éditeur : G production.

Caractéristiques techniques : Format tabloïd.
Pagination : 8 pages.

Thèmes abordés : Les modes de transmission du sida et des MST, le préservatif, la séropositivité, la sexualité. Carnet d'adresses.

Public cible : Lycéens.

Proposition d'utilisation : A lire seul ou support d'intervention.

Adresse de diffusion : G Production – 24 Rue de Tanger – 75019 Paris

Prix : 106,70 F pour 40 exemplaires.

Bandes dessinées

Les MST Avec un dossier spécial Sida

Auteur : Moloch

Année : 1987

Organisme éditeur : La Mutualité Française

Caractéristiques techniques: Format : 15 x 21 cm
Pagination : 40 pages.

Thèmes abordés : Sur un mode humoristique et satirique, la transmission des MST et du sida, la prévention, le traitement des principales MST et du sida. Petits rappels anatomiques et épidémiologiques.

Public cible : Lycéens.

Proposition d'utilisation : En complément d'une séance d'information sur les MST.

Adresse de diffusion : FG Editions – Zone Industrielle – BP 712 - 27137 Verneuil sur Avre cedex.

Prix : 19 F (tarifs dégressifs).

Le Sida, tu ne l'attraperas pas

Auteur : Niki de Saint Phalle.

Année : 1990

Organisme éditeur : A.F.L.S.

Caractéristiques techniques: Format : 16 x 22 cm
Pagination : 54 pages.

Thèmes abordés : Les modes de transmissions, la solidarité avec les personnes atteintes, la prévention, illustrées par Niki de Saint Phalle.

Public cible : Collégiens.

Proposition d'utilisation : A lire seul, en complément d'information, ou à utiliser, entre autre, par les professeurs d'expression artistique ou les parents.

Agence Française de Lutte contre le SIDA (AFLS) – 2 Rue Auguste Comte – 92170 Vanves

Prix : 40 F

Infos-sexo

Année : 1990

Organisme éditeur : Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) – Mutualité Française.

Caractéristiques techniques: Pagination : 40 pages.

Thèmes abordés : Education sexuelle et amoureuse, rappels anatomiques, la puberté, la contraception, la prévention des MST et du sida, les violences sexuelles.

Public cible : Collégiens.

Proposition d'utilisation : En soutien d'un cours d'éducation sexuelle, peut être lu par les collégiens seuls.

Adresse de diffusion : FG Editions – Zone Industrielle – BP 712 - 27137 Verneuil sur Avre cedex.

Prix : 19 F (tarifs dégressifs).

Nicotine Goudron

Auteur : Yann Bodart.

Année : 1990

Organisme éditeur : L'Echo des savanes. Albin Michel.

Caractéristiques techniques: Format 24 x 32 cm.
Pagination : 51 pages.

Thèmes abordés : Un aspect du vécu de la séropositivité sans développement d'un contenu scientifique.

Public cible : Lycéens et jeunes adultes.

Proposition d'utilisation : Pour débiter une discussion sur le sida.

Adresse de diffusion : En librairie.

Prix : 69 F.

Modules pédagogiques

Sida, en parler aux jeunes

Année : /

Organisme éditeur : Département de Santé Communautaire – Montréal.

Contenu : Pagination : 81 pages – 4 modules thématiques – Présentation d'outils pédagogiques – Fiches d'activités.

Objectifs : Faire comprendre les notions essentielles sur le VIH et sa prévention par des techniques d'animation interactives accessibles et ludiques (mises en situation, jeux de rôles, questionnaires...).

Public cible : Intervenants auprès de lycéens.

Proposition d'utilisation : Organiser des séances d'information en utilisant des techniques d'animation.

Adresse de diffusion : Département de Santé Communautaire – Montréal. Maisonneuve – Rosemont a/s de Diane Blanchard – 5565 Sherbrooke Est – Suite 470 – Montréal Québec – H1N2A2.

Prix : 15 \$ canadiens – Chèque à l'ordre de DSC Maisonneuve/Rosemont

On serait fou de s'en passer

Année : 1989

Organisme éditeur : Centre Québécois de Coordination sur le Sida.

Contenu : Recueil descriptif de 10 séances d'animation.

Objectifs : Donner à l'animateur des outils qui permettent d'aborder avec les jeunes les rapports amoureux et la prévention des MST et du sida.

