



HAL
open science

La santé sexuelle chez l'adolescent : les moyens de prévention au niveau international. Une revue de la littérature

Marion Lacour

► To cite this version:

Marion Lacour. La santé sexuelle chez l'adolescent : les moyens de prévention au niveau international. Une revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03924477

HAL Id: dumas-03924477

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03924477v1>

Submitted on 5 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Marion LACOUR

Le 2 décembre 2022

La santé sexuelle chez l'adolescent : les moyens de prévention au niveau international. Une revue de la littérature

Directrice de thèse : Dr MILLION Elodie

JURY

Président : Monsieur le Professeur JEZIORSKI Éric

Assesseurs : Madame le Docteur MILLION Elodie

Monsieur le Docteur CASTAN Jean Luc

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marion LACOUR

Le 2 décembre 2022

La santé sexuelle chez l'adolescent : les moyens de prévention au niveau international. Une revue de la littérature

Directrice de thèse : Dr MILLION Elodie

JURY

Président : Monsieur le Professeur JEZIORSKI Éric

Assesseurs : Madame le Docteur MILLION Elodie

Monsieur le Docteur CASTAN Jean Luc

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022
PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROCHEFORT Henri
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SAINT AUBERT Bernard
BLARD Jean-Marie	FRAPIER Jean-Marc	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANCHO-GARNIER Hélène
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MARTY ANE Charles	SANY Jacques
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BOUSQUET Jean	GUILHOU Jean-Jacques	MION Charles	SOLASSOL Claude
BRUEL Jean Michel	GUITER Pierre	MION Henri	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	HEDON berbard	MIRO Luis	VIDAL Jacques
	HERTAULT Jean		VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LANDAIS Paul	ZANCA Michel
BASTIEN Patrick	LARREY Dominique	
BLANC François	LE QUELLEC Alain	
BONAFE Alain	MARES Pierre	
BOULENGER Jean-Philippe	MAUDELONDE Thierry	
BOURREL Gérard	MAURY Michèle	
BRINGER Jacques	MESSNER Patrick	
CLAUSTRES Mireille	MILLAT Bertrand	
COMBE Bernard	MONNIER Louis	
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges	
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian	
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy	
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean	
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François	
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles	
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques	
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain	
JONQUET Olivier	VOISIN Michel	

Docteurs Emerites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges- Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie

CAMU William	Neurologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie

MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

PU-PH de 2ème classe

BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÈRE Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno	Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BERNEX Florence	Physiologie
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences

LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRINGER-DEUTSCH Sop	DJANIKIAN Flora	LE MOINE DONY Marie-Christine	RIDOLFO Jérôme
AGUILHON Sylvain	BRINGUIER BRANCHERE	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LETERTRE Simon	RIPART Sylvie
AKKARI Mohamed	BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LOPEZ Régis	RONGIERES Michel
ALRIC Jérôme	BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LUQUIENS Amandine	ROULET Agnès
AMEDRO Pascal	CADE Stéphane	FAUCHERRE Vincent	MANZANERA Cyril	RUBENOVITCH Josh
AMOUROUX Cyril	CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	MARGUERITTE Emmanuel	SANTONI Fannie
ANTOINE Valéry	CARR Julie	FILLERON Anne	MARTIN Lucille	SASSO Milène
ARQUIZAN Caroline	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	MATTATIA Laurent	SCHULDINER Sophie
ATTALIN Vincent	CASPER Thierry	FITENI Frédéric	MEROUEH Fadi	SEGURET Fabienne
AYRIGNAC Xavier	CASSINOTTO Christophe	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SENESE Pierre
BADR Maliha	CATHALA Philippe	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SERRE Jean-Emmanuel
BAIS Céline	CAZABAN Michel	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SKALLI EI Medhi
BARBAR Saber Davide	CHARBIT Jonathan	GENY Christian	MORAU Estelle	SOLA Christelle
BASSET Didier	CHEVALLIER Thierry	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	SOULLIER Camille
BATIFOL Dominique	CHEVALLIER-MICHAUD	JGINIES Patrick	MOSER Camille	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BATTISTELLA Pascal	COLIN Olivier	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	STOEBNER DELBARRE Anne
BAUCHET Luc	CONEJERO Ismael	GUEDJ Anne Marie	MOUTERDE Gaël	TEOT Luc
BELL Ariane	CONSEIL Mathieu	GROSSIN Delphine	PANSARD Nicole	THIRION Marina
BENEZECH Jean-Pierre	CORBEAU Catherine	GUYON Gaël	PERNIN Vincent	TUNEZ Virginie
BENNYS Karim	COROIAN Flavia-Oana	HEDON Christophe	PERRIGAULT Pierre François	VACHIERY-LAHAYE Florence
BERNARD Nathalie	COUDRAY Sarah	HENRY Vincent	PEYRON Pierre-Antoine	VERNES Eric
BERTCHANSKY Ivan	CRANSAC Frédéric	JAMMET Patrick	PICARD Eric	VIALA Maurice
BIBOULET Philippe	CUNTZ Danielle	JEDRYKA François	PICOT Marie Christine	VINCENT Laure
BIRON-ANDREANI Christine	DARDALHON Brigitte	JREIGE Riad	PIERONI Laurence	WAGNER Laurent
BLANC Brigitte	DAVID Aurore	KINNE Mélanie	POQUET Héléne	WALTHER LOUVIER Ulrike
BLANCHARD Sylvie	DE BOUTRAY Marie	LABARIAS Coralie	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BLANCHET Catherine	DE LA TRIBONNIÈRE Xav	LABORDE Caroline	PUPIER Florence	
BLATIERE Véronique	DEBIEN Blaise	LACAMBRE Mathieu	QUANTIN Xavier	
BOBBIA Xavier	DELPONT Marion	LANG Philippe	RAFFARD Laurence	
BOGE Gudrun	DENIS Héléne	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca	
BOURRAIN Jean Luc	DEVILLE de PERIERE	GILLE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice	
BOUYABRINE Hassan	DI CASTRI Alberto	LEGLISE Marie Suzanne	RICHAUD-MOREL Brigitte	

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jeziorski

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury. Vous avez accepté rapidement et avec enthousiasme ma proposition, veuillez recevoir les marques de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Elodie Million

Ma directrice de thèse, heureusement que tu as été présente pour ce projet, je n'aurais jamais réussi à aller aussi loin, c'est grâce à toi que je me suis motivée et que je suis arrivée au bout. Malgré tous les obstacles aux parcours qui m'ont souvent démoralisé, tu as toujours été là et tu as su me remotiver. Bravo pour ta pratique professionnelle, tu es un exemple.

A Monsieur Le Docteur Castan

Merci pour tout ce que tu m'as appris en stage de SASPAS tu es un MSU exceptionnel, toujours présent et rassurant quand on a besoin. Tu as toujours des solutions quel que soit le problème, tu m'as énormément appris et toujours dans la bienveillance. Les nouveaux internes n'ont pas à craindre une quatrième année en désert médical si tous les MSU sont comme toi. Tu es de plus un médecin formidable, les patients ont vraiment beaucoup de chance de t'avoir. Pour finir tu es tout simplement une personne au top, toujours disponible si besoin, généreux et avec qui il est toujours agréable de discuter. C'est un réel plaisir de continuer à travailler avec toi.

Aux Dr Lognos, Dr Dieulangard-Allier, Dr Allal, Dr Durand, Dr Pouget et Dr Maris,

Merci à tous ces maîtres de stage avec qui j'ai beaucoup appris et toujours dans la bienveillance. J'ai toujours été heureuse d'aller en stage avec vous. J'ai appris beaucoup de chose médicalement parlant, mais aussi concernant le relationnel avec les patients. Vous êtes de super médecins.

A ma maman, sans qui je ne serais jamais arrivée là. Tu comptes tellement pour moi, tu es une des personnes les plus exceptionnelles que je connaisse. C'est grâce à toi que nous sommes si heureux dans la famille, que nous réussissons, que nous nous relevons devant la difficulté, tu es toujours là pour nous. Ta générosité, ta bienveillance, ton amour, tu es toujours là quand on a besoin de toi, tu sais nous rassurer et nous accompagner quels que soient les problèmes. N'oublie jamais tout ce que tu as pu faire pour nous, c'est ça qui fait de toi une personne si merveilleuse,

tout le monde rêverait d'avoir une maman comme toi et nous avons la chance de t'avoir. Je passerais ma vie à te remercier d'exister, tu es l'exemple même de la maman en or. Je suis tellement fière de toi et je t'aime plus que tout.

A mon papa, tu es un exemple dans la profession mais aussi comme papa. Tu as toujours pris soin de nous et fait passer notre bonheur avant le tien. Je sais que quand tu m'appelles mon trésor tu le penses vraiment et ça me fait tellement plaisir à chaque fois. On dit souvent que les médecins rencontrent des difficultés à concilier vie professionnelle et personnelle mais toi, tu as toujours été présent pour nous, nous n'avons jamais manqué d'un papa et pour ça, je ne te remercierai jamais assez. Nous avons tellement de chance d'avoir un papa aussi merveilleux. Tu es un vrai exemple comme père, comme mari mais aussi comme médecin. Tu es tout simplement exceptionnel, je t'aime mon papou merci d'être là chaque jour.

A ma Deydey, mon pitou, ma juju, et mon bibi, vous êtes mes plus grands amours, je ne remercierai jamais assez papa maman de vous avoir. Mon ti cœur, ma meilleure amie, ma plus grande confidente, tu es indispensable à ma vie, je te souhaite que du bonheur avec le petit Isaac et Sebby =). Mon pitpit, qui arrive toujours à nous faire rigoler, je suis tellement heureuse de te voir si bien dans ta vie je te souhaite de continuer à t'épanouir comme ça et déjà hâte que vous rentriez hihi profitez à fond de l'Australie. Ma titi toujours dans la réussite bravo pour ton poste, tu le mérites plus que tout, tu sais ce que tu veux et je sais que quels que soient les obstacles tu arriveras toujours à ton objectif. Mon bibi, le petit dernier mais tu as su faire ta place grâce à ton humour, ta gentillesse et altruisme, profite à fond de tes voyages, je te souhaite de t'épanouir dans cette petite aventure mais rentre vite qu'on profite quand même de toi !! (sans te tromper d'heure pour le moyen de transport haha...). Chaque moment avec vous est toujours un bonheur, je vous aime de tout mon cœur. Et merci Sebby daddy et la ptite Cloclo de prendre soin d'eux, vous les rendez heureux et c'est tout ce qu'ils méritent, vous êtes au top =)

A mon premier et dernier amour Alex, Plus de 4 ans que tu me supportes, rien que pour ça merci !!! haha. Merci d'être toujours là pour moi quand j'en ai besoin, de me remonter le moral, de me faire rire, de me soutenir, de m'aider, de me rendre heureuse tout simplement. Tu es un merveilleux chéri mais aussi un super cuisiner, bricoleur, ingénieur et tu excelles dans tout ce que tu entreprends. Je pensais ne jamais avoir d'addiction et pourtant je ne pourrais jamais me passer de toi, chaque jour sans toi, je ressens ce petit manque. Depuis que je t'ai rencontré, j'ai l'impression de vivre une seconde vie où je suis apaisée et bien. Grâce à toi, j'ai trouvé cette petite étincelle qui me manquait. Pour tout ça je ne pourrai jamais assez te le dire, merci, je

t'aime, tu es l'homme de ma vie. Merci aussi à toute la famille Allemand, vous me soutenez depuis le début et c'est toujours un plaisir de vous voir, vous êtes une super petite famille.

A ma Popo, Midon et Lele, mes BFF, on a vécu tellement de choses ensemble, les soirées, les échecs, les réussites, les vacances, chanter « la petite bourgeoisie » à tue-tête... Nous sommes différentes, mais c'est toujours un réel plaisir de vous revoir. Vous comptez beaucoup pour moi et quel que soient les chemins que nous prenons ça ne changera jamais.

A mes copines Méлина et Anne, malgré la distance, je ne vous perds pas de vue et quand je vous revois c'est comme si c'était hier, et j'espère que ça restera comme ça encore longtemps ! Heureuse de voir que vous vous épanouissez dans votre vie !

A mes copines d'internat de Montpellier : Amandine, Céline, Candice, Ele, et Laurie, j'ai vraiment eu de la chance de croiser votre chemin. Montpellier sans vous aurait été bien triste. Je suis super contente d'avoir trouvé des supers copines comme vous, j'espère passer encore plein de moments avec vous, merci de me soutenir comme vous le faites et d'être présentes dans ces moments importants.

Aux stéphanois, ça va faire maintenant 2 ans qu'on se connaît et j'espère que ça va durer encore longtemps !! Malgré les difficultés pour vous rejoindre (la neige, le brouillard, etc) à chaque fois on passe de supers moments avec vous. Merci de nous avoir accueillis dans votre super groupe et vive la chipolata !

Aux assoiffées, merci pour tous ces moments passés avec vous, vous êtes une super bande, toujours prête à rigoler et faire la fête. Vivement les prochaines fêtes à neuneus !

A l'Equipe de Bédarieux, merci pour votre accueil depuis maintenant plus de 2 ans, c'est loin de chez moi et pourtant, c'est toujours un plaisir de venir travailler avec vous, j'adore l'ambiance et vous êtes tous super, si les MSP sont toutes comme ça dans les déserts médicaux je ne me fais pas de soucis, ça attirera les jeunes !!

A Céline Barres, merci de m'accueillir maintenant depuis plus de deux ans dans ton cabinet. Tu me laisses gérer comme je le souhaite et je ne me suis jamais sentie mal dans ce cabinet. J'ai appris beaucoup grâce à toi, toujours dans la bienveillance, tu es une médecin super compétente. Cela risque d'être compliqué à long terme de continuer ensemble, mais je ne me fais pas de soucis pour que tu trouves quelqu'un de motivé et content de travailler avec toi !

A Marcelle, Merci, merci, merci mille fois pour ta relecture, grâce à toi je peux l'imprimer sans crainte d'avoir trop de fautes d'orthographe. Tu es une personne extraordinaire comme je te l'ai déjà dit et redit. C'est toujours un réel plaisir de te voir, toujours avec le sourire, plein d'ondes positives, on ne peut qu'être heureux à tes côtés. On a beaucoup de chance de t'avoir.