Public cible : Utilisable pour des interventions auprès de jeunes à partir de 15 ans.

Proposition d'utilisation : Formation de relais de prévention, séances d'information.

Adresse de diffusion : Gouvernement d Québec – Ministère de la Santé et des Services Sociaux ? Centre Québécois de Coordination sur le sida – 3655 Rue Saint Urbain – Montréal Québec H2X2P4 – Tél (514) 873 9890

Prix : /

Mallette Prévention Sida

Année : 1989

Organisme éditeur : Conseil Général du Territoire de Belfort, France Libertés, Tours Elisa 2000.

Contenu : Diaporama (50 diapositives). Livret d'accompagnement. Disquette de prévention. Catalogue du Comité France-Sida – Brochures diverses. Fiches pédagogiques du Conseil de l'Europe.

Objectifs : Apporter des connaissances sur les différents aspects de l'infection à VIH par une méthode interactive.

Public cible : Intervenants auprès des jeunes à partir de 13 ans.

Proposition d'utilisation : Permet d'illustrer des interventions en directions des jeunes.

Adresse de diffusion : Tour Elisa 2000 – 22 Bis avenue de Grammont – 37000 Tours.

Prix : 1200 F.

Prévenir le Sida

Année : 1989

Organisme éditeur : Ecole Nationale de la Santé Publique. (Auteur : Philippe Lecorps)

Contenu : Livre de 71 pages. Données scientifiques, fiches pédagogiques sur les thèmes liés au sida.

Objectifs : Proposer une réflexion sur la prévention auprès des jeunes et les buts éducatifs poursuivis par rapport au sida.

Public cible : Intervenants en direction des jeunes.

Proposition d'utilisation : Permet à l'intervenant d'enrichir sa réflexion et propose des outils pédagogiques.

Adresse de diffusion : Ecole Nationale de la Santé Publique – Avenue du Professeur Léon Bernard – 3043 Rennes cedex.

Prix : 90 F.

Modules pédagogiques

Mallette « Info-Jeunes-Sida »

Année : 1990

Organisme éditeur : Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Puy-de-Dôme. En collaboration avec AIDES Auvergne et l'Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence.

Contenu :

2 jeux de 33 cartes : « *Sida, que savons-nous ?* ».
1 logiciel d'évaluation des connaissances
1 cassette-vidéo « *Le Sida n'est pas inévitable* »
10 bandes dessinées (études de cas)
1 guide d'utilisation
1 mémento de l'éducateur
1 présentation de films vidéos.

Objectifs : Faire connaître la réalité de la maladie et les modes de transmission. Développer les attitudes et les comportements adaptés à la protection de soi et d'autrui. Promouvoir la solidarité avec les personnes contaminées et les malades.

Public cible : Module utilisable pour des interventions auprès des personnes à partir de 13 ans..

Proposition d'utilisation : Formation de relais de prévention, séances d'information auprès des jeunes.

Adresse de diffusion : Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Puy-de-Dôme – Centre de Prévention Pasteur – 2 Rue du Puits Artésien – 63000 Clermont-Ferrand.

Prix : 500 F la mallette complète.

Parler du Sida aux jeunes

Année : 1991

Organisme éditeur : Association Jeunes Contre le Sida (AJCS)

Contenu : Recueil d'informations scientifiques, conseils pédagogiques, Bibliographie.

Objectifs : Faciliter la communication en direction des jeunes sur la toxicomanie, l'homosexualité, l'infection par le VIH et sa prévention..

Public cible : Intervenants en direction des jeunes.

Proposition d'utilisation : Aides à la mise en œuvre d'intervention auprès de jeunes.

Adresse de diffusion : Association Jeunes Contre le Sida (AJCS) – 6 Rue Dante – 75005 Paris

Prix : 50 F

La séropositivité dans le corps social

Année : 1991

Organisme éditeur : Association Prévention Sida (APS).

Contenu : Manuel méthodologique d'intervention pour un public de jeunes (98 pages). Film-vidéo « La lézarde ». Des fiches techniques.

Objectifs : A moye d'une démarche éducative, poser la question de la séropositivité au plan individuel, collectif et social.

Public cible : Module utilisable par les intervenants auprès des jeunes.

Proposition d'utilisation : Animation de séances de prévention auprès de groupes de jeunes.