Table des matières

Table des matières	19
Liste des abréviations	25
1 Introduction	27
2 Méthodologie.....	29
2.1 Objectif de la thèse.....	29
2.2 Critères d'inclusion et exclusion	29
2.3 Recherche et définition des mots clés.....	30
2.3.1 Les collèges internationaux, sociétés savantes et associations internationales	30
2.3.1.1 American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)	30
2.3.1.2 Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	31
2.3.1.3 European Society of Contraception and Reproductive Health (ESCRH).....	32
2.3.1.4 Le Royal Collège of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)	32
2.3.1.5 Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH)	33
2.3.1.6 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).....	33
2.3.1.7 Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) : le journal d'obstétrique et gynécologie Canada	34
2.3.1.8 Le site de l'agence de santé publique du Canada (PHAC)	34
2.3.1.9 L'Australian Medical Council (AMC).....	35
2.3.1.10 Le site de La Haute Autorité de Santé (HAS)	35
2.3.1.11 Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)	36
2.3.1.12 La Société allemande de gynécologie et d'obstétrique	36
2.3.1.13 La Société néerlandaise de gynécologie-obstétrique (NVOG).....	37
2.3.1.14 La Société espagnole de gynécologie et d'obstétrique (SEGO)	37
2.3.2 La littérature grise	37
2.3.2.1 Le site Open Grey : Dans EASY	38

2.3.2.2	Le site de Santé publique France	38
2.3.2.3	Le site de l'UNICEF	38
2.3.2.4	Le site Persée	39
2.3.2.5	Le site de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	39
2.3.2.6	Le site de l'Unesco	40
2.3.2.7	Le site de Cairn	40
2.3.2.8	Le site de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques	40
2.3.2.9	Le site du ministère des Solidarités et de la santé de France.....	41
2.3.3	Recherche Cochrane	41
2.3.4	La base de données Sudoc	41
2.3.5	Recherche Pub med	42
2.3.6	Les revues françaises : Prescrire et Exercer	42
2.4	Critères d'évaluation de la littérature	43
2.4.1	Essais cliniques randomisés	43
2.4.2	Recommandations pour la pratique clinique.....	43
2.4.3	Revue systématiques et méta-analyses	44
2.4.4	Études observationnelles	44
3	Résultats.....	45
3.1	Les collèges internationaux, sociétés savantes et associations internationales.....	45
3.1.1	American College of Obstetricians and Gynecologists	45
3.1.2	Centers for Disease Control and Prevention.....	45
3.1.3	European Society of Contraception and Reproductive Health	45
3.1.4	Royal Collège of Obstetricians and Gynaecologists	45
3.1.5	Faculty of sexual and reproductive healthcare	45
3.1.6	National Institute for Health and Clinical Excellence	45
3.1.7	Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada JOGC.....	45

3.1.8	Le site de la PHAC.....	45
3.1.9	L'Australian Medical Council	45
3.1.10	Le site de la HAS	46
3.1.11	Le site du CNGOF.....	46
3.1.12	La Société allemande de gynécologie et d'obstétrique	46
3.1.13	La Société néerlandaise de gynécologie-obstétrique	46
3.1.14	La Société espagnole de gynécologie et d'obstétrique.....	46
3.2	La littérature grise	46
3.2.1	Le site Open Grey : Dans EASY	46
3.2.2	Le site de santé publique France.....	46
3.2.3	Le site de l'UNICEF.....	46
3.2.4	Le site Persée.....	46
3.2.5	Le site de l'Organisation Mondiale de la Santé.....	47
3.2.6	Le site de l'Unesco.....	47
3.2.7	Le site du Cairn	47
3.2.8	Le site de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.....	47
3.2.9	Le site du ministère des Solidarités et de la santé :.....	47
3.3	Recherche Cochrane.....	47
3.4	La Base de données Sudoc.....	47
3.5	Recherche Pub med.....	48
3.6	Les revues françaises : Prescrire et Exercer.....	48
3.7	Les recommandations au niveau international.....	50
3.7.1	Confidentialité et Législation	50
3.7.2	La contraception.....	53
3.7.3	Les infections sexuellement transmissibles	63
3.7.4	L'éducation à la sexualité en milieu scolaire.....	67

3.7.5	Les recommandations sur les programmes d'éducation à la santé sexuelle	69
3.8	Les moyens de prévention en santé sexuelle.....	72
3.8.1	Les programmes éducatifs de santé sexuelle en milieu scolaire et extra-scolaire.	72
3.8.1.1	En France.....	72
3.8.1.2	Etats-Unis	73
3.8.1.3	L'éducation sexuelle dans la culture chinoise	76
3.8.1.4	Le programme interactif Playfully about STDs en république tchèque.....	79
3.8.1.5	Le programme Long live love aux Pays Bas	80
3.8.1.6	Evaluation du programme : The competencies for adolescents with a healthy sexuality (COMPAS) en Espagne	81
3.8.1.7	L'étude « positive choice » en Angleterre	81
3.8.2	Les revues systématiques de littérature concernant la prévention en santé sexuelle chez les adolescents et jeunes adultes	82
3.8.3	Éducation à la santé sexuelle dans le cadre d'un programme avec des étudiants en médecine.....	87
3.8.4	Intervention de distribution de préservatifs.....	87
3.8.5	Intervention de distribution de kit d'auto-prélèvement à la recherche de maladie sexuellement transmissible en milieu scolaire	88
3.8.6	Intégration de la technologie dans l'éducation à la santé sexuelle	89
3.8.6.1	Intervention à l'aide d'un site Web/application.....	89
3.8.6.2	Intervention avec des appareils mobiles	90
3.8.6.3	Les interventions assistées par ordinateur	93
3.8.6.4	Intégration des réseaux sociaux dans la santé sexuelle	99
3.8.6.5	Intervention à l'aide de vidéo en ligne	101
3.8.7	Les médias comme rôle d'éducateur sexuel pour les adolescents	104
3.8.8	Une action de prévention sous forme de conférence en Australie	107
3.8.9	Une semaine dédiée à l'éducation sexuelle en Norvège : « Week six ».....	108

3.8.10	L'éducation à la santé sexuelle par l'art.....	109
3.8.11	Education à la santé sexuelle inclusive LGBTI+	110
3.8.12	Evaluation de programme avec des pairs	111
3.8.13	L'inclusion des parents dans les interventions.....	113
3.8.14	La promotion de l'abstinence.....	117
3.8.15	Les jeux éducatifs	118
3.8.16	Les entretiens en cabinet avec un professionnel de santé	120
3.8.17	Entretiens avec des participants à une intervention en santé sexuelle	121
3.8.18	L'éducation à la sexualité, la psychologie et les inégalités	122
3.8.19	Les ressources à destination des professionnels de santé et animateurs sur la vie affective et sexuelle	123
3.8.19.1	Les guides et conseils à destination des animateurs de programme sur la vie affective et sexuelle	123
3.8.19.2	Les sites web et vidéos.....	126
3.8.20	Les ressources à destination des adolescents et jeunes adultes.....	129
3.8.20.1	Les sites web	129
3.8.20.2	Les applications.....	134
3.8.20.3	Les fiches infos/patients prescrire	138
3.8.20.4	Les brochures	138
4	Discussion.....	140
5	Conclusion.....	147
6	Bibliographie	148
7	Annexes.....	167
	Annexe I : Quand commencer à utiliser des méthodes contraceptives spécifiques : les recommandations du CDC.....	167
	Annexe II : Recommandations du CDC concernant la santé sexuelle chez les adolescents : pratiques cliniques fondées sur des données probantes.....	168

Annexe III : Guide/Critères de Frasser.....	170
Annexe IV : Exemple de conduite à tenir concernant la notification de partenaires en fonction de l'IST du patient au Royaume-Unis.	171
Annexe V : l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles aux Etats-Unis selon les Etats et Districts	172
Annexe VI : Exemple d'une activité proposée dans le guide « It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV, and Human Rights Education »	173
Annexe VII : Résumé des recommandations des Nations Unis pour concevoir une action de prévention sur la santé sexuelle.....	175
Annexe VIII : Standards pour l'éducation sexuelle en Europe OMS : âge > 15 ans.....	176
Annexe IX : Caractéristiques des programmes basés sur des données probantes aux Etats-Unis	177
Annexe X : Exemples d'image du projet "Heart For Girls.....	178
Annexe XI changement ou instauration d'une contraception : site formagyn.....	179
Annexe XII : Applications anglaises complètes sur la santé sexuelle	180
Annexe XIII : Tableau des documents inclus dans la revue de la littérature.....	181

Liste des abréviations

ACOG : American college of obstetricians and gynecologists

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

CI : Contre-indication

CNGOF : Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

DIU : Dispositif intra utérin

DMO : Densité minérale osseuse

DMPA : Depot medroxyprogesterone acetate

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

FSRH : Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IST : Infection sexuellement transmissibles

IVG : interruption volontaire de grossesse

LGBTIQ : Lesbienne, Gay, Bisexuelle, Transgenre, Intersexe, Queer

LNG : Levonorgestrel

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHAC : Public Health Agency of Canada

POP : Pilule oestroprogestative

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

SOGC : Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

VIH : le virus de l'immunodéficience humaine

VHB : Le virus de l'Hépatite B

1 Introduction

Selon le baromètre 2016, en France, l'âge médian du premier rapport est de 17 ans pour les garçons et 17 ans et 6 mois pour les filles. Il indique également que 97.3 % des moins de 20 ans, déclarent utiliser un moyen de contraception (1). Or, dans le rapport de 2019 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), le taux de recours à l'intervention volontaire de grossesse (IVG) s'élève à 6 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 17 ans en Métropole ce qui n'est pas négligeable (2). Lorsqu'on analyse les connaissances et l'utilisation des différents moyens de contraception des lycéens de France, on observe qu'il s'agit dans les deux cas, essentiellement de la pilule et du préservatif. Parmi les 15-19 ans, 60,4 % utilisent la pilule suivie du préservatif 45.6 %. Seuls 3.5 % utilisent l'implant et 1.1 % patch/anneau et 3.2 % d'autres méthodes (capes, diaphragme, retrait ...) et 0 % le dispositif intra-utérin (DIU).(1)

Malgré les différentes méthodes de contraception qui existent, les méthodes utilisées ne changent pas. Il est donc légitime de se demander si les adolescents sont correctement informés concernant tout le panel contraceptif.

Dans mon expérience, pendant mon stage d'interne en service d'IVG ou je faisais des consultations, j'ai pu constater une représentation erronée et des erreurs d'interprétation sur les méthodes contraceptives. J'ai par exemple entendu des patientes dire :

« Le stérilet c'est que pour les femmes qui ont été enceintes, ça fait mal » « La pilule fait grossir » « On devient moins fertile avec la pilule ».

Il semble nécessaire d'apporter aux jeunes femmes des informations correctes et d'actualité pour faire face à ces fausses croyances.

Concernant les infections sexuellement transmissibles (IST), l'évaluation du 5-ème plan de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les IST du Haut Conseil de Santé Publique et sur le rapport relatif à l'éducation à la sexualité rendu par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes a mis en évidence des résultats peu satisfaisants sur certains indicateurs liés à la santé sexuelle : les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent environ 40 % des IST rapportées en 2013 et en 2014 et une augmentation de 10 % des IST. De plus, 25 % des écoles déclaraient n'avoir mis en place aucune action d'éducation à la sexualité malgré l'obligation légale. (3)

Dans une autre étude réalisée en 2018, la société mutualiste des étudiants de la région parisienne rapporte que 88% des lycéens de France ne se font pas systématiquement dépister lors d'un changement de partenaire et 72% ne se font jamais dépister. De plus 1 étudiant sur 3 déclare ne jamais porter de préservatif et 43 % d'entre eux n'utilisent pas systématiquement un préservatif lors d'un rapport intime.(4)

Concernant la pornographie, une étude réalisée par l'Institut français d'opinion publique en 2017 auprès de jeunes de 15 à 17 ans a trouvé que 51 % des adolescents avaient déjà surfé sur un site pornographique, ce qui représente une hausse de 14% en 4 ans. L'âge moyen de la première exposition à la cyberpornographie est de 14 ans et 4 mois en 2017 contre 14 ans et 8 mois en 2013.(5)

Les évaluations de l'efficacité des programmes, largement basées sur les connaissances concernant les IST et les différents modes de contraception, fournissent des preuves solides que les programmes d'abstinence seuls sont inefficaces, et des preuves mitigées sur l'efficacité des programmes qui incluent seulement la contraception et les rapports sexuels protégés.(6) Il existe un besoin particulièrement fort d'éducation sexuelle complète chez les jeunes, incluant le genre, le plaisir, le consentement, la diversité sexuelle, la prévention des relations amoureuses et de la violence, le développement de relations saines, l'amélioration de l'apprentissage social et émotionnel et une meilleure éducation aux médias.

De nombreux moyens et outils sont utilisés dans la prévention en santé sexuelle chez les adolescents, mais ne sont pas toujours validés.

L'objectif de ce travail était de rechercher dans la littérature internationale scientifique et numérique les outils et moyens de prévention disponibles chez les adolescents et jeunes adultes en santé sexuelle afin de mettre en œuvre une éducation complète à la santé sexuelle.

2 Méthodologie

2.1 Objectif de la thèse

L'objectif de cette thèse est d'établir un état des lieux sur les moyens de prévention, ciblés sur la sexualité des adolescents existant dans le monde par une recherche dans la littérature internationale scientifique et numérique.

L'objectif secondaire est de proposer des outils utilisables en maison de santé pluriprofessionnelle ainsi que des recommandations pour les actions de prévention.

La littérature scientifique et numérique internationale au sujet de la santé sexuelle est riche mais diverse. L'hypothèse de recherche réside dans ce qu'il est possible de sélectionner les données les plus pertinentes.

2.2 Critères d'inclusion et exclusion

Critères d'inclusions :

- Articles issus de la base de données reconnues par la communauté scientifique ainsi que la littérature grise : Santé publique France, Open grey Le site de l'UNICEF, le site Persée, le site de l'organisation mondiale de la santé (OMS), le site de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), le site du CAIRN, le site du DRESS et le site du ministère des Solidarités et de la santé :
- Articles à propos des moyens de prévention et recommandations sur la santé sexuelle aux adolescents proposées au niveau international : France, Europe, Continent américain, Nouvelle Zélande, Australie, Japon, Hong Kong et la Chine.
- Articles réalisés en français ou en anglais
- Date de publication entre 2011 et 2022
- Population étudiée : adolescents et jeunes adultes de 12 à 25 ans

Critères d'exclusions :

- Population particulière : article ne concernant pas les adolescents et jeunes adultes
- Articles dont le texte intégral n'est pas disponible

- Articles concernant la période durant le covid étant donné les restrictions, les déplacements et les regroupements non autorisés, qui sont des facteurs limitants pour la mise en œuvre d'actions de prévention.

2.3 Recherche et définition des mots clés

Avant de commencer toute recherche bibliographique, la première étape s'est attachée à sélectionner les mots-clés. Pour cela, l'outil terminologique du CHU de Rouen, Cisfmed via l'outil HeTop a été utilisé ce qui a permis d'obtenir les mots clés en langage MeSH puis la traduction de ces derniers pour la recherche anglo-saxonne.

Le résultat de la recherche est le suivant :

- Contraception, Contraception
- Maladies sexuellement transmissibles, Sexually transmitted diseases
- Programmes d'éducation pour la santé, Healthy people programs ou program
- Santé sexuelle, Sexual Health
- Adolescent, Adolescent

Pour ce travail de thèse, j'ai effectué une revue de la littérature à partir de ces différentes sources :

- Les recommandations françaises et internationales
- La littérature grise
- La base de données Sudoc.
- La base de données Pubmed.
- La base de données Cochrane.

2.3.1 Les collèges internationaux, sociétés savantes et associations internationales

2.3.1.1 American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)

www.acog.org

Il s'agit du portail du Collège américain de gynécologie-obstétrique qui est une association regroupant des médecins spécialisés en obstétrique et gynécologie des États-Unis ainsi que plusieurs pays d'Amérique latine.

Dans la barre de recherche, chaque mot-clé était recherché un à un, associé à adolescent.

Les équations de recherche étaient les suivantes :

- Sexual health adolescent
- Contraception adolescent
- Sexually transmitted diseases adolescent
- Healthy people programs adolescent

Les types de documents choisis étaient les suivants :

- Committee Opinion
- Clinical Updates in Women's Health Care
- Practice Advisory
- Clinical consensus
- Topics
- Counseling
- Contraception
- Adolescent health services
- Sexually transmitted diseases
- Adolescent
- Intrauterine devices
- Combined oral contraceptives
- Emergency contraception
- LARC
- Oral contraceptives
- Sexual and reproductive health
- Preventive health services
- HIV infections
- Sexual behavior

2.3.1.2 Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

<https://www.cdc.gov/>

C'est une des principales organisations des États-Unis qui s'occupe de la santé publique du pays. Elle a pour but de créer des recommandations, basées sur des données scientifiques de haute qualité, afin d'améliorer la santé publique depuis plus de 70 ans. Elle est principalement composée de médecins et de scientifiques.

J'ai utilisé l'onglet : recherche avancé et noter dans l'onglet : « This exact word or phrase » :

- Sexual health
- Contraception
- Sexually transmitted diseases,
- Healthy people program

Pour affiner la recherche, j'ai utilisé le filtre de janvier 2011 à mars 2022.

2.3.1.3 [European Society of Contraception and Reproductive Health \(ESCRH\)](https://escrh.eu/)

<https://escrh.eu/>

Il s'agit d'une association à but non-lucratif créée à Paris en 1988. Son rôle principal est d'informer sur la santé sexuelle, notamment la contraception les IST et les IVG en fonction des pays d'Europe. Elle réalise de plus d'études épidémiologiques sur la sexualité et joue un rôle dans la promotion en matière de santé sexuelle.

La recherche se fait sur le « WebLibrary » sur l'éducation à la sexualité :

<https://escrh.eu/education/web-library-on-sexuality-education/>

On y retrouve des programmes, des outils, des brochures, etc. sur le thème de l'éducation sexuelle en plusieurs langues.