Adresse de diffusion : Association Prévention Sida (APS) – 14 Rue de l'Atlas – 75019 Paris Centre Régional de Prévention du Sida (C.R.I.P.S.). – 3/5 Rue de Ridder – 75014 Paris

Prix : 500 F avec la cassette vidéo « La lézarde »

Supports vidéo

Titre des vidéos	Durée	Age du public visé
Carabine, Pan ! dans le sida	29 mn	15 ans et +
Dis-moi que tu m'aimes	23 mn	15/18 ans
La Lézarde	17 mn	15 ans et +
La Potka	28 mn	15/18 ans
Objet d'amour	52 mn	15 ans et +
Où est passé Stéphane	4 mn	15 ans et +
Paroles de jeunes	20 mn	15 ans et +
Qui sera séro ?	12 mn	15 ans et +
Reaper Madness	7 mn	15 ans et +
Sida, tu ne l'attraperas pas	7 mn	11/14 ans
Si d'aventure	8 mn	15/18 ans
Traces de pub	10 mn	15/18 ans
Vivre le sida	42 mn	15 ans et +

Supports vidéo

Carabine, Pan ! dans le sida

Durée : 29 minutes

Standard : PAL

Caractéristiques : Fiction.

Production et réalisation :

- **Producteur :** Point Office Jeunesse – Service Santé de Genève
- **Origine :** Suisse
- **Scénario :** Ischer. O
- **Année :** 1990

Descriptif :

- **Les lieux :**
lieux de vie des différents personnages.
- **Les personnages :**
3 jeunes humoristes abordent, sur le mode de la dérision, les différentes problématiques liées au sida.
- **L'histoire :**
une suite de sketches humoristiques et caricaturaux pour aborder la question du sida, parler du préservatif, du shoot propre, de la solidarité.
- **Techniques cinématographiques :**
distanciation.
- **Le film joue sur :**
les représentations.

Objectifs :

- **Sensibiliser :** déclencher la prise de conscience.
- **Favoriser l'adoption de comportements préventifs.**

Contenu du message :

	Médical ou scientifique	Ethique et social	Sexualité	Autres
SIDA	Modes de transmission Prévention	X	X	
MST				
AUTRES				

Public visé :

- **Déjà informé :** non.
- **Age :** 15-18 ans.
19 ans et +
- **Milieu scolaire :** Lycée.
Ens. Tech.
- **Autres publics :** Jeunes adultes

Appréciation globale par rapport aux objectifs :

- L'humour permet la distanciation et la dédramatisation des thèmes abordés.
- La qualité des sketches est inégale.

Conseils d'utilisation :

- Intervenants et élèves.
Le montage par séquence permet de fractionner l'utilisation de la vidéo en fonction du public.

Disponible :

Dominique Curchod Production S.A.
Case Postale 524
30, avenue du Mail
1211 Genève 4 – Suisse
Tél. (41) 22 28 0 00

Supports vidéo

Dis moi que tu m'aimes

Durée : 23 minutes

Standard : SECAM

Caractéristiques : Interview.

Production et réalisation :

- **Producteur :** Cobast C., Solal JF. - MGEN
- **Origine :** France
- **Année :** 1990

Descriptif :

- **Les lieux :**
la bibliothèque d'un lycée.
- **Les personnages :**
les élèves d'un lycée
le dessinateur PIEM.
- **L'histoire :**
un débat entre jeunes permet l'émergence de questions/réponses autour des thèmes de l'amour.
- **Techniques cinématographiques :**
identification.
- **Le film joue sur :**
l'émotionnel, les représentations.

Objectifs :

- **Sensibiliser :** déclencher la prise de conscience.
- **Favoriser l'adoption de comportements préventifs.**

Contenu du message :

Public visé :

- **Déjà informé :** oui.
- **Age :** 11-14 ans.
15-18 ans
- **Milieu scolaire :** Collège
Lycée.
Ens. Tech.
- **Autres publics :** Tout milieu scolaire
Acteurs de prévention

Appréciation globale par rapport aux objectifs :

- Le sujet est bien amené, les questions bien posées. Le message est optimiste, l'amour est plus fort que la mort.
- Trop long si on ne dispose que d'une heure.

Conseils d'utilisation :

- Elèves seuls.
- Intervenants et élèves.
Peut être utilisé par séquence.

Disponible :

SAVEC
164, Boulevard du Montparnasse
75014 Paris
Tél. 43 35 16 32

Prix indicatif :

480 F

Location :

160 F

	Médical ou scientifique	Ethique et social	Sexualité	Autres
SIDA	Epidémiologie Prévention		X	
MST	Prévention		X	
AUTRES				

Supports vidéo

La Lézarde

Durée : 17 minutes

Standard : SECAM

Caractéristiques : Fiction.

Production et réalisation :

- **Producteur :** Filmedoc
- **Origine :** France
- **Scénario :** T. Lashéras (APS, CRIPS, MDM).
- **Année :** 1991

Descriptif :

- **Les lieux :**
univers urbain, professionnel, domicile.
- **Les personnages :**
Franck, personnage central séropositif, sa mère, un ami, l'employeur, la femme de ménage et la serveuse du bar.
- **L'histoire :**
A travers des scènes quotidiennes de vie de Franck, on perçoit les difficultés psychologiques et sociales liées à la séropositivité et les réactions de l'entourage.
- **Techniques cinématographiques :**
identification.
- **Le film joue sur :**
l'émotionnel.

Objectifs :

- **Sensibiliser :** déclencher la prise de conscience.

Contenu du message :

Public visé :

- **Déjà informé :** oui.
- **Age :** 11-14 ans.
19 ans et +
- **Milieu scolaire :** Lycée.
Ens. Tech.
- **Autres publics :** Adultes/Parents

Appréciation globale par rapport aux objectifs :

- Pose avec sobriété et sensibilité les problèmes que rencontre une personne séropositive.
- Les dialogues sont parfois trop joués et les décors un peu stéréotypés.

Conseils d'utilisation :

- Intervenants et élèves.
Peut être utilisé à l'appui de discussions-débats ayant pour thèmes l'amitié, la solidarité, etc.

Disponible :

CRIPS
3/5 Rue de Ridder – 75014 Paris

APS
14 Rue de l'Atlas – 7509 Paris

Prix indicatif :

300 F

Location :

30 F – Caution : 300 F

	Médical ou scientifique	Ethique et social	Sexualité	Autres
SIDA	Modes de transmission	X		
MST				
AUTRES				

Supports vidéo

La Potka

Durée : 28 minutes

Standard : SECAM

Caractéristiques : Reportage, Fiction.

Production et réalisation :

- **Producteur :** La Cathode Vidéo, CNDP/AFLS, Education Nationale, Jeunesse et Sports
- **Origine :** France
- **Réalisation :** La Cathode Vidéo
- **Année :** 1991

Descriptif :

- **Les lieux :**
Les lieux de vie des jeunes dans la banlieue parisienne (MJC, centre médical, intérieur familial, rue).
- **Les personnages :**
Une bande de jeunes, parmi eux un couple se forme.
- **L'histoire :**
Une histoire d'amour permet d'aborder les différents comportements face à la découverte de la sexualité, les questionnements relatifs à la contraception, aux MST/sida.
- **Techniques cinématographiques :**
Identification.
- **Le film joue sur :**
L'émotionnel, le cognitif, les représentations.

Objectifs :

- **Sensibiliser :** déclencher la prise de conscience.
- **Informé :** acquérir des connaissances.
- **Favoriser l'adoption de comportements préventifs.**

Contenu du message :

	Médical ou scientifique	Ethique et social	Sexualité	Autres
SIDA	Modes de transmission Prévention	X	X	
MST		X		
AUTRES				

Public visé :

- **Déjà informé :** non.
- **Age :** 11-14 ans.
15-18 ans
- **Milieu scolaire :** Collège
Lycée.
Ens. Tech.

Appréciation globale par rapport aux objectifs :

- Forme et contenu très bien adapté aux jeunes. La séropositivité et le sida sont abordés avec finesse à partir de situations réelles.
- Durée qui peut être difficilement compatible avec une intervention d'une heure.

Conseils d'utilisation :

- Elèves seuls
 - Intervenants et élèves.
- Peut être utilisé dans les lieux de prévention, en médiathèque.

Disponible :

EGOS/La Cathode
BP 53 C – 95301 Pontoise
Tél. 48 44 37 64

Prix indicatif :

149 F TTC + 30 F de frais de port.

Supports vidéo

Objet d'amour

Durée : 52 minutes

Standard : SECAM

Caractéristiques : Fiction - Témoignages.