Ils sont destinés aux enseignants, étudiants, professionnels de santé, etc...

J'ai utilisé l'onglet : recherche et chaque mot-clé prédéfini a été utilisé :

- Sexual health
- Contraception recommandation
- Sexually transmitted diseases,
- Healthy people program

Pour affiner la recherche, j'ai utilisé la Bibliothèque de filtres et sélectionné comme groupe cible : adolescents et lycéens.

2.3.1.4 [Le Royal Collège of Obstetricians and Gynaecologists \(RCOG\)](http://www.rcog.org.uk)

www.rcog.org.uk

Il s'agit du collège britannique de gynécologie et obstétrique dont le rôle est principalement d'améliorer la santé sexuelle des femmes grâce à des recommandations et des études.

Dans la barre de recherche, chaque mot-clef prédéfini était recherché un à un avec comme filtre « clinical guidelines » :

- Sexual health
- Contraception
- Sexually transmitted diseases
- Healthy people programs

2.3.1.5 Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH)

www.fsrh.org

La Faculté des soins de santé sexuelle et reproduction est une faculté du Collège Royal des Obstétriciens et Gynécologues. Ils travaillent en étroite collaboration avec le RCOG, mais il s'agit d'une organisation indépendante.

L'organisation est composée d'environ 15 000 médecins et infirmières spécialisés de santé sexuelle et reproductive, médecins généralistes, médecins génito-urinaires et gynéco-obstétriciens.

Leur but principal est de créer des conseils et des normes cliniques en fonction des études réalisées à destination des professionnels de santé.

Grâce à l'outil recherche, les mots-clés suivants ont permis la recherche sans le terme « adolescent » pour les 3 derniers termes, j'ai utilisé le filtre « Guidance »

- Sexual health adolescent
- Contraception
- Sexually transmitted diseases
- Healthy people programs

2.3.1.6 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

www.nice.org.uk/

Il s'agit d'une organisation publique non-ministériel dépendant du ministère de la Santé du Royaume-Uni, dont la mission est de définir des recommandations nationales sur les traitements et les soins.

Ses recommandations sont produites par des commissions et groupes de travail indépendants. L'organisation prend en compte l'avis des principaux acteurs intéressés (professionnels, patients, public, industriels).

Grâce à l'outil recherche, les mots-clés suivants, recherchés un à un, ont permis la recherche :

- Sexual health adolescent
- Contraception adolescent
- Sexually transmitted diseases adolescent
- Healthy people programs adolescent

2.3.1.7 Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) : le journal d'obstétrique et gynécologie Canada

<https://www.jogc.com/>

Il est nécessaire d'adhérer pour avoir accès aux informations sur le site de la SOGC.

On retrouve les recommandations de la SOGC sur le journal d'obstétrique et gynécologie Canada :

Dans la barre de recherche avancée, chaque mot-clef était recherché un à un avec l'opérateur Booléen AND

J'ai utilisé le filtre : « Article » et de 2011 à 2022

- Sexual health AND adolescent
- Contraception AND adolescent
- Sexually transmitted diseases AND adolescent
- Healthy people programs AND adolescent

2.3.1.8 Le site de l'agence de santé publique du Canada (PHAC)

www.canada.ca/fr/sante-publique.html

Il s'agit de l'agence responsable de la santé publique au Canada.

Pour effectuer ma recherche, j'ai utilisé le site en français.

Grâce à l'outil recherche avancée : dans l'onglet « tous les mots suivants : » les mots-clés ont été utilisés un à un :

- Santé sexuelle adolescent

- Contraception adolescent
- Infection sexuellement transmissible adolescent
- Programmes d'éducation pour la santé

2.3.1.9 L'Australian Medical Council (AMC)

www.amc.org.au

Il s'agit d'un organisme national indépendant pour l'éducation et la formation médicale en Australie.

Dans l'onglet « recherche » j'ai noté un à un les mots-clés suivants :

- Sexual health
- Contraception
- Sexually transmitted diseases
- Healthy people programs

2.3.1.10 Le site de La Haute Autorité de Santé (HAS)

<http://www.has-sante.fr/portail/>

La Haute Autorité de Santé (HAS) est « une autorité publique indépendante à caractère scientifique ». Elle a pour principal objectif, la création de recommandations françaises sur la santé à destination des professionnels de santé basées sur des données probantes. C'est aussi elle qui évalue le service médical rendu d'un médicament, des actes médicaux, des dispositifs médicaux etc...

Les recherches ont été effectuées via l'outil de recherche avancée.

Dans l'onglet : « Expression exacte » les mots-clefs prédéfinis ont été utilisés un à un.

J'ai utilisé le filtre « Texte intégral » et « Recommandation et Guide ».

J'ai sélectionné uniquement les articles publiés depuis moins de 5 ans lorsqu'il y avait trop de résultats (> 350).

Soit les équations de recherche suivantes :

- Adolescent, Contraception
- Infection sexuellement transmissible
- Adolescent, Sexual Health

- Programmes d'éducation pour la santé

2.3.1.11 Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Le CNGOF est la société savante qui regroupe les gynécologues et obstétriciens de France. L'objectif principal de l'organisation est le développement, le progrès et l'enseignement dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique.

Pour la recherche, j'ai utilisé le livre du collège (disponible en ligne via la bibliothèque de l'université) et le site web. Pour la pratique clinique, les recommandations élaborées par le CNGOF sont disponibles en ligne

Pour la recherche, j'ai noté les mots-clés suivants dans l'onglet recommandation pour la pratique clinique :

- Adolescent, Contraception : filtre depuis 5 ans
- Infection sexuellement transmissible
- Adolescent, Sexual Health
- Programmes d'éducation pour la santé

2.3.1.12 La Société allemande de gynécologie et d'obstétrique

<https://www.dggg.de/>

La Société allemande de gynécologie et d'obstétrique est une société scientifique médicale composée des principaux domaines suivants :

- L'obstétrique et médecine prénatale
- L'endocrinologie gynécologique et la médecine de la reproduction
- L'endoscopie gynécologique
- L'urogynécologie et la reconstruction plastique du plancher pelvien
- Les interventions chirurgicales esthétiques et reconstructrices en gynécologie
- L'oncologie gynécologique

J'ai utilisé les équations de recherche suivantes dans l'onglet recherche du site :

- Sexual health AND adolescent
- Contraception AND adolescent
- Sexually transmitted diseases AND adolescent
- Healthy people programs AND adolescent

2.3.1.13 La Société néerlandaise de gynécologie-obstétrique (NVOG)

www.nvog.nl

La NVOG est la société savante des Pays-Bas qui a pour rôle principal la formation continue en gynécologie-obstétrique des étudiants et des professionnels de santé.

J'ai utilisé les équations de recherche suivantes dans l'onglet recherche du site :

- Sexual health AND adolescent
- Contraception AND adolescent
- Sexually transmitted diseases AND adolescent
- Healthy people programs AND adolescent

2.3.1.14 La Société espagnole de gynécologie et d'obstétrique (SEGO)

www.sego.es

La SEGO est une association à but non-lucratif qui existe depuis plus 120 ans et qui a pour but principal la formation continue, l'enseignement et la recherche concernant la spécialité ou encore émettre un avis ou statuer sur des aspects éthiques, scientifiques, professionnels et/ou juridiques qui affectent la spécialité ou les spécialistes.

J'ai utilisé les équations de recherche suivantes dans l'onglet recherche du site :

- Sexual health AND adolescent
- Contraception AND adolescent
- Sexually transmitted diseases AND adolescent
- Healthy people programs AND adolescent

2.3.2 La littérature grise

Il s'agit de tous les documents réalisés sous format papier ou électronique, qui n'ont pas été publiés en tant qu'étude et qui n'entrent pas dans le contrôle de l'édition commerciale. Ils ont été rédigés par des instances gouvernementales comme l'OMS, des professionnels de santé, des associations.

Il peut s'agir par exemple de rapports d'études ou de recherches, d'articles, de guides, de recommandations ...

2.3.2.1 Le site Open Grey : Dans EASY

Le site est fermé depuis 2021, il donnait accès librement à 700.000 références bibliographiques de littérature grise produites en Europe.

Il est possible de télécharger le fichier Open Grey MySQL à partir des archives sur le site : <https://easy.dans.knaw.nl/ui/datasets/id/easy-dataset:200362/tab/2>.

Les articles ont été recherchés dans l'onglet recherche avancée et en utilisant les mots-clés suivant dans l'onglet « titre » :

- Contraception
- Sexual health
- Sexually transmitted diseases
- Healthy people program

2.3.2.2 Le site de Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/>

Il s'agit du réseau français en charge de la santé publique de France sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Il a pour principal objectif la prévention en santé à l'aide à des actions de prévention ciblées.

J'ai affiné la recherche par type de « Population » et sélectionné : « adolescents et jeunes adultes ».

Les articles ont été recherchés dans la base documentaire en utilisant les mots-clés :

- Santé sexuelle
- Infection sexuellement transmissible
- Contraception adolescente
- Programmes d'éducation pour la santé

2.3.2.3 Le site de l'UNICEF

<https://www.unicef.org/fr>

Il s'agit d'une association qui défend les droits des enfants dans le monde entier.

Dans la barre de recherche, chaque mots-clefs prédéfini était recherché un à un :

- Santé sexuelle

- Infection sexuellement transmissible
- Contraception adolescente
- Programmes d'éducation pour la santé

2.3.2.4 Le site Persée

<https://www.persee.fr/>

Persée est un site qui a été créé par le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche qui permet l'accès à de nombreux documents et publications scientifiques en ligne qui concernent principalement l'éducation.

Pour affiner la recherche, j'ai utilisé les filtres :

Année : 2011-2022

Dans la barre de recherche, chaque mot-clef prédéfini était recherché :

- Contraception adolescent
- Sexual health adolescent
- Sexually transmitted diseases adolescent
- Healthy people program adolescent

Les résultats étaient classés par pertinence, en dessous de 50 % de pertinence les résultats n'étaient pas retenus car les articles ne correspondaient pas au sujet.

2.3.2.5 Le site de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

<https://www.who.int/fr>

L'OMS est un organisme de l'Organisation des Nations Unies responsable de la santé publique. Elle travaille avec tous les pays du monde et notamment les politiciens et les universités. Son rôle principal est de promouvoir la santé au niveau mondial à l'aide d'études et d'action de prévention.

Dans l'onglet recherche, j'ai utilisé les équations de recherche suivantes :

- Contraception adolescent
- Santé sexuelle adolescent
- Infections sexuellement transmissibles adolescent
- Programmes d'éducation pour la santé adolescent

2.3.2.6 Le site de l'Unesco

<https://www.unesco.org/en>

Il s'agit de l'organisme de l'Organisation des Nations Unies responsable de l'éducation, la science et de la culture dans le monde. Il permet la création d'outils éducatifs et des recommandations à destination des professionnels de santé.

Dans la barre de recherche, chaque mot-clef prédéfini était recherché un à un associé à adolescent afin d'obtenir des résultats plus pertinents :

- Contraception adolescent
- Sexual health adolescent
- Sexually transmitted diseases adolescent
- Healthy people program adolescent

2.3.2.7 Le site de Cairn

<https://www.cairn.info/>

Il s'agit d'une plateforme indépendante où sont disponibles des revues de sciences humaines et sociales.

J'ai utilisé le moteur de recherche avancé en utilisant l'option « expression exacte » et filtré durant les dix dernières années avec comme mots-clés :

En anglais

Contraception ET Sexual health ET Sexually transmitted diseases

Puis en français :

Contraception ET santé sexuelle ET infection sexuellement transmissible

2.3.2.8 Le site de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

La DRESS est une direction de l'administration publique française, coordonnée par l'Insee et sous la tutelle des Ministères, qui a pour rôle d'effectuer des études socio-économiques et de produire ainsi des statistiques.

Dans l'onglet « Rechercher dans le site » chaque mot clé a été recherché :

- Contraception

- Santé sexuelle
- Infections sexuellement transmissibles
- Programmes d'éducation pour la santé

2.3.2.9 Le site du ministère des Solidarités et de la santé de France

[-http://solidarites-sante.gouv.fr/](http://solidarites-sante.gouv.fr/)

Dans l'onglet recherche, j'ai utilisé les équations de recherche suivantes :

- Contraception
- Santé sexuelle
- Infections sexuellement transmissibles
- Programmes d'éducation pour la santé

2.3.3 Recherche Cochrane

Cochrane est une organisation indépendante et mondiale. Le siège est au Royaume-Uni. L'objectif principal du site est de donner accès aux utilisateurs à des données probantes synthétiques et fiables. Il s'agit plus particulièrement de revues systématiques sur la santé.

En sélectionnant l'outil « recherche avancée » puis l'onglet « Search ». Chaque mot-clef étant écrit en terme MeSH, en anglais, l'équation de recherche a été la suivante :

(Title-abstract-keyword) : « adolesc* » Séparé par l'opérateur booléen AND (title-abstract-keyword) : mots-clefs un à un comme suivant :

- Sexual health,
- Contraception,
- Sexually transmitted diseases
- Healthy people programs

Les résultats étaient limités du 01/01/2011 au 31/08/2022

Résultats de la recherche dans « Cochrane reviews ».

2.3.4 La base de données Sudoc

La base sudoc regroupe toutes les thèses et mémoires réalisés et publiés.

Sur l'onglet recherche avancée de la barre d'outils : mots-clefs précédemment définis associés à « adolescent ». En choisissant comme paramètre souhaité « tous les mots » et comme type de publications : « Thèse »

- Santé sexuelle « et » adolescent
- Contraception « et » adolescente
- Infections sexuellement transmissibles « et » adolescent
- Programmes d'éducation pour la santé « et » adolescent

2.3.5 Recherche Pub med

Pub med est le principal moteur de recherche de données bibliographiques en sciences biologiques et médicales. Il s'agit de la version gratuite de MEDLINE, la base de données internationale produite par la « National Library of Medicine ».

J'ai utilisé comme filtres :

-Date : 2011 à 2022

-Texte intégral accessible gratuitement

-Type d'article : Books and Documents, Randomized Controlled Trial, Review Systematic, Review

L'équation de recherche était la suivante :

Search: (((adolesc*) AND (program*)) AND (education*)) AND (((Sexual Health) OR (sexually transmitted diseases)) OR (contraception)) Filters: from 2011 – 2022.

2.3.6 Les revues françaises : Prescrire et Exercer

La revue Exercer est rédigée par le Collège National des Généralistes Enseignants. Elle est la référence scientifique pour la médecine générale. Des articles sont disponibles en ligne.

Pour la revue Exercer j'ai effectué la recherche dans « recherche » et utilisé les mots-clés suivants :

- Santé sexuelle adolescent
- Contraception adolescent
- Infections sexuellement transmissibles adolescent
- Programmes d'éducation pour la santé adolescent

La revue Prescrire est une revue papier et numérique. Son principal atout se trouve dans un financement à 100% par les abonnés. Elle ne dépend donc pas d'un financement des laboratoires ou autre subvention. Il n'y a aucune publicité et il ne peut donc pas y avoir de conflit d'intérêt. Elle est agréée pour la formation professionnelle continue des médecins.

J'ai effectué la recherche en utilisant les mots-clés un à un :

- Santé sexuelle
- Contraception adolescent
- Infections sexuellement transmissibles
- Programmes d'éducation pour la santé

J'ai utilisé le filtre « 10 dernières années » et j'ai choisi les médias « numéros mensuels « Fiches Infos-Patients Prescrire » et « www.prescrire.org »

2.4 Critères d'évaluation de la littérature

L'ensemble des documents inclus dans cette revue ont été analysés à l'aide de grilles d'évaluation.

2.4.1 Essais cliniques randomisés

Les essais cliniques randomisés ont été analysés via l'échelle de Jadad modifiée. Elle analyse trois domaines : la randomisation qui est cotée sur 2, l'aveugle qui est aussi cotée sur 2, et les perdus de vue qui sont cotés sur 1. Le total maximal est donc 5 et minimal 0. Les essais cliniques randomisés sont ainsi séparés en deux catégories : ceux de haute qualité quand le résultat est égal ou supérieur à 3/5 et ceux de basse qualité si le résultat du score est inférieur à 3.