Production et réalisation :

- **Producteur :** Franck Saunier - STRATEM
- **Origine :** France
- **Année :** 1991

Descriptif :

- **Les lieux :**
Enregistrement au théâtre du Bataclan à Paris.
- **Les personnages :**
Les comédiens de la ligue d'improvisation française et des jeunes, garçons et filles.
- **L'histoire :**
A travers des témoignages de jeunes, illustrés par des sketches des comédiens de la ligue d'improvisation française, le thème du préservatif est abordé : l'achat, le mode d'emploi, la première fois, les amis, le dialogue avec l'autre, le rapport amoureux, etc.
- **Techniques cinématographiques :**
Identification, distanciation.
- **Le film joue sur :**
L'émotionnel, les représentations.

Objectifs :

- **Sensibiliser :** déclencher la prise de conscience.
- **Favoriser l'adoption de comportements préventifs.**

Contenu du message :

	Médical ou scientifique	Ethique et social	Sexualité	Autres
SIDA		X	X	
MST			X	
AUTRES				

Public visé :

- **Déjà informé :** non.
- **Age :** 15-18 ans.
19 ans et +
- **Milieu scolaire :** Lycée.
Ens. Tech.
- **Autres publics :** Adultes/Parents

Appréciation globale par rapport aux objectifs :

- L'humour et le rire facilitent l'abord des thèmes sexualité et préservatif.
- La durée du film laisse peu de place au débat.

Conseils d'utilisation :

- Intervenants et élèves.
Peut être utilisé par séquence, en 2 parties ou dans son intégralité dans le cadre d'une intervention sur les thèmes de la sexualité, des MST/sida et du préservatif.

Disponible :

AFLS
2 Rue Auguste Comte
92170 Vanves

Prix indicatif :

80 F pour frais de port et duplication.

Supports vidéo

Où est passé Stéphane ?

Durée : 4 minutes

Standard : SECAM

Caractéristiques : Fiction.

Production et réalisation :

- **Producteur :** APS, Mutualité Française, Caisse des Dépôts et des Consignations.
- **Scénario :** D. Jayle, B. Blier
- **Origine :** France
- **Année :** 1987

Descriptif :

- **Les lieux :**
Un café à proximité d'un lycée.
- **Les personnages :**
Des jeunes lycéens : amis, copains, camarades de classe.
- **L'histoire :**
En raison des absences répétées de Stéphane, ses camarades s'inquiètent et en viennent à aborder le thème du sida.
- **Techniques cinématographiques :**
Identification.
- **Le film joue sur :**
L'émotionnel, le cognitif.

Objectifs :

- **Sensibiliser :** déclencher la prise de conscience.
- **Favoriser l'adoption de comportements préventifs.**

Contenu du message :

Public visé :

- **Déjà informé :** non.
- **Age :** 15-18 ans.
19 ans et +
- **Milieu scolaire :** Collège
Lycée.
- **Autres publics :** Adultes/Parents

Appréciation globale par rapport aux objectifs :

- En un temps très court, l'essentiel est abordé, les jeunes peuvent facilement s'identifier et désirer approfondir les thèmes ébauchés. Ce film est toujours d'actualité.
- Il peut paraître gênant que l'éventuelle séropositivité de Stéphane soit divulguée dans un lieu public.

Conseils d'utilisation :

- Intervenants et élèves.
Film starter à des séances d'information e milieu scolaire.

Disponible :

Mutualité Française
255 Rue de Vaugirard – 75015 Paris
Tél. 40 43 30 30

APS

14 Rue de l'Atlas – 75019 Paris

Prix indicatif :

100 F

	Médical ou scientifique	Ethique et social	Sexualité	Autres
SIDA	Modes de transmission Prévention	X	X	
MST				
AUTRES				

Supports vidéo

Paroles de jeunes

Durée : 20 minutes

Standard : SECAM

Caractéristiques : Interview - Témoignages.

Production et réalisation :

- **Producteur :** CRIPS
- **Scénario :** CRIPS
- **Origine :** France
- **Année :** 1989

Descriptif :

- **Les lieux :**
A l'occasion du salon des sports et des loisirs, réalisation d'interviews.
- **Les personnages :**
Garçons et filles âgés de 12 à 20 ans.
- **L'histoire :**
Ces jeunes répondent à une série de questions personnelles sur l'amour, la sexualité, le sida, le préservatif.
- **Techniques cinématographiques :**
Identification.
- **Le film joue sur :**
Les représentations.

Objectifs :

- **Sensibiliser :** déclencher la prise de conscience.
- **Favoriser l'adoption de comportements préventifs.**

Contenu du message :

Public visé :

- **Déjà informé :** non.
- **Age :** 15-18 ans.
19 ans et +
- **Milieu scolaire :** Lycée.
Ens. Tech.
- **Autres publics :** Adultes

Appréciation globale par rapport aux objectifs :

- Le principe de la succession des interviews se révèle un moyen vivant, spontané, pour multiplier les points de vue afin d'aborder des thèmes difficiles.
- Le procédé des interviews peut paraître fastidieux, la formulation des questions est parfois vague.

Conseils d'utilisation :

- Intervenants et élèves.
Peut être utilisé par séquence, en vue de relancer le débat sur un thème précis.

Disponible :

CRIPS
3/5 Rue de Ridder
75014 Paris

Prix indicatif :

300 F

Location :

30 F – 300 F de caution

	Médical ou scientifique	Ethique et social	Sexualité	Autres
SIDA	Modes de transmission Prévention		X	
MST			X	
AUTRES				

Supports vidéo

Qui sera séro ?

Durée : 12 minutes

Standard : SECAM

Caractéristiques : Fiction.

Production et réalisation :

- **Producteur :** CRAM Bourgogne Franche Comté – GRETA de Beaune
- **Réalisation :** Wasserman – Guillien - LEP Marey Beaune
- **Origine :** France
- **Année :** 1990

Descriptif :

- **Les lieux :**
Les lieux de vie d'une lycéenne : famille, loisirs, vacances.
- **Les personnages :**
Une jeune fille et différentes personnes de son entourage proche.
- **L'histoire :**
Suite à une aventure pendant les vacances, Aurélie découvre qu'elle est séropositive. Comment l'annoncer à son ami ? Comment réagira-t-il ?
- **Techniques cinématographiques :**
Identification.
- **Le film joue sur :**
L'émotionnel, les représentations.

Objectifs :

- **Sensibiliser :** déclencher la prise de conscience.
- **Favoriser l'adoption de comportements préventifs.**

Contenu du message :

	Médical ou scientifique	Ethique et social	Sexualité	Autres
SIDA	Modes de transmission Prévention	X	X	
MST				
AUTRES				

Public visé :

- **Déjà informé :** oui.
- **Age :** 15-18 ans.
19 ans et +
- **Milieu scolaire :** Lycée.
Ens. Tech.

Appréciation globale par rapport aux objectifs :

- Forme e contenu très bien adaptés aux jeunes.
- Ce film est réalisé par des élèves pour des élèves.

Conseils d'utilisation :

- Elèves seuls.
 - Intervenants et élèves.
- Peut être utilisé dan les lieux de prévention, en médiathèque.

Disponible :

CRAM Bourgogne – Franche Comté
Service éducation pour la santé
38 Rue de Cracovie
Saint Apollinaire
ZAE Dijon – 21044 Dijon Cedex
Tél. 80 70 50 93

Prix indicatif :

Prêt gratuit
Duplication gratuite contre l'envoi d'une cassette vierge.

Supports vidéo

Reaper Madness

Durée : 7 minutes

Standard : SECAM

Caractéristiques : Animation.

Production et réalisation :

- **Producteur :** Pictures of Health
- **Origine :** Angleterre
- **Année :** 1990

Descriptif :

- **Les lieux :**
La ville, le trottoir, une boîte de nuit.
- **Les personnages :**
Personnages en pâtes à modeler : un homme et son chien dans la nuit d'une grande ville.
- **L'histoire :**
Le personnage central est confronté à différentes situations à risques. Chaque fois, en pratiquant une prévention adaptée, il tient la mort en échec.
- **Techniques cinématographiques :**
Distanciation.
- **Le film joue sur :**
Les représentations.

Objectifs :

- Favoriser l'adoption de comportements préventifs.

Contenu du message :

Public visé :

- **Déjà informé :** oui.
- **Age :** 15-18 ans.
19 ans et +
- **Milieu scolaire :** Lycée.
Ens. Tech.
- **Autres publics :** Adultes.

Appréciation globale par rapport aux objectifs :

- Toutes les situations à risque sont abordées, ainsi que les moyens de prévention.
- La forme rend parfois les messages difficiles à comprendre.
- L'identification sida = mort est très discutable.