2.4.2 Recommandations pour la pratique clinique

La Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique AGREE a été créée pour évaluer les recommandations. Elle a été améliorée en 2019 et s'appelle maintenant la grille AGREE II. Elle comporte 23 items, correspondant à 6 domaines qu'il faut évaluer sur une échelle de 1 à 7 : de fortement en désaccord à fortement en accord avec l'item (par exemple évaluer à quel degré la recommandation est en accord avec : « le ou les objectifs de la RCP sont décrits explicitement. »). Ainsi, le score total peut aller de 7 jusqu'à 161. Un pourcentage a été calculé avec les résultats.

2.4.3 Revues systématiques et méta-analyses

Pour l'évaluation des revues systématiques et méta-analyses, j'ai utilisé la grille R-AMSTAR. Elle est composée de 11 items, évaluant la qualité de la revue, qui peuvent être constitués de 3 à 5 critères. En fonction du nombre de critères validés, le score pour chaque item peut être de 1 à 4 points. Le score total maximal est donc de 44 et minimal de 11. Le score pour chaque article a également été converti en pourcentage.

2.4.4 Études observationnelles

Pour les études observationnelles de cohorte le score CASP cohorte a été utilisé. Il évalue les résultats, leur validité et leur utilité. Il y a 12 items avec une ou deux questions, il faut y répondre par « oui », « je ne sais pas » ou « non ». Pour les questions 7, 8 et 12, il s'agit d'une question ouverte. Pour obtenir un résultat chiffré, j'ai répondu par les mêmes réponses à « les résultats étaient-ils pertinents ? » pour la question 7, « étaient-ils précis ? » pour la question 8 et « les preuves sont-elles suffisamment solides pour recommander des changements dans la pratique clinique et dans la prise de décision en matière de politique de santé ? » pour la question 12. J'ai attribué un point à chaque fois que la réponse était « oui », les items 5 et 6 étant composés de 2 questions le score maximal était 14 et minimal 0.

Pour les études observationnelles cas/témoins le même score CASP mais adapté pour les études cas/témoin a été utilisé. Il y a 11 items, le procédé étant identique au précédent, et s'agissant des mêmes questions ouvertes pour les items 7 et 8, j'ai donc procédé de la même façon. Pour la question 6-a, il propose de citer les facteurs de confusion, j'ai simplement répondu à la question « b » c'est-à-dire : « les auteurs ont-ils pris en compte ces facteurs ». Le score maximal est de 11 et minimal de 0.

Pour les deux méthodes, le score a aussi été converti en pourcentage.

3 Résultats

3.1 Les collèges internationaux, sociétés savantes et associations internationales

3.1.1 American College of Obstetricians and Gynecologists

71 résultats ont été obtenus. Après lecture des titres, 6 documents ont été inclus pour analyse.

3.1.2 Centers for Disease Control and Prevention

165 résultats ont été obtenus. Après lecture des titres, exclusion des doublons, 6 documents ont été inclus pour analyse.

3.1.3 European Society of Contraception and Reproductive Health

105 résultats ont été obtenus. Après lecture des titres exclusion et analyse du contenu, 13 documents ont été inclus pour analyse, dont 9 sites Web et 4 guides.

3.1.4 Royal Collège of Obstetricians and Gynaecologists

20 résultats ont été obtenus. Après lecture des titres, aucun document n'a été inclus pour analyse.

3.1.5 Faculty of sexual and reproductive healthcare

98 résultats ont été obtenus. Après lecture des titres, exclusion des doublons, 9 documents ont été inclus pour analyse.

3.1.6 National Institute for Health and Clinical Excellence

155 résultats ont été obtenus. Après lecture des titres, 1 document a été inclus pour analyse.

3.1.7 Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada JOGC

98 résultats ont été obtenus. Après lecture des titres, 1 document composé de 4 parties et 9 chapitres a été inclus pour l'analyse.

3.1.8 Le site de la PHAC

83 résultats ont été obtenus. Après lecture des titres, 2 articles ont été inclus pour analyse.

3.1.9 L'Australian Medical Council

Aucun résultat pertinent n'a été retrouvé.

3.1.10 Le site de la HAS

1020 résultats ont été obtenus. Après lecture du titre et exclusion des doublons, 3 documents ont été inclus pour analyse.

3.1.11 Le site du CNGOF

Sur le site, 4 résultats ont été obtenus. Après lecture du titre, 1 document a été inclus pour analyse.

Pour le livre : aucun chapitre n'a été retenu pour analyse.

3.1.12 La Société allemande de gynécologie et d'obstétrique

Aucun résultat pertinent n'a été retrouvé.

3.1.13 La Société néerlandaise de gynécologie-obstétrique

Aucun résultat pertinent n'a été retrouvé.

3.1.14 La Société espagnole de gynécologie et d'obstétrique

Aucun résultat pertinent n'a été retrouvé.

3.2 La littérature grise

3.2.1 Le site Open Grey : Dans EASY

17 résultats ont été obtenus, après exclusion des documents ne correspondant pas au thème aucun document n'a été inclus pour analyse.

3.2.2 Le site de santé publique France

54 résultats ont été obtenus. Après lecture des résumés, articles et exclusion de doublons 8 documents ont été inclus pour analyse.

3.2.3 Le site de l'UNICEF

Aucun résultat n'est obtenu après réalisation de la recherche selon les critères prédéfinis.

3.2.4 Le site Persée

12 893 résultats ont été obtenus. Après un tri par pertinence, l'élimination des documents ne correspondant pas au thème, 1 document a été inclus pour analyse.

3.2.5 Le site de l'Organisation Mondiale de la Santé

43 résultats ont été obtenus. Après exclusion des doublons et des articles de correspondant pas au sujet, 4 documents ont été inclus pour analyse.

3.2.6 Le site de l'Unesco

Aucun résultat n'est obtenu après réalisation de la recherche selon les critères prédéfinis.

3.2.7 Le site du Cairn

79 résultats ont été obtenus. Après exclusion des doublons, des articles payants et des articles ne correspondant pas au sujet, 5 documents ont été inclus pour analyse.

3.2.8 Le site de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

96 résultats ont été obtenus. Après exclusion des doublons et des articles de correspondant pas au sujet, 1 document a été inclus pour analyse.

3.2.9 Le site du ministère des Solidarités et de la santé :

478 résultats ont été obtenus, après exclusion des documents ne correspondant pas au thème et des doublons, 1 document a été inclus pour analyse.

3.3 Recherche Cochrane

65 résultats ont été obtenus avec les différentes équations de recherche. Après exclusion des documents ne correspondant pas au sujet, des articles non-accessibles gratuitement et des doublons, 6 documents ont été inclus pour analyse.

3.4 La Base de données Sudoc

124 ressources ont été obtenues à partir des critères de recherche précédemment définis. Après élimination des thèses dont le titre ne correspondait pas, des doublons, puis exclusion après lecture du résumé, 4 thèses ont été inclus pour analyse.

3.5 Recherche Pub med

2245 résultats ont été obtenus au terme des différentes équations de recherche précédemment définis. Après lecture du titre, de l'abstract, exclusion des doublons, 73 documents ont été inclus pour analyse.

3.6 Les revues françaises : Prescrire et Exercer

La revue Exercer

288 résultats ont été obtenus, aucun document n'a été inclus pour analyse.

La revue prescrire

535 résultats ont été obtenus avec les différentes équations de recherche. Après lecture des titres, résumés et textes intégraux et exclusion des doublons, 7 documents ont été inclus dans l'analyse.

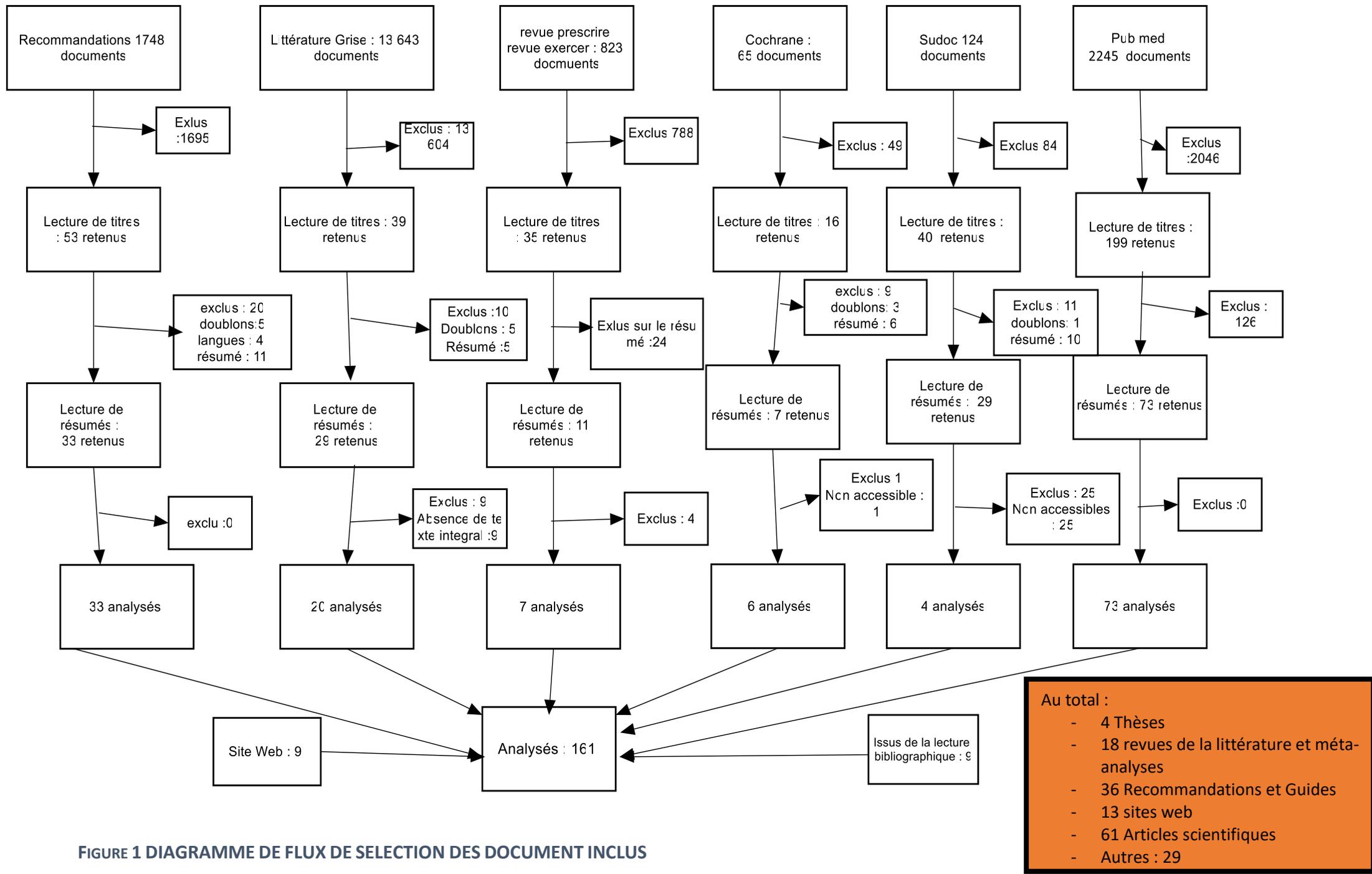


FIGURE 1 DIAGRAMME DE FLUX DE SELECTION DES DOCUMENT INCLUS

3.7 Les recommandations au niveau international

3.7.1 Confidentialité et Législation

Aux Etats-Unis tous les Etats et le district de Columbia autorisent la prise en charge des infections sexuellement transmissibles ainsi que l'éducation et les conseils notamment concernant les options contraceptives sans l'autorisation parentale. Les lois sur les droits des mineurs à consentir aux services de soins varient selon les États, il est recommandé aux médecins de connaître les lois avant chaque consultation avec un mineur. Dans tous les cas, l'ACOG recommande qu'il y ait un majeur si un examen physique ou échographique est réalisé. (7)

Limiter l'accès des parents ou des tuteurs aux informations concernant la sexualité permet aux adolescents d'être plus à l'aise pour parler de ce sujet avec les professionnels de santé et une meilleure prise en charge. Aux Etats-Unis, il existe les dossiers informatisés où sont disponibles les observations, les résultats des examens ou encore les prescriptions médicales. Selon les Etats, il est possible de restreindre l'accès. Si le système informatique ne permet pas de maintenir la confidentialité des adolescents, le médecin doit informer le patient que les parents ou tuteurs auront accès aux dossiers.(7)

La loi HIPAA : Health Insurance Portability and Accountability Act, crée en 1996, offre une protection contre l'accès des parents ou des tuteurs aux informations de santé protégées dans les circonstances suivantes : adolescents âgés de 18 ans et plus ; les mineurs émancipés ; les mineurs qui peuvent légalement consentir aux services ou recevoir des services sans le consentement ou la notification des parents ou du tuteur conformément à l'État ou à toute autre loi applicable.

Plusieurs options sont proposées comme celles de gérer ou restreindre l'accès des parents ou du tuteur aux notes pour les patients âgés de 12 à 17 ans, celle d'exiger un mot de passe pour accéder au portail patient d'un adolescent, ou encore celle de conserver les informations confidentielles dans une section distincte du dossier.

Des informations concernant les lois en fonction des états sont disponibles sur le site : <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/overview-minors-consent-law>.(7)

Il n'existe pas de sécurité sociale aux Etats-Unis mais des assurances privées pour les remboursements des soins ; certaines compagnies d'assurance détaillent les déclarations ce qui

entraîne donc un risque de divulgation des résultats de laboratoire, des ordonnances et des diagnostics. Il est important pour les professionnels de santé de travailler avec leurs organisations de soins de santé pour être en mesure de fournir une facturation confidentielle. Il existe des modificateurs de facturation spécifiques utilisés en vertu de la loi sur la protection des patients qui permettent de créer une facture non détaillée. Dans tous les cas si la confidentialité ne peut être respectée, il est possible d'orienter les adolescents dans des centres de référence, équivalent du Planning familial en France, aux Etats-Unis : « Planned Parenthood ».(7)

En Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord, il est possible de prescrire une contraception aux jeunes de moins de 16 ans sans le consentement parental, il est considéré comme une bonne pratique de suivre les lignes directrices/critères de Fraser (Annexe 1).(8)

En Ecosse, selon l'article 2, paragraphe 4 de la loi de 1991 sur l'âge de la capacité juridique : « Les personnes âgées de moins de 16 ans ont la capacité juridique de consentir en leur propre nom à toute intervention ou traitement chirurgical, médical ou dentaire lorsque, de l'avis d'un médecin qualifié, elles sont capables de comprendre la nature et les conséquences possibles de la procédure ou du traitement.»

Le guide : « *Best Practice Guidance for Doctors and Other Health Professionals on the Provision of Advice and Treatment for Young People Under 16 on Contraception, Sexual and Reproductive Health* », produit par le Ministère de la Santé des Royaume-Unis en 2004, défend le droit des jeunes à la confidentialité et permet aux jeunes mineurs de consulter seuls et de garder les observations et prescriptions confidentiels. Il n'y a pas de données sur la confidentialité des facturations.

Au Canada la confidentialité est la même qu'aux Etats-Unis. Les jeunes assurés par un régime privé doivent pouvoir profiter de l'accès aux contraceptifs gratuitement et confidentiellement.

Afin de satisfaire cette exigence, Le Société canadienne d'obstétrique et gynécologie recommande :

- Que les pharmaciens puissent délivrer la contraception sans en informer les parents tout en étant remboursés grâce à l'assurance.
- Que les assureurs privés couvrent le coût total de la contraception pour tout jeune de moins de 25 ans.
- Que l'assurance protège la confidentialité en ne déclarant pas l'achat du contraceptif.

(9–12)

En France, L'article 47 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020 (13) permet à toutes les mineures quel que soit leur âge de bénéficier du remboursement intégral des frais relatifs à la contraception (qui auparavant n'était prévu que pour les mineures de plus de 15 ans) (14).

Dans la Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 et le Décret n° 2022-258 du 23/02/2022 le mot : « mineure » est remplacé par les mots : « agée de moins de 26 ans » et sont ajoutés les mots : « ainsi que pour les assurés âgés de moins de 26 ans pour les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle ».