Conseils d'utilisation :

- Intervenants et élèves.

Disponible :

Pictures of Health
Suite 2
66, Beresford Hoad
Rose Bay NSW 2029
Australie
Tél. 61 2 327 4363

Prix indicatif :

600 F.

	Médical ou scientifique	Ethique et social	Sexualité	Autres
SIDA	Prévention		X	
MST			X	
AUTRES				

Supports vidéo

Sida, tu ne l'attraperas pas

Durée : 7 minutes

Standard : SECAM

Caractéristiques : Fiction -Animation.

Production et réalisation :

- **Producteur** : Niki de Saint Phalle / Philip Matthews, AFLS, CNAM.
- **Réalisation** : N. de Saint Phalle, Philip Matthews
- **Origine** : France
- **Année** : 1990

Descriptif :

- **Les lieux** : Niki dessine dans son atelier.
- **Les personnages** :
Niki, des personnages d'animation: « l'ignorant », le médecin, le savant, des amis, un couple, des séropositifs, des malades.
- **L'histoire** :
Niki écrit une lettre à ses 2 enfants. Elle fait part de sa rencontre avec un virologue et un médecin, et parle des informations qu'ils lui ont transmises à propos du sida.
- **Techniques cinématographiques** :
Distanciation.
- **Le film joue sur** :
L'émotionnel, le cognitif.

Objectifs :

- **Sensibiliser** : déclencher la prise de conscience.
- **Informer** : acquérir des connaissances.
- **Favoriser l'adoption de comportements préventifs** (compte tenu de l'âge du public, il s'agit d'une préparation à l'adoption de comportements).

Contenu du message :

	Médical ou scientifique	Ethique et social	Sexualité	Autres
SIDA	Modes de transmission Traitement. Prévention	X	X	
MST				
AUTRES				

Public visé :

- **Déjà informé** : non.
- **Age** : 11-14 ans.
- **Milieu scolaire** : Collège.
- **Autres publics** : Les élèves de primaire.

Appréciation globale par rapport aux objectifs :

- Les informations sont claires, précises et transmises avec délicatesse au travers de dessins artistiques animés.

Conseils d'utilisation :

- Elèves seuls.
 - Intervenants et élèves.
- Utilisable en thème transversal, en relation avec le professeur d'arts plastiques.

Disponible :

AFLS
2 Rue Auguste Comte
92170 Vanves

Prix indicatif :

80 F pour frais de port et duplication.

Supports vidéo

Si d'aventure

Durée : 8 minutes

Standard : SECAM

Caractéristiques : Fiction.

Production et réalisation :

- **Producteur :** SCOP Manivelle, Mutualité Isère, Académie de Grenoble, AGIRES.
- **Origine :** France
- **Année :** 1990

Descriptif :

- **Les lieux :**
Café, maison de vacances, appartement.
- **Les personnages :**
Des jeunes d'environ 16 ans interprètent des sketches.
- **L'histoire :**
4 sketches qui permettent d'aborder : la séropositivité, la prévention, la communication dans le couple, le préservatif (l'achat).
- **Techniques cinématographiques :**
Identification.
- **Le film joue sur :**
L'émotionnel, le cognitif, les représentations.

Objectifs :

- **Sensibiliser :** déclencher la prise de conscience.
- **Favoriser l'adoption de comportements préventifs.**

Contenu du message :

	Médical ou scientifique	Ethique et social	Sexualité	Autres
SIDA	Modes de transmission Prévention	X	X	
MST	Modes de transmission Prévention		X	
AUTRES				Contraception

Public visé :

- **Déjà informé :** oui.
- **Age :** 15-18 ans.
- **Milieu scolaire :** Lycée.
Ens. Tech.

Appréciation globale par rapport aux objectifs :

- Le film est joué par des jeunes.
- Chaque sketch aborde un thème différent.
- Ne présente qu'une sensibilisation.
- Demande à être complété par de plus amples informations.

Conseils d'utilisation :

- Intervenants et élèves.
- Peut être utilisé en plusieurs parties.
Ce film peut servir de cadre à un débat qui développerait ces thèmes.

Disponible :

CRDP
11 Avenue Général Champan
38021 Grenoble Cedex

Prix indicatif :

190 F.

Supports vidéo

Traces de pub

Durée : 10 minutes

Standard : PAL

Caractéristiques : Reportage - Fiction.