Tout ce qui est en lien avec la contraception est pris en charge :

- La première consultation de contraception.
- Les consultations de suivi annuel.
- L'ensemble des moyens de contraception remboursables, ainsi que les actes liés à la pose, au changement ou au retrait.
- Une fois par an, les examens de biologie.

La procédure à mettre en place est expliquée sur le site AMELI :

Pour la première consultation, concernant la santé sexuelle chez les moins de 26 ans, il existe une cotation CCP. Elle permet de présenter toutes les méthodes qui existent, de discuter des avantages, des inconvénients de chacune ainsi que de tous les sujets relatifs à la santé sexuelle. La consultation est prise en charge à 100 % par la sécurité sociale.

Elle peut être réalisée par des gynécologues mais aussi par les médecins généralistes et par les sage-femmes.

La prescription d'examens et/ou de moyen de contraception doit se faire sur une ordonnance isolée avec la mention « contraception mineure » afin que les jeunes n'avancent aucun frais en pharmacie.

Pour conserver l'anonymat, notamment auprès de leur parent, il est possible de créer une feuille de soin en mode dégradé en utilisant un numéro de sécurité sociale anonyme : 2 55 55 55 CCC 042/XX (mineure) et 1 55 55 55 CCC 042/XX (mineur) à la place de son numéro sur la feuille de soins. Il faut néanmoins ajouter la date de naissance.(15)

Un numéro vert gratuit en cas de question concernant les pilules de 3e et de 4e génération est disponible pour répondre aux questions (le 0800636636, disponible du lundi au samedi, de 9 h à 20 h). Ce dispositif a été mis en place à la demande de Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en 2013. (16)

3.7.2 La contraception

Aux Etats-Unis

Les recommandations concernant la contraception aux Etats-Unis ont été évaluées et sont disponibles dans le document : « The US Selected Practice Recommendations (US SPR) for Contraceptive Use, 2016 » (17) repris sous forme de tableau dans : « The United States Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016 » (US MEC) (18) :

Les critères de classification de recommandation sont les suivants :

« 1 = Une condition pour laquelle il n'y a aucune restriction à l'utilisation de la méthode contraceptive.

2 = Une condition pour laquelle les avantages de l'utilisation de la méthode l'emportent généralement sur les risques théoriques ou avérés.

3 = Une condition pour laquelle les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages de l'utilisation de la méthode.

4 = Une condition qui représente un risque inacceptable pour la santé si la méthode contraceptive est utilisée. »

Les méthodes de contraception à longue durée d'action

L'ACOG et le CDC soutiennent l'utilisation des méthodes à longue durée d'action chez les adolescentes.(19) (20)

D'après le CDC, il existerait des inquiétudes sur le risque d'expulsion (21,22) et un risque d'IST lié au comportement sexuel chez les adolescents, l'utilisation du dispositif intra-utérin est donc classée 2 que ce soit au cuivre ou hormonal. (23)

L'ACOG recommande que les adolescentes sexuellement actives soient dépistées pour les infections à gonorrhée et chlamydia au moment de l'insertion du DIU. La prophylaxie antibiotique

n'est pas recommandée au moment de l'insertion du DIU. Si une IST est diagnostiquée après la mise en place du DIU, elle peut être traitée sans retirer le DIU.

L'ACOG rappelle que les adolescentes ne sont pas plus à risque de perforation que les femmes et que les DIU n'augmentent pas le risque d'infertilité.

Concernant les difficultés d'insertions, l'ACOG propose en première intention le stérilet Skyla (non disponible en France) et le stérilet Kyleena chez les primipares étant donné un diamètre plus petit et donc une insertion qui sera probablement plus facile et moins douloureuse qu'avec le stérilet Mirena.

L'ACOG recommande de fournir des conseils concernant la douleur qui peut survenir pendant et après l'insertion. L'utilisation d'antalgique pendant l'insertion du DIU doit être individualisée et peut inclure des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des anxiolytiques ou des blocs para cervicaux mais à ce jour il n'y a pas de recommandation claire concernant une méthode efficace permettant de faciliter l'insertion et diminuer la douleur. Le misoprostol n'est pas recommandé en systématique avant l'insertion du DIU.

L'ACOG recommande d'informer des possibles changements dans les saignements menstruels et propose les anti-inflammatoires non stéroïdiens pour le traitement de la dysménorrhée due au DIU au cuivre. Il propose aussi d'utiliser le naproxène pour réduire les jours de saignements et de spotting dues au DIU Mirena. Il est rappelé cependant qu'une modification des saignements de novo peut indiquer une expulsion partielle du DIU chez les adolescentes, et donc de réévaluer la mise en place par un examen gynécologique et éventuellement une échographie. Un DIU situé dans le col de l'utérus est partiellement expulsé et, compte tenu du risque accru d'expulsion complète, doit être retiré. (20)

Concernant l'implant, l'ACOG recommande d'informer les adolescentes qu'il faut s'attendre à des changements dans les schémas de saignement menstruel tout au long de la durée d'utilisation. Si les saignements deviennent trop invalidants, le CDC recommande soit d'utiliser les AINS pour un traitement à court terme (5 à 7 jours) soit des œstrogènes pour un traitement à court terme (10–20 jours).(24) D'après l'ACOG, des données limitées d'essais cliniques suggèrent que, par rapport au placebo, l'acide méfénamique, la mifépristone en association avec l'éthinylestradiol, la mifépristone en association avec la doxycycline et la doxycycline seule diminuent la durée des épisodes hémorragiques chez les utilisatrices d'implants. (25–27)

Les méthodes de contraception oestroprogestatives

Le CDC rappelle que la pilule oestroprogestative, même chez les jeunes, peut présenter des risques si elle est associée à une obésité ou au tabac, elle peut donc être utilisée mais avec précautions et n'est pas recommandée si les patientes présentent plusieurs facteurs de risques associés malgré l'âge inférieur à 40 ans (obésité + tabac par exemple). En dehors de prendre la tension artérielle, il n'y a pas de recommandation quant aux examens ou tests avant l'initiation chez les adolescentes en bonne santé. Il est proposé de mesurer l'IMC pour le suivi. Le bilan lipidique n'est pas recommandé ni initialement ni pour le suivi. Il est proposé de revoir la patiente tous les ans afin d'évaluer la satisfaction et de revoir tout changement dans l'état de santé, y compris les médicaments, qui entraînerait une contre-indication aux oestroprogestatifs : caractéristiques des catégories 3 et 4 de l'US MEC. Il recommande une prescription et une délivrance pour un an.(28)

Les Etats-Unis considèrent que s'il y a un épisode de vomissements ou de diarrhées dans les 3 h qui suivent la prise, si l'allongement de l'intervalle sans hormones est compris entre 24h et moins de 48h, le risque de grossesse n'augmente pas. Ils considèrent un oubli de POP si la dernière prise remonte à plus de 48h, c'est-à-dire s'il y a eu deux comprimés oubliés. Concernant le patch et l'anneau il est considéré qu'il y a un risque s'il a été retiré pendant plus de 48h. L'anneau peut être gardé et être efficace pendant 5 semaines et le patch peut être gardé 3 jours après le jour où il aurait dû être retiré.(28)

Pilule progestative seule :

Aucun examen n'est recommandé pour l'initiation et le suivi. Une dose est considérée comme oubliée si plus de trois heures se sont écoulées depuis l'heure à laquelle elle aurait dû être prise ou 12 h s'il s'agit du désogestrel. Il est recommandé, s'il y a un oubli, de prendre une pilule dès que possible, de continuer à prendre des pilules quotidiennement, d'utiliser une contraception d'appoint (par exemple, des préservatifs) ou d'éviter les rapports sexuels jusqu'à ce que les pilules aient été prises correctement, pendant 2 jours consécutifs. Il est recommandé de prendre une contraception d'urgence s'il y a eu des rapports sexuels non protégés.(29)

Depot medroxyprogesterone acetate en sous cutané

En raison d'un possible risque de diminution de la densité minérale osseuse le DMPA est classé 2 mais reste recommandé chez les adolescents.(30)

Méthodes	DIU cuivre	DIU LNG	Implant	DMPA	Pilule progestative	Méthodes OP	Méthode barrière
Age	< 20 ans : 2	<20 ans : 2	<18 ans : 1	< 18ans : 2	< 18 ans : 1	< 40 ans : 1 Tabac < 35 ans : 2 Obésité < 18 ans : 2 Migraine sans aura : 2 Avec aura : 4 CI formelle aux POPs quel que soit l'âge : 3-4	< 40 ans : 1

FIGURE 2 : RESUME DES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTES AUX ETATS-UNIS SELON LES CRITERES US MEC

Méthodes de contraception d'urgences

Concernant les méthodes de contraception d'urgences elles sont similaires à celles proposées en France, à noter qu'il est recommandé de ne pas commencer une nouvelle méthode oestroprogestative avant 5 jours après une prise d'ulipristal de progestatif car l'incidence d'ovulation est plus élevée au cours des 5 premiers jours s'il y a une prise de pilule concomitante (45 % contre 3 % si prise d'ulipristal acétate seule). (18)

La méthode quick start

Le CDC a créé un document où est résumé quand commencer la nouvelle méthode contraceptive et rappelle les critères pour être certain qu'une jeune femme n'est pas enceinte : « When to Start Using Specific Contraceptive Method » (cf annexe 2). (31)

Aux Royaume-Unis

La Faculté de santé sexuelle et reproductive a publié le « Clinical Guidance Contraceptive Choices for Young People » en Mars 2010 et modifié en mai 2019. (32) Il s'agit d'un chapitre venant des

critères d'éligibilité médicales britanniques pour l'utilisation de la contraception : « The UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use » (33)

Les recommandations sont classées selon les preuves :

- *Preuves basées sur des essais contrôlés randomisés*
- *Preuves basées sur d'autres études expérimentales ou observationnelles solides*
- *Les preuves sont limitées, mais les conseils reposent sur l'opinion d'experts et ont l'approbation d'autorités respectées*
- *Bonne pratique ; aucune preuve n'existe mais la meilleure pratique est basée sur l'expérience clinique du groupe multidisciplinaire*

Concernant la contraception les recommandations diffèrent peu de celles des Etats-Unis nous aborderont ici simplement les différences (32,33)

Le DIU

La FSRH propose avant 25 ans un dépistage des IST et des antibiotiques de façon prophylactiques pour prévenir Chlamydia trachomatis au moment de l'insertion du DIU. Si une infection est dépistée après la pose, il n'est pas nécessaire de retirer le DIU si le traitement est approprié et bien suivi. (32)

Les méthodes oestroprogestatives

Lors de la consultation initiale il n'est pas nécessaire d'effectuer l'examen des seins, le dépistage du cancer col de l'utérus, les tests de thrombophilie ou de rechercher une dyslipidémie. Il est simplement recommandé de rechercher une hypertension artérielle et de mesurer L'IMC. Il est conseillé aux jeunes de revenir pour un suivi dans les 3 mois suivant le début de la contraception hormonale pour permettre de traiter les effets secondaires ou d'autres problèmes et limiter l'arrêt ou un défaut d'observance. Elles sont encouragées à revenir à tout moment si elles ont des problèmes de contraception. Un suivi annuel est proposé. Il est recommandé de prescrire la contraception pour un an avec délivrance tous les 3 mois.

Il existe une évaluation en cours pour savoir s'il est possible de renouveler à distance comme par téléconsultation par exemple, en s'assurant que la femme n'ait pas de problèmes de santé classés UKMEC 3 ou UKMEC 4 ce qui contre-indiquerait le renouvellement.

A noter que le traitement par la pilule oestroprogestative est recommandé en première intention pour les adolescentes nécessitant un traitement pour l'acné, l'hirsutisme ou les irrégularités des saignements menstruels dues à l'anovulation et pour les filles pré-ménarchées présentant des signes d'hyperandrogénie en présence d'un développement pubertaire avancé (c'est-à-dire Tanner : développement mammaire de stade IV), sans préférence pour une molécule plutôt qu'une autre. (32)

La FSRH recommande de répondre aux préoccupations et aux risques de santé des jeunes lors de la consultation, il propose donc de donner les informations suivantes :

- Il existe peu de preuve que les méthodes contraceptives entraînent une prise de poids.
- Toute contraception hormonale peut être associée à des troubles de l'humeur, mais il n'y a pas de preuve que les contraceptifs hormonaux peuvent entraîner une dépression.
- Le co-cyprindiol (DIANE 35 en France) est indiqué pour traiter l'acné sévère qui n'a pas répondu aux antibiotiques oraux. Chez les personnes présentant des symptômes moins graves, il doit être retiré 3 à 4 mois après la fin des symptômes. Pour les femmes atteintes d'hyperandrogénie connue, une utilisation plus longue avec un examen par un spécialiste peut être justifiée.
- Il n'y a pas de retard dans le retour de la fertilité après arrêt des méthodes contraceptives (sauf pour la contraception injectable).
- Il peut y avoir des troubles de schémas de saignement avec l'utilisation de contraception hormonale et non hormonale qui ne sont pas signe de pathologie.
- L'utilisation de la pilule oestroprogestative peut diminuer la dysménorrhée primaire.
- Le risque thromboembolique veineux est augmenté avec les méthodes oestroprogestatives mais le risque absolu est très faible.
- Il existe une très faible augmentation du risque du cancer du sein avec l'utilisation de la contraception oestroprogestative et diminue après l'arrêt.
- L'utilisation à long terme des POP est associée à une légère augmentation du risque de cancer du col de l'utérus.
- L'utilisation prolongée de POP réduit le risque de cancer de l'ovaire et de l'endomètre et le bénéfice protecteur se poursuit pendant 15 ans ou plus après l'arrêt.

La FSRH propose aussi le quick start (34)

La conduite à tenir en cas d'oubli ne diffère pas des Etats-Unis concernant les méthodes oestroprogestatives. (35)

La Pilule progestative :

La pilule progestative est recommandée chez l'adolescente par la FSRH notamment lors qu'il existe des contre-indications aux POP. (36)

L'Acétate de Médroxyprogesterone en sous cutané (DMPA)

Pour la FSRH, le DMPA peut être utilisé chez les femmes de moins de 18 ans après avoir envisagé d'autres méthodes, car, comme vu précédemment, il existe une possible diminution de la DMO. Il peut aussi exister une prise de poids chez celle avec IMC > 30. Si cela leur convient et qu'elles souhaitent continuer, elles doivent être examinées tous les 2 ans pour réévaluer avantages et risques.(37)

	DIU cuivre	DIU LNG	Implant	DMPA	Pilule progestative	Méthodes OP
Age	< 20 ans : 2	<20 ans : 2	<18 ans : 1	< 18ans : 2	< 18 ans : 1	< 40 ans : 1 Tabac < 35 ans : 2 BMI ≥30–34 kg/m ² : 2 BMI ≥35 kg/m ² : 3 Si CI formelle aux POPs, quel que soit l'âge : 3-4
Migraine avec aura quel que soit l'âge	1	2	2	2	2	4
Migraine sans aura, quel que soit l'âge	1	2	2	2	Initiation : 1 Renouvellement :2	Initiation : 2 Renouvellement : 3

FIGURE 3 : RESUME DES RECOMMANDATIONS DE LA MEDICAL ELIGIBILITY CRITERIA FOR CONTRACEPTIVE USE AUX ROYAUME UNIS.

La contraception urgences

Ce sont les mêmes méthodes et conduite à tenir qu'aux Etats unis (38)

Accès à la contraception :

Dans son rapport, le NICE recommande que les structures qui proposent des soins liés à la sexualité (39) :

- Veillent à ce que les jeunes aient accès, sans délai, à des services de contraception et de conseils dédiés et confidentiels, sans jugement et de façon empathiques en fonction des besoins de chacun.
- Proposent de horaires flexibles avec des consultations sans rendez-vous et souhaitent que les rendez-vous programmés se déroulent à l'heure. Le temps d'attente pour les consultations sans rendez-vous doit être inférieur à 60 minutes.
- Veillent à ce que tous les professionnels de la santé fournissant une contraception orale d'urgence sachent qu'ils peuvent la fournir aux jeunes femmes de moins de 16 ans sans le consentement de leurs parents.
- Assurent la confidentialité.

Au Canada

La Société canadienne d'obstétrique et gynécologie a publié le Consensus canadien sur la contraception qui se divise en 4 parties et 9 chapitres (9–12)

Une version simplifiée a été réalisée par la société canadienne de pédiatrie qui synthétise les recommandations pour les adolescents, elle correspond plus particulièrement au sujet de cette thèse. (40)

La SOGC recommande de proposer les méthodes en fonction de leur d'efficacité et donc en première intention les contraceptifs réversibles à longue durée d'action particulièrement le dispositif intra-utérin puis les méthodes hormonales : contraceptifs oraux, patch transdermique, anneau vaginal et contraceptifs injectables.

Il est recommandé d'utiliser en plus une méthodes barrière pour prévenir des IST : préservatifs pour homme et/ou pour femme.

Pour la prescription de moyen de contraception, il est simplement recommandé de vérifier le poids et la mesure de la tension artérielle, sans examen gynécologique.

Comme précédemment, il est préférable de proposer un démarrage rapide plutôt que d'attendre les prochaines menstruations.

La SOGC privilégie une prescription à long terme : 12 mois afin d'accroître l'observance.

Il est recommandé d'informer toutes les adolescentes des possibilités de contraception d'urgence.

La SOGC souhaite, pour finir, prôner l'acceptation de l'implant contraceptif sous-cutané.

En cas d'oubli, la société canadienne de gynécologie propose un site très facile d'utilisation pour savoir la conduite à tenir : https://www.sexandu.ca/fr_sos/sos.php

C'est différent des autres pays, concernant notamment la pilule oestroprogestative en fonction de la semaine d'oubli : si c'est la 1^{ère} semaine, il s'agit d'un oubli si 2 comprimés ont été oublié. S'il s'agit de la semaine 2 ou 3 il s'agit d'un oubli si 3 comprimés ont été oublié.

Le Collège ne fait pas de distinction entre progestatif au desogestrel ou Levonorgestrel donc il considère simplement que l'oubli d'un comprimé de progestatif de plus de 3 heures est problématique, et d'utiliser un contraceptif supplémentaire, comme le préservatif pour les prochaines 48 heures. Il ne recommande pas d'utiliser de moyen de contraception d'urgences si un rapport sexuel a eu lieu dans 5 jours auparavant.

Pour l'anneau, il y a un risque de grossesse si, lors de la première semaine, l'anneau a été retiré ou perdu plus de 3h ; si lors de la semaine 2 ou 3 plus de 72 h ou s'il a été porté plus de 35 jours de suite.

Pour le patch, il considère qu'il y a un risque si, lors de la semaine 1, il a été retiré pendant plus de 24h, si la semaine 2 ou 3, il n'est plus porté depuis plus de 72 h, s'il n'a pas été changé après 12 jours lors de la semaine 1 ou 2 ou plus de 2 semaines lors de la semaine 3.

Pour les injections de progestatifs, l'efficacité de l'injection est accrue lorsque celle-ci est administrée toutes les 12 à 13 semaines de façon régulière au-delà de 14 semaines, il n'est plus contraceptif. (21–24)

En France

La HAS recommande que la patiente soit reçue seule durant la consultation, au moins pendant une durée déterminée de la consultation.

Au cours de cette consultation il est conseillé :

- D'effectuer un examen général,
- De mesurer l'indice de masse corporelle et la tension artérielle,
- De rechercher des signes d'hyperandrogénie (hirsutisme, acné).

Comme précédemment, en dehors de point d'appel, l'examen gynécologique n'est pas nécessaire. Concernant la contraception œstroprogestative, la HAS recommande que ce soit une contraception œstroprogestative dont le progestatif est du lévonorgestrel ou du norgestimate et de préférer la pilule plutôt que l'anneau ou le patch (progestatifs de 3e génération). Un bilan lipido-glucidique est recommandé avant la prescription d'une pilule en cas d'antécédents familiaux de diabète ou d'hypercholestérolémie sinon, il est à prescrire après 3 mois d'utilisation de la pilule et la prescription sera alors adaptée aux résultats. Les contre-indications des méthodes oestroprogestatives ne sont pas différentes de celles de l'adulte. Une tolérance est néanmoins acceptée en ce qui concerne le tabagisme. Les dispositifs de longue durée d'action de type dispositifs intra utérins et implant ne sont pas contre-indiqués chez les adolescents. (41–43)

Concernant les retards de prise il y a une grande différence avec les autres pays.

Quel que soit la semaine il existe un risque s'il y a une prise de pilule de plus de 3 heures pour Microval®, de 12 heures pour les autres pilules, ou s'il y a eu des vomissements ou diarrhées dans les 4h après la prise.

Il est recommandé dans ce cas de prendre immédiatement le comprimé oublié puis continuer les comprimés suivants à l'heure habituelle. Si l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés actifs, il faut poursuivre la plaquette jusqu'à la fin et enchaîner avec la plaquette suivante sans jour d'interruption ou sans prise de comprimés inactifs.

En cas de rapport sexuel non protégé dans les 5 jours qui ont précédé l'oubli, il est recommandé d'utiliser une contraception d'urgence et protéger les rapports par une méthode barrière jusqu'au début des règles suivantes, dans la limite de 14 jours, sinon il est recommandé d'avoir des rapports protégés durant 7 jours. (44)

<u>Contraception oestroprogestative</u>	France : HAS	Royaume-Unis Etats-Unis : FSRH / CDC	Société Canadienne des Obstétriciens et Gynécologues
Recours à la contraception de rattrapage	Si Rapports sexuels dans les 5 jours précédant l'oubli ou oubli > 2cp	Si oubli dans la 1ère semaine ou oubli > 7 cp semaine 2 ou 3	Si Rapport sexuel dans les 5 jours précédant oubli
Oublis = Nombre de comprimés oubliés	1	2 cp la semaine 1,2,3	2 cp la première semaine ou 3 cp les semaines 2 et 3
Conduite à tenir en cas d'oublis	Méthode barrière pendant pdt 7 jours	Méthode barrière pendant pdt 7 jours	Méthode barrière pendant pdt 7 jours

FIGURE 4 : RESUME DE LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'OUBLI DE PILULE OESTROPROGESTATIVE EN FONCTION DES PAYS

Il n'existe pas de recommandation concernant la contraception masculine chez l'adolescent quel que soit le pays. De plus en plus de méthodes sont en cours d'études mais aucune n'a l'autorisation de mise sur le marché et l'efficacité n'est pas toujours élevée.

3.7.3 Les infections sexuellement transmissibles

Aux Etats-Unis

Le Collège des Obstétriciens et Gynécologues Américains rappelle que les infections sexuellement transmissibles peuvent être transmises par le biais d'activités sexuelles non coïtales.(45)

Lors de ces rapports, les adolescents seraient moins susceptibles d'utiliser une barrière de protection. Il est donc recommandé aux professionnels de conseiller les patients sur l'utilisation correcte et régulière des préservatifs, la protection barrière pendant les relations sexuelles orales et le nettoyage des jouets sexuels. (45)

Le dépistage des infections à chlamydiae et gonocoque est recommandé en systématique pour toutes les femmes qui sont sexuellement actives de moins de 25 ans. Pour les hommes ayant des

rappports sexuels avec des femmes : il n'y a pas de recommandation pour le dépistage systématique. Il est recommandé de renouveler la recherche environ 3 mois après l'utilisation d'une antibiothérapie. Pour la syphilis, il n'est pas proposé en systématique chez les hommes et chez la femme s'il n'y a pas de symptômes. Le test sérologique spécifique pour l'herpès est proposé pour les femmes qui demandent un bilan IST. La sérologie du VIH est recommandée pour toutes les femmes et les hommes âgés de 13 à 64 ans qui demandent un bilan IST.

La recherche du papillomavirus est réalisée chez les femmes de 21 à 29 ans tous les 3 ans avec cytologie.

Le dépistage de l'hépatite B est proposé aux femmes à risque accru (plus d'un partenaire sexuel au cours des 6 derniers mois, ayant reçu un traitement pour une IST, utilisant des drogues injectables ou ayant un partenaire sexuel positif à l'hépatite B) et aux hommes à risque accru. Concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes il est recommandé de tester pour Chlamydia, Gonocoques, la Syphilis et le VIH au moins une fois par an sur tous les sites de contact (urètre, rectum) indépendamment de l'utilisation du préservatif. Le dépistage de l'hépatite C est recommandé pour tous les adultes de plus de 18 ans.(46)

Concernant les méthodes de dépistage et de prise en charge, ce sont les mêmes qu'en France. (46)

Un pdf récapitulatif a été créé par le CDC concernant la sexualité et les adolescents (cf annexe 3) (47)

Aux Royaume-Unis

Concernant les Infections sexuellement transmissibles le RCOG renvoie sur un guide créé par le Collège des Enseignants de Médecine Générale en partenariat avec l'Association britannique pour la santé sexuelle et le VIH : « Sexually Transmitted Infections in Primary Care » (48). Aux Royaume-Unis, il existe une spécialité : La médecine génito-urinaire qui traite de tout ce qui est investigation et prise en charge des infections sexuellement transmissibles dont le VIH.

Concernant les adolescents et jeunes adultes, il est fortement conseillé au médecin généraliste de les orienter vers ces spécialistes, notamment pour ce qui est du suivi et de la notification des partenaires.

Pour l'infection à chlamydiae, la recommandation est d'effectuer une recherche PCR 14 j après le contact à risque, mais il peut cependant être proposé au plus tôt 3 jours après.

Pour la recherche de Gonocoque la culture doit être prélevée chez tous les patients avec des résultats positifs au test PCR avant et après le traitement.

Il n'est pas recommandé de traiter avant les résultats des examens.

Si un dépistage d'une IST est demandé, il est recommandé de rechercher au minimum : la chlamydia, la gonorrhée, le VIH et la syphilis

Le dépistage des IST est recommandé chez tous les moins de 25 ans ou ayant plus de 2 partenaires sexuels dans les 12 derniers mois, s'il y a eu un changement récent de partenaire sexuel, chez les adolescents présentant des symptômes, pour toutes femmes qui se présentent pour une IVG et tous ceux qui ont déjà reçu un diagnostic de Chlamydia.

Un appel téléphonique est recommandé une semaine après la fin du traitement afin de vérifier si le partenaire a été informé et les conseils respectés. Ce temps peut permettre de valider la nécessité ou pas de renouveler le traitement ainsi que de renforcer l'éducation sanitaire.

Dans le cadre d'une infection à Chlamydiae il est proposé d'effectuer un nouveau test dans les 3 à 12 mois qui suivent.

En ce qui concerne le gonocoque, un nouveau test est nécessaire pour confirmer la guérison 2 semaines après le traitement (ou 72h en cas de culture).

Le traitement et les méthodes de dépistage sont identiques aux Etats-Unis et en France.

Au Canada

Les cas déclarés d'ITS au Canada sont en augmentation (49), la PHAC recommande le dépistage suivant :

Un dépistage selon les facteurs de risque si plus de 25 ans et dépistage annuel si moins de 25 ans et hommes gais, bisexuels et ayant des rapports sexuels avec des hommes et populations transgenres.

Lors de la recherche d'une infection sexuellement transmissible, il est recommandé de faire un dépistage concomitant de toutes les autres IST.

Prélever des spécimens pharyngés et rectaux de personnes ayant des antécédents de relations sexuelles orales ou anales réceptives.

Concernant le traitement à la différence des autres pays ils proposent pour le gonocoque : Ceftriaxone 250 mg IM en une seule dose en plus de l'azithromycine 1 g par voie orale en une seule prise

Il ne recommande pas de test de contrôle systématique pour le suivi de Chlamydia.

Un test de contrôle 3 à 4 semaines après la fin du traitement est recommandé uniquement s'il y a un doute sur l'observance du traitement, si des symptômes persistent, si une patiente est enceinte ou chez les patients pré-puberts.

Concernant le suivi de gonocoques, un test de contrôle est toujours recommandé par culture, 3 à 7 jours et/ou par PCR 2 à 3 semaines après la fin du traitement.(49)

En France

Concernant le dépistage, la HAS recommande qu'au moins un dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis soit systématiquement réalisé chez les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans inclus.(50)

En cas de test négatif et de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire, le dépistage est répété chaque année. Si le test est positif, un traitement est défini et le dépistage est répété à 3-6 mois.

La HAS propose un dépistage aux populations suivantes :

- Les hommes sexuellement actifs, présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge.
- Les femmes sexuellement actives de plus de 25 ans, présentant des facteurs de risque.
- Les femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge.

Les facteurs de risque sont le multi partenariat ce qui correspondrait à au moins deux partenaires dans l'année, un changement de partenaire récent, des partenaires diagnostiqués avec une autre IST, un antécédent d'IST, des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les personnes en situation de prostitution et après un viol. Concernant la méthode de dépistage et la prise en charge par la suite il n'y a aucune différence avec les autres pays et il s'agit des mêmes méthodes que pour les adultes. (50)

La notification des partenaires

Dans un rapport publié en 2018, la HAS note une grande disparité dans les pays dont les niveaux de ressource et les objectifs de santé publique sont proches de ceux de la France, concernant les notifications des partenaires positifs aux IST.

En Suède, aux Etats-Unis et au Canada, la notification aux partenaires est encadrée juridiquement. En Suède, la notification des partenaires est obligatoire ainsi que la prise en charge et le traitement (la loi sur les maladies transmissibles rend obligatoire l'acceptation par les patients). Aux Etats-Unis et au Canada, la législation sur la notification de partenaire varie entre les territoires, mais la nécessité d'informer le(s) partenaire(s) prévaut sur le secret médical et peut donc conduire à y déroger. Ces trois pays disposent de services de notification proposés aux patients pour toute IST (ou pour certaines d'entre elles seulement) et de personnel formé. La notification peut être effectuée par le patient ou par le professionnel de santé.

Au Royaume-Uni, au Danemark, en Belgique et au Pays-Bas, il n'existe aucune législation mais il existe un dispositif de notification aux partenaires. Des dérogations au secret médical sont possibles, à l'exception du Danemark. Aux Royaume-Unis, Le Collège des Enseignants de Médecine Générale a créé un tableau qui synthétise les différentes conduites à tenir concernant la notification de partenaires en fonction de l'IST du patient (cf exemple pour le gonocoque et chlamydiae en annexe 4).

En Allemagne et en France il n'existe pas de dispositif de notification aux partenaires. Il est simplement recommandé aux patients d'informer leurs partenaires de l'infection dont il sont atteint.(51)

3.7.4 L'éducation à la sexualité en milieu scolaire

S'agissant de l'éducation à la sexualité, certains parents expriment une crainte : celle de voir s'accélérer l'entrée des adolescents dans la vie sexuelle. Dans certains pays, il est compliqué de mettre en place des programmes d'éducation à la sexualité. Par exemple au Canada des collectifs de parents manifestent contre ces programmes (52) et en Roumanie en 2020, cédant à la pression de l'Eglise orthodoxe, le Parlement roumain était en partie revenu sur l'éducation sexuelle obligatoire, alors qu'elle venait d'être introduite.(53) Pourtant, une étude réalisée en 2007 dans le monde, montre au contraire que l'éducation à la sexualité retarde ou diminue les comportements sexuels. (54)

Aux Etats-Unis, il existe une grande disparité quant aux exigences dans les Etats. Le tableau qu'on retrouve sur le site : <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/sex-and-hiv-education>

et disponible en annexe résume bien la situation (Annexe 5) . Les programmes de santé sexuelle dans les écoles publiques américaines sont financés au niveau fédéral et étatique, mais mis en œuvre au niveau local (55). Ainsi, le contenu et la mise en œuvre de ces programmes en milieu scolaire ne sont pas normalisés. Malgré les preuves que les programmes sur l'abstinence sont inefficaces pour réduire les comportements sexuels à risque (56,57), 29 États exigent que l'abstinence soit soulignée et 19 États exigent que des instructions soient fournies sur l'importance de s'engager dans une activité sexuelle uniquement dans le cadre du mariage (58). Seuls 28 États et districts sur 50 exigent qu'un programme d'éducation à la sexualité soit fourni dans les écoles, et parmi ceux-ci, seuls 17 exigent que le contenu soit médicalement exact. Les programmes en milieu scolaire, lorsqu'ils sont fournis, sont également souvent incomplets et se concentrent étroitement sur la grossesse et la prévention des IST.(58)

Dans les écoles aux Royaume-Unis, l'éducation à la santé sexuelle au niveau primaire et secondaire est devenue obligatoire depuis septembre 2020. Des sujets tels que la pornographie, le "sexting" et l'utilisation des médias en ligne sont inclus dans les nouvelles orientations. (59)

En France, l'éducation à la sexualité dans les lycées est devenue obligatoire avec la circulaire du ministère de l'Éducation nationale du 11 avril 1996 annulée et remplacée par celle du 19 novembre 1998, qui prévoyait un enseignement de 2 heures minimum par an pour les classes de 4ème et de 3ème.