Production et réalisation :

- **Producteur :** CRIPS.
- **Scénario :** Lycéens de Balzac et Montaigne encadrés par Théâtre and Co.
- **Origine :** France
- **Année :** 1989

Descriptif :

- **Les lieux :**
Scènes de théâtre aux lycées Balzac et Montaigne de Paris.
- **Les personnages :**
Les lycéens de ces établissements.
- **L'histoire :**
Les jeunes mettent en scène leur vision des campagnes européennes de prévention du sida.
- **Techniques cinématographiques :**
Distanciation.
- **Le film joue sur :**
Les représentations.

Objectifs :

- **Sensibiliser :** déclencher la prise de conscience.

Contenu du message :

Public visé :

- **Déjà informé :** oui.
- **Age :** 15-18 ans.
- **Milieu scolaire :** Lycée.
Ens. Tech.

Appréciation globale par rapport aux objectifs :

- Démarche active es élèves qui mettent en scène eux-mêmes leur perception des campagnes de publicité européennes..
- La succession des représentations très différentes des publicités rend difficile la perception d'un message cohérent.

Conseils d'utilisation :

- Intervenants et élèves.
Peut servir de starter à une séance d'information.

Disponible :

CRIPS
3/5 Rue de Ridder
75014 Paris

Prix indicatif :

300 F

Location :

30 F – 300 F de caution

	Médical ou scientifique	Ethique et social	Sexualité	Autres
SIDA	Prévention	X	X	
MST				
AUTRES				

Supports vidéo

Vivre le sida

Durée : 42 minutes

Standard : SECAM

Caractéristiques : Témoignage.

Production et réalisation :

- **Producteur :** AIDES / Les Etats Généraux.
- **Origine :** France
- **Année :** 1989

Descriptif :

- **Les lieux :**
La rencontre « Etats généraux du sida », à Paris, en mars 1990.
- **Les personnages :**
4 femmes et 2 hommes concernés par le VIH (séropositifs, malades, parents, conjoints).
- **L'histoire :**
Des personnes touchées et leurs proches témoignent de l'impact de l'infection VIH sur leur vie intime, familiale, sociale et professionnelle.
- **Techniques cinématographiques :**
Identification.
- **Le film joue sur :**
L'émotionnel.

Objectifs :

- **Sensibiliser :** déclencher la prise de conscience.

Contenu du message :

	Médical ou scientifique	Ethique et social	Sexualité	Autres
SIDA	Prévention	X	X	
MST				
AUTRES				

Public visé :

- **Déjà informé :** non.
- **Age :** 15-18 ans
19 ans et +
- **Milieu scolaire :** Collège
Lycée.
Ens. Tech.
- **Autres publics :** Adultes relais

Appréciation globale par rapport aux objectifs :

- Témoignages authentiques qui permettent une réelle sensibilisation à la séropositivité et à ses implications.

Conseils d'utilisation :

- Intervenants et élèves.
- Sélectionner 1 ou 2 témoignages selon les thèmes que l'on veut évoquer pour permettre aux jeunes de s'exprimer. La charge émotionnelle véhiculée par ce film doit être prise en compte avant toute utilisation.

Disponible :

CRIPS
3/5 Rue de Ridder
75014 Paris

Prix indicatif :

100 F

Sigles et acronymes

AFLS	Agence française de lutte contre le sida
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida
BEH.	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CDC	Center for diseases control
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CISIH	Centre d'information et de soins de l'immuno-déficience humaine
CPAM	Caisse Primaire d'assurance maladie
CRAES	Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé
CNDP	Centre nationale de documentation pédagogique
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CRIPS	Centre régional d'information et de prévention sida
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DRASS.	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DGS	Direction générale de la santé
HBM	Health belief model
HIV.	Voir VIH
INRP	Institut national de la recherche pédagogique
INSERM	L'Institut national de la santé et de la recherche médicale
KABP	Knowledge, attitudes, beliefs and practices (Connaissance, attitudes, croyances et pratiques)
LAV	Lymphadenopathy Associated Virus (renommé HIV)
MST	Maladie sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de la santé
SIDA	Syndrome d'immuno-déficience humaine
VIH	Virus d'immuno-déficience humaine
A2	Antenne 2 (Chaîne de télévision française)
FR3	France 3 (Chaîne de télévision française)