Depuis, l'article 22 de la loi du 4 juillet 2001 inscrit dans le Code de l'éducation un art. L 312-16 « une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène ». Une circulaire d'application du ministère en charge de l'éducation nationale publiée le 17 février 2003 aménage un cadre de référence et prévoit un dispositif de pilotage au niveau de chaque académie comprenant un projet, un coordonnateur et une équipe de pilotage ce qui n'est pas réellement mis en place.(60)

Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, et Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, ont mis en place, le 26 février 2018, un service sanitaire de trois mois dans toutes les formations en santé : médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, kinésithérapie et soins infirmiers. Cela permettra aux plus jeunes de bénéficier d'action de prévention, notamment sur la contraception. Ce type d'action est déjà réalisé dans de nombreuses villes : un service sanitaire est mis en place dans les cursus à

L'université d'Angers, à Dunkerque et à Nantes et il existe un programme d'éducation à la sexualité et à la contraception depuis dix ans à Marseille.(61)

3.7.5 Les recommandations sur les programmes d'éducation à la santé sexuelle

Des guides ont été créés pour aider à la créations de programme de santé sexuelle pour les jeunes.

Un guide complet : « It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV, and Human Rights Education » composé de 2 volumes et destiné aux professionnels qui souhaitent créer et enseigner un programme sur la santé sexuelle aux jeunes a été conçu par le « Population Council » en collaboration avec 6 autres organismes non gouvernementaux : « Creating Resources for Empowerment in Action » (Indie); « Girls Power Initiative » (Nigeria); « International Planned Parenthood Federation »; « IPPF Western Hemisphere Region » ; « International Women's Health Coalition »; et « MEXFAM ». Il fournit une justification, un contenu et des exemples d'activités pour placer le genre et les droits au centre des programmes sur la sexualité. Le guide permet d'élaborer ou de modifier des programmes d'éducation sexuelle complets et de concevoir des modules d'enseignement plus ciblées (par exemple, sur le genre ou le consentement). Il peut être utilisé comme ressource pour trouver des idées d'activité ludique. En annexe 6 on retrouve une idée d'activité. Dans un premier temps il y a l'explication de l'activité +/- une feuille à distribuer aux élèves pour effectuer les exercices, les réponses aux questions avec les explications à donner aux participants et des infos pour les enseignants.(62,63).(Annexe 6)

Dans le cadre des objectifs de développement durable pour 2030, également nommés Objectifs mondiaux, adoptés par les Nations Unies en 2015, un plan d'action pour la santé sexuelle et reproductive a été mis en place. Pour ce faire, « Les Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle », disponibles en plusieurs langues, ont été élaborés afin d'aider les autorités chargées de l'éducation, de la santé et d'autres instances compétentes à créer des programmes de santé sexuelle complets et à les mettre en œuvre dans les écoles, mais aussi en dehors. On y retrouve 8 concepts clé pour une éducation complète à la santé sexuelle qui sont détaillés un à un : les relations interpersonnelles ; les valeurs, les droits, la culture et la sexualité ; comprendre la notion de genre ; la violence et la sécurité ; les compétences pour la santé et le bien-être ; le corps et le développement humain ; la sexualité et le comportement sexuel et pour finir la santé sexuelle et reproductive. Une section présente les caractéristiques communes aux programmes

d'éducation à la santé sexuelle qui ont été évalués et jugés efficaces. Un résumé contenant les différentes étapes du processus d'élaboration et de mise en œuvre des programmes est disponible en annexe 7.(64)

Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), avec des partenaires de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies Programme sur le VIH et le SIDA (ONUSIDA), ont développé un guide, une version actualisée, du « Guide technique international des Nations Unies sur l'éducation complète à la sexualité" : « Principes directeurs et programmatiques internationaux sur l'éducation complète à la sexualité en milieu extrascolaire. Une approche factuelle des programmes non-officiels proposés en dehors des environnements scolaires ». Il offre des conseils sur la façon de développer des programmes d'éducation à la sexualité appropriés et sûrs pour différents groupes de jeunes, en particulier ceux qui sont moins susceptibles d'être abordés dans les programmes actuels. Ce guide est destiné à aider toute personne concevant et/ou mettant en œuvre un programme d'éducation complète à la santé sexuelle en milieu extrascolaire. Après un rappel du contexte actuel, il fournit des conseils sur la façon de planifier, développer et mettre en œuvre des programmes d'éducation complets à la sexualité en milieu extrascolaire. On y retrouve des idées pour impliquer les pairs éducateurs, impliquer les parents et les tuteurs ainsi que la technologie. Il est adapté à tous les jeunes, c'est-à-dire aussi les jeunes en situation de handicap ; les jeunes lesbiennes, gays et bisexuels etc.(65)

Un document : « Standards pour l'éducation sexuelle en Europe » a été créé par l'OMS en 2010. Avant la publication de ce document, il n'existait pas de normes européennes définissant l'éducation à la sexualité au niveau européen. Il s'agit de recommandations pour effectuer une éducation sexuelle holistique comprenant des informations objectives, positives, scientifiquement correctes et sur tous les aspects de la sexualité. Selon les auteurs, l'éducation sexuelle est aussi importante en termes de risques qu'en termes de potentialités. Il est primordial que les jeunes développent une attitude positive et responsable dans ce domaine. Les recommandations insistent sur la nécessité de commencer l'éducation sexuelle dès la naissance. Six groupes d'âge ont été définis, allant de 0 à 15 ans et plus, pour structurer les contenus éducatifs autour des thèmes suivants : corps humain et développement ; fertilité et reproduction ; sexualité ; émotions ; relations et styles de vie ; sexualité, santé et bien-être ; sexualité et droits ; déterminants sociaux et culturels de la sexualité. Pour chaque tranche d'âge et chaque domaine,

des informations, des compétences, et des attitudes sont déterminées. En annexe 8, on retrouve le tableau correspondant à la tranche d'âge 15 ans et + et les domaines : sexualité, émotions et relations et style de vie. Il s'agit cependant simplement des objectifs à réaliser. L'étape suivante consisterait donc à élaborer la méthodologie.(66)

Aux Etats-Unis un guide a aussi été créé le «National sex education standards core content and skills, K-12 second edition » par l'organisme Future of Sex Education (FoSE). Il s'agit de nouvelles normes pour l'éducation sexuelle qui représentent le minimum que les élèves devraient apprendre à l'école, des premières années à la fin du secondaire. Le guide permet d'effectuer une intervention sur la santé sexuelle inclusive et basée sur des données scientifiquement correctes. Elle permettrait d'offrir aux participants des occasions d'explorer leurs propres identités et valeurs ainsi que celles de leur famille et de leur communauté. Elle peut également aider les jeunes à mettre en pratique les compétences de communication, de prise de décision et de négociation dont ils ont besoin pour créer des relations saines, tant sexuelles que non sexuelles, tout au long de leur vie. Comme dans le précédent document de l'OMS, des conseils en fonction de chaque tranche d'âge ont été rédigés. Le document est principalement rédigé sous forme de tableau, il est organisé par année (années : 2 ; 3-5 ; 6-8 ; 9-10 ; 11-12) puis divisé en sept thèmes : anatomie et physiologie, puberté et développement sexuel de l'adolescent, identité et expression de genre, orientation et identité sexuelles, santé sexuelle, consentement et relations saines et violence interpersonnelle.

Les sept thèmes sont organisés selon les huit normes nationales d'éducation à la santé sexuelle :

- L'apprentissage (l'anatomie, les IST).
- L'analyse des influences (famille, des pairs, de la culture, des médias).
- L'accès aux informations.
- La communication interpersonnelle (apprendre à utiliser des techniques de communication pour améliorer la santé et éviter ou réduire les risques pour la santé).
- La prise de décision (utiliser ses compétences en matière de prise de décision pour améliorer sa santé).
- La fixation d'objectifs.
- L'apprentissage des comportements adéquates.
- La défense des intérêts

Il est par exemple recommandé qu'à la fin de la 2^{ème} année les jeunes soient capables :

- D'utiliser des noms propres pour les parties du corps, y compris l'anatomie masculine et féminine.
- D'expliquer que tous les êtres vivants se reproduisent.
- De décrire les caractéristiques d'un ami.
- D'identifier des façons saines d'exprimer ses sentiments les uns envers les autres.
- De montrer comment réagir si quelqu'un les touche d'une manière qui les met mal à l'aise. (67)

3.8 Les moyens de prévention en santé sexuelle

3.8.1 Les programmes éducatifs de santé sexuelle en milieu scolaire et extra-scolaire

La plupart des pays mettent en place des programmes de santé sexuelle pour les jeunes. Il existe cependant de grandes différences entre les pays et parfois même, comme aux Etats Unis, dans le pays lui-même. L'éducation sexuelle est une des principales stratégies pour améliorer la santé sexuelle chez les adolescents (68).

Voici quelques exemples d'interventions étudiées, en milieux scolaire et extra-scolaire.

3.8.1.1 En France

Un travail de thèse réalisé par le Dr Cutarella a étudié l'impact d'une intervention concernant la santé sexuelle sur 792 collégiens et lycéens hors zone rurale. L'évaluation a été réalisée à l'aide de questionnaires après l'intervention. Les intervenants étaient des sages-femmes ou des conseillères conjugales et familiales. Il s'agissait de groupe non-mixte de 7 à 15 étudiants. L'intervention était une « animation-débat » participative où les intervenants abordaient des sujets de santé sexuelle et proposaient aux participants de poser leur question et de répondre à celles posées par les animateurs. Dans les réponses aux questionnaires, on constate que les adolescents sont plus à l'aise pour s'exprimer s'il s'agit de groupe genré, cependant ils seraient favorables pour une deuxième séance mixte. Ils seraient intéressants de comparer le ressenti des adolescents pendant des interventions mixtes et non-mixtes mais l'idée de faire deux sessions est intéressante. Les plus âgés trouvaient l'intervention plus utile que les plus jeunes. Et une grande majorité des participants ont considéré que cette intervention leur avait appris de nouvelles informations pertinentes.(69)

Dans une thèse réalisée par le Dr Peigné Chloé, plusieurs facteurs déterminants ont été retrouvés pour le bon déroulement d'une séance d'éducation à la sexualité. Les différents facteurs à évaluer avant l'intervention pour le bon déroulé d'une séance étaient les suivants : l'âge, la classe sociale majoritaire, la religion et enfin le niveau d'éducation des participants. L'utilisation d'outils a été appréciée par les participants et les intervenants. Les interventions effectuées par des étudiants ont été largement appréciées par les jeunes, ces derniers étant plus à l'aise face à une génération d'âges proche de celui-ci. (70)

Une adaptation à la population d'adolescents de 11 à 19 ans sourds a été effectuée dans un projet de thèse en 2018 par le Dr Darmon Emi à partir d'un diaporama. Malgré un échantillon faible, une efficacité de l'action a été retrouvée auprès de la population. (71)

En 2015, le Dr Adigard Charlotte a rédigé une thèse dans laquelle est décrite une action de prévention dans des classes de troisième à Lille. Les outils utilisés consistaient en une présentation Power Point et plusieurs vidéos relatives à la contraception et à l'IVG ainsi que des documents réalisés par l'INPES. Les groupes d'élèves étaient constitués de 15 jeunes de 14-15 ans. Soixante-quinze pour cent des élèves ont reconnu l'utilité de ces séances. Les 25% non satisfaits disaient avoir déjà reçu les informations en cours de sciences de la vie et de la terre ou avec le planning familial. L'évaluation de l'intervention consistait en un questionnaire sur les sujets abordés. La majorité des élèves ont donné des réponses satisfaisantes. Les échecs de certains semblaient liés à un manque de concentration et d'attention, mais surtout à un manque de maturité. Pour cette dernière population, il paraît nécessaire de renouveler une intervention, complémentaire de la première, afin que ces jeunes intègrent parfaitement la contraception avant le démarrage de leur vie sexuelle et affective. (72)

3.8.1.2 Etats-Unis

Les programmes étudiés dans ce paragraphe sont disponibles à l'adresse :

<http://www.etr.org/recapp/index.cfm?fuseaction=pages.AdaptationsHome>.

On y retrouve les 20 interventions validées basées sur des données probantes pour les actions de prévention en santé sexuelle aux Etats-Unis. Des tableaux synthétisent tous les kits avec pour chacun leurs caractéristiques (populations cibles, nombre de séances, durée des sessions...). Un tableau issu du site est disponible en annexe 9. Chaque programme est décrit de façon très complète. Un onglet recherche est associé à chaque kit où est répertorié les études prouvant leur

efficacité. Ils sont tous disponibles à l'achat en ligne. De nombreux outils utiles pour les actions de prévention sont aussi disponibles sur le site comme un kit de démonstration de préservatifs.

Un article décrit le processus utilisé pour développer un des kits : « Becoming a Responsible Teen ». Il a été conçu pour réduire les risques de VIH pour les adolescents afro-américains âgés de 14 à 18 ans. Le programme est destiné à être utilisé hors milieu scolaire.

La première étape de conception était un examen approfondi de cinq interventions basées sur des données probantes afin d'établir les déterminants psychosociaux et les méthodes d'enseignement communs aux interventions.

La deuxième étape consistait au développement d'un modèle logique comportement-déterminant-intervention. Il s'agissait dans un premier temps d'établir un objectif de santé puis d'identifier et de sélectionner les comportements des adolescents directement liés à cet objectif de santé. Dans un second temps, d'identifier et de sélectionner les déterminants liés à ces comportements ce qui permet pour finir de développer des activités d'intervention directement liées à la modification de ces déterminants.

La troisième étape était la création des éléments de base, la séquence des leçons, les activités du programme et les sujets du programme.

Dans la quatrième étape la division de la santé reproductive du CDC a développé un système appelé le guidage d'adaptation à la lumière verte/jaune/rouge à destination des intervenants. Il définissait de manière claire et pratique les adaptations appropriées et inappropriées des séances et permettait de déterminer quels changements pourraient être apportés avec un impact minimal sur l'efficacité de l'intervention. Etaient ainsi décrites les adaptations sécuritaires en vert, les adaptations qui méritaient la prudence et le soutien d'un expert en jaune et celles à éviter en rouge.

Dans la cinquième étape, un journal de surveillance de la fidélité et de l'adaptation a été créé.

Et pour finir, la sixième étape consistait à créer six listes annotées de ressources que les animateurs pouvaient utiliser lors de l'adaptation des séances.(73)

Une étude a évalué l'efficacité de ce programme auprès de 850 jeunes afro-américains, âgés de 14 à 18 ans dans une étude contrôlée randomisée. L'hypothèse principale était que le programme permettait une meilleure utilisation du préservatif et la diminution de la fréquence des rapports sexuels 6 mois après le programme. Le programme est composé essentiellement

d'information sur le VIH, y compris des informations sur le test rapide du VIH ; de vidéos ; de temps d'enseignement pour chaque domaine ; d'information concernant les risques liés aux IST, leur diagnostic et moyen de prévention et d'une activité qui présente des histoires de jeunes qui doivent prendre des décisions concernant les rapports sexuels protégés. En collaboration avec des partenaires, le ministère de la Santé de la Louisiane a mis en œuvre le programme sur 3 étés consécutifs (2012-2014) en tant que composante éducative d'un programme d'emploi d'été financé par le gouvernement de la ville et destiné principalement aux adolescents afro-américains. Les programmes ont été réalisés dans 18 sites d'emploi et ont été animés par 41 éducateurs en santé. Les résultats indiquent que l'intervention n'a pas eu d'impact significatif sur les comportements sexuels des jeunes à qui l'intervention a été proposée. Six mois après la fin du programme, les participants au programme et ceux du groupe contrôle ont signalé des différences statistiquement non significatives concernant l'utilisation du préservatif et la fréquence des rapports sexuels. Ce résultat est différent d'une étude de 1995 : «Cognitive-behavioral intervention to reduce African-American adolescents' risk for HIV infection » (74) qui avait prouvé l'efficacité du programme. Une interprétation expliquant ce résultat conduirait à dire que le programme seul peut ne pas motiver suffisamment les participants à réduire les comportements sexuels à haut risque. La théorie du changement postule que, pour parvenir à une modification souhaitable du comportement, non seulement un programme de santé sexuelle doit transmettre des connaissances et des compétences, mais il doit également motiver les participants à utiliser ces compétences par le développement d'attitudes et en augmentant leur confiance en eux pour utiliser ces compétences.(75)

Dans une étude de 2017 réalisé au Delaware, trois kits : « *Be Proud! Be Responsible!* », « *Making Proud Choices!* » et « *Wise Guys: Male Responsibility* » sont évalués à l'aide de 3 pré et post-tests chez des adolescents de 11 à 18 ans. Les trois programmes ont été mis en œuvre dans des écoles intermédiaires et secondaires, publiques et privées, dans des clubs ou encore dans des camps d'été. On retrouve une augmentation des connaissances sur l'utilisation du préservatif ; une meilleure sensibilisation concernant les risques liés aux pratiques sexuelles et aux relations saines et un changement positif à l'égard de la communication avec un partenaire, mais aussi avec leur parent. Les scores post-enquêtes se sont améliorés : pour « *Be Proud! Be Responsible!* » de 8 %, pour « *Making Proud Choices!* » de 18 % et pour « *Wise Guys: Male Responsibility* » de 8 %. A noter qu'il n'y a pas eu de groupe contrôle.(76)

Un essai contrôlé randomisé a évalué deux types de programme, un programme d'évitement des risques et un programme de réduction des risques basés sur un seul et même programme d'éducation à la santé sexuelle existant au collège « *t's Your Game... Keep It Real* » chez les élèves en 10ème année aux Etats-Unis. Quinze collèges ont été assignés au hasard aux différentes interventions. Les deux programmes différaient sur plusieurs aspects essentiels. Principalement, le programme d'évitement des risques ciblaient les croyances sur les avantages de l'abstinence jusqu'au mariage et de développement du caractère, tandis que les activités de réduction des risques encourageaient l'abstinence jusqu'à un âge plus avancé, la responsabilité et le respect de soi, et incluaient des activités informatisées basées sur les compétences pour pratiquer les étapes d'une utilisation correcte du préservatif. Les élèves de la condition de contrôle ont reçu l'éducation régulière sur la santé sexuelle du district en septième ou en huitième année. Par rapport au groupe contrôle, les deux programmes ont significativement retardé l'initiation au sexe anal (AR : rapport de cotes ajusté [AOR], 0,64, intervalle de confiance à 95 % [IC], 0,42 à 0,99 ; RR : AOR, 0,65, IC à 95 %, 0,50 à 0,84). Les étudiants qui ont participé à l'intervention d'évitement des risques étaient moins susceptibles de déclarer des rapports sexuels vaginaux non protégés, soit en utilisant un préservatif, soit en s'abstenant de rapports sexuels (RCA : 0,61, IC à 95 %, 0,45 à 0,85). Cependant, les résultats sur l'initiation retardée des relations sexuelles orales et vaginales n'ont pas été significatifs.(77)

3.8.1.3 L'éducation sexuelle dans la culture chinoise

Une revue de la littérature s'est intéressée aux programmes de sexualité dans des pays chinois : Hong Kong, la Chine continentale, et Taïwan. Dans la culture chinoise, ce qui est mis en avant sont les intérêts collectivistes comme la stabilité sociale et la famille. La sexualité individuelle pouvant être considérée comme une menace pour l'ordre social et l'harmonie familiale elle est généralement perçue de manière négative dans les cultures traditionnelles chinoises. Cependant bien que les programmes scolaires en Chine continentale soient plutôt abordés de manière conservatrice, Taïwan est relativement plus ouverte. Des sujets comme les relations sexuelles avant le mariage et l'utilisation de méthodes contraceptives sont couverts dans l'éducation sexuelle à Taïwan. Il existe une pénurie de programmes d'éducation sexuelle fondés sur des données probantes dans les pays chinois. La revue considère qu'il existe quatre types de programmes d'éducation en milieu scolaire : des programmes à effet négatif ; des programmes sans effet ; des programmes aux effets peu clairs ; des programmes ayant un effet potentiellement positif et enfin programmes à effets positifs. Comme l'évaluation n'est pas mise

en avant dans les sociétés chinoises, les programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire sont considérés comme étant essentiellement des programmes aux effets peu clairs.

Dans cette revue de littérature, il est observé que les théories fondées sur des données probantes et les découvertes scientifiques sont rarement prises en compte lors de la formulation de politiques sur l'éducation sexuelle en milieu scolaire. Par exemple à Hong Kong, ce sont les écoles qui créent leur programme d'éducation sexuelle, qui ne sont fondés sur aucune preuve, l'éducation est alors souvent limitée à l'apprentissage des moyens de contraception et aux différentes IST.

Il est retrouvé par ailleurs un manque de bases de données décrivant et évaluant les programmes d'éducation sexuelle validés dans différentes sociétés asiatiques, à la différence de l'Amérique du Nord (Cochrane, de Campbell Collaboration, de MEASURE Evaluation et du Evidence-Based Practices Resource Center, etc).

De plus, dans les sociétés chinoises, il existe un réel manque de collaboration multidisciplinaire dans la conception de programmes concernant l'éducation sexuelle en milieu scolaire. La santé sexuelle étant composée de plusieurs domaines comme l'anatomie, la physiologie, l'endocrinologie... Il est nécessaire faire appel à différents professionnels qui ont des points de vue différents sur l'éducation sexuelle en milieu scolaire (des conseillers, des psychologues cliniciens, des travailleurs de la santé...). Les élèves et les parents étant les principaux intéressés, ils devraient être invités à la conception de la politique et des programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire. Ceci est important car les parents et les adolescents ont généralement des points de vue différents sur la nécessité de mettre en œuvre une éducation sexuelle à l'école et sur ce qui devrait être enseigné. Dans certains endroits comme au Royaume-Uni et à Singapour, les parents peuvent demander à leurs enfants de ne pas participer à des programmes scolaires d'éducation sexuelle. Ce qui n'existe pas dans des sociétés telles que Hong Kong et la Chine continentale.(78)

Exemple d'intervention en Chine

Une étude de 2012 a évalué l'efficacité d'une intervention en milieu scolaire sur les connaissances, l'attitude et le comportement concernant le VIH auprès de comprenant 1468 élèves du secondaire, âgés de 11 à 18 ans à Wuhan, en Chine. Il s'agissait dans un premier temps d'une conférence de 30 minutes et d'une vidéo promotionnelle de 15 minutes axées sur le virus du SIDA, la situation épidémique en Chine et dans le monde entier, les différents modes de transmission, les comportements à haut risque et les mesures préventives. Les cours étaient dispensés par des médecins. Le contenu de la vidéo promotionnelle était complémentaire de

l'enseignement et facilitait la mémorisation des connaissances sur le VIH. Compte tenu des différentes situations scolaires, les formes d'enseignement comprenaient un cours magistral en classe, un cours magistral en amphithéâtre et 45 minutes de vidéos. L'intervention était en milieu scolaire dans trois collèges et deux lycées à Wuhan. Les connaissances, les attitudes et les comportements à haut risque en matière de VIH ont été étudiés à l'aide d'un questionnaire anonyme complété avant et après l'intervention. Après l'intervention, tous les étudiants avaient des améliorations significatives dans leurs connaissances et attitudes sur le VIH ($p < .005$), ce qui indique que l'intervention éducative a augmenté les connaissances des étudiants de manière significative et a changé leurs attitudes positivement. (79)

Exemple d'intervention à Hong-Kong

La sexualité n'est pas aussi facilement abordée ou exprimée à Hong Kong comparée à d'autres pays développés et reste un sujet tabou. L'étude de 2016 sur la sexualité des jeunes de l'Association de planification familiale de Hong Kong a révélé que les élèves du secondaire avaient obtenu en moyenne 67 % de réponses correctes aux questions sur la conception, les IST et le VIH/sida en 2016, contre 75 % en 2011(80). Un programme, « Sexuality 360 @ School », a été développé à partir du programme « Get Real: Comprehensive Sexuality Education That Works », reconnu et validé aux Etats-Unis. Le programme complet est conçu pour être dispensé sur 4 ans. L'étude n'a pas encore commencé mais l'intervention consistera en :

- Douze ateliers destinés aux étudiants. Chaque atelier dure 1 h et est conçu pour une classe de 25 élèves ou moins afin de maximiser l'interaction entre les éducateurs et les élèves.
- D'ateliers pour enseignants afin d'acquérir des informations précises sur le développement de la santé sexuelle des adolescents, les compétences en communication et la confiance pour aider les adolescents à prendre des décisions sexuelles saines. Deux formations seront dispensées d'environ 3 h.
- D'une intervention de l'assistante sociale et du conseiller d'orientation qui vise à fournir aux participants des informations précises sur les ressources en santé sexuelle et des compétences essentielles pour permettre de gérer des situations complexes en matière de santé sexuelle. Deux formations seront d'environ 1h30.
- Et enfin, pour les parents, chaque école aura deux formations parentales en milieu scolaire pour enseigner les compétences nécessaires pour discuter de la sexualité, des relations et de la croissance. De plus, des lettres d'information expliquant les sujets

abordés dans les ateliers pour étudiants avec des conseils spéciaux pour les parents seront partagées avec les parents par l'intermédiaire de l'école. Deux niveaux de formation seront dispensés avec chaque segment d'une durée d'environ 2 h.(81)

3.8.1.4 Le programme interactif Playfully about STDs en république tchèque

Un programme éducatif visant à prévenir le VIH et les IST chez les adolescents de 13 à 19 ans a été réalisé dans la région de Moravie-Silésie en République Tchèque. Une étude a évalué si le programme interactif « Playfully about STDs » permettait aux adolescents d'améliorer leur connaissance concernant la sexualité à l'aide d'un questionnaire avant-après intervention.

Le programme se compose d'un cours magistral apportant des informations sur le VIH et les IST et d'activités pédagogiques. L'intervention dure environ 90 min. La conférence commence par une question initiale sous forme de remue-méninges, où l'enseignant interroge les étudiants sur leurs premières réflexions en entendant le terme « maladie sexuellement transmissible ».

L'intervention se poursuit par des jeux qui se composent de 8 activités avec divers outils pédagogiques : tableau magnétique et cartes magnétiques, échantillons de méthodes de contraception, entraînement au maniement du préservatif ; suivi d'une discussion autour du sujet.

Pour réaliser les activités et les jeux, les étudiants sont ensuite divisés en petit groupe, idéalement en groupes mixtes. Après chaque partie accomplie, le groupe gagnant remporte des balles rebondissantes. L'objectif principal de cette récompense est d'augmenter la motivation des élèves à être actifs pendant le jeu ; il est également possible de leur retirer pour perturbations pendant le jeu ; cependant, le professeur informe les étudiants que la récompense est purement symbolique et que gagner le jeu n'est pas la chose la plus importante. En cas de perturbation extrême du programme et de non-coopération, ces étudiants peuvent être expulsés de toute participation ultérieure au programme.

Un questionnaire avant-après a été réalisé pour évaluer l'efficacité du programme. Mil deux cent dix étudiants ont participé au programme. Les connaissances des élèves se sont améliorées, en moyenne, de 15,5 %. L'efficacité la plus élevée a été observée dans le groupe d'âge des 13-14 ans, où l'amélioration a atteint 17,9 %.(82)

3.8.1.5 Le programme Long live love aux Pays Bas

Les Pays-Bas affichent le pourcentage le plus faible d'Europe de jeunes entamant une activité sexuelle à l'âge de 15 ans (15 %). L'utilisation de la contraception parmi les adolescents ayant des rapports sexuels est très élevée : 90 % d'entre eux utilisent une contraception lors du premier rapport sexuel.(83)

Les programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire sont le principal moyen pour les adolescents de recevoir des informations et des compétences liées à la sexualité aux Pays-Bas. L'université Rutgers a développé le programme "Springfever", un programme d'éducation sexuelle destiné aux plus jeunes qui a été dispensé dans un tiers des écoles primaires du pays. Les services de santé municipaux ont assuré la formation des enseignants, et le programme a utilisé l'école pour offrir une intervention aux enfants âgés de 4 à 12 ans, avec la participation des parents. Dans le but de garantir une formation continue les jeunes d'âges différents, Rutgers et Soa Aids Nederland ont également développé « Long Live Love » pour intervenir dans les écoles secondaires pour les adolescents âgés de 13 à 15 ans. La dernière version du programme a été lancée en 2012, et comprend 26 activités d'apprentissage réparties sur 6 leçons d'une heure. Il vise à fournir aux élèves les connaissances et les compétences nécessaires pour développer des relations saines et respectueuses, promouvoir des pratiques sexuelles plus sûres et réduire les grossesses non désirées et les IST. Le programme met également l'accent sur la diversité sexuelle, culturelle et de genre. Les éléments du programme comprennent un magazine pour les étudiants, un manuel pour les enseignants, une série de films de six épisodes et deux leçons facultatives sur ordinateur. Plus d'informations sont disponibles sur le site :

<https://www.langlevedeliefde.nl/docenten/english>

Sa mise en œuvre a été évaluée dans une étude de 2017, auprès de 17 enseignants en biologie de 9 écoles secondaires, dans une étude observationnelle. Les résultats ont montré que le programme n'était pas entièrement mis en œuvre, cela pouvait varier de 22 à 100 %, avec une moyenne de 75 %. Tous les enseignants avaient ajouté des éléments supplémentaires à l'intervention. Une mise en œuvre incomplète s'expliquait principalement par le manque de temps, les contraintes organisationnelles, le manque de sensibilisation sur l'importance d'une mise en œuvre complète et la mauvaise réception des étudiants.(84)

3.8.1.6 Evaluation du programme : The competencies for adolescents with a healthy sexuality (COMPAS) en Espagne

Il s'agit d'un programme développé pour les adolescents espagnols. Le programme a une durée de cinq heures et cible en particulier les bonnes et mauvaises attitudes concernant la sexualité. Elle est basée sur la théorie de l'apprentissage social (« Social Learning Theory ») d'Albert Bandura, c'est-à-dire que l'adolescent peut apprendre de nouveaux comportements en observant d'autres personnes (il imite les modèles de comportement qui font l'objet de récompenses et non de punitions) et sur le modèle IMB : information-motivation-skills model qui se compose de trois facteurs importants permettant des changements dans les comportements : les informations et connaissances sur le comportement ; la motivation de l'individu à adopter le comportement et les compétences comportementales nécessaires pour exécuter le comportement. Dans un essai contrôlé randomisé publié en 2016, l'étude retrouve que l'intervention a été aussi efficace qu'un autre programme qui a déjà fait ses preuves « ¡Cuidate ! » dans la réduction du risque sexuel chez 1563 jeunes à court terme et 24 mois après son application (85).

Dans une étude de 2022, des adolescents âgés de 14 à 19 ans de 14 écoles colombiennes ont participé à un essai randomisé qui avait pour but d'évaluer l'efficacité de la version colombienne de ce programme immédiatement après sa mise en œuvre et après 6 mois. Huit écoles ont été assignées au hasard au groupe intervention expérimentale et six au groupe témoin. Les participants ont rempli des questionnaires d'auto-évaluation. À court terme, le groupe expérimental a montré des connaissances accrues sur le VIH et les autres IST, une affirmation sexuelle et une plus grande intention d'utiliser le préservatif que le groupe témoin. Après 6 mois, un changement positif significatif a également été retrouvé. (86)

3.8.1.7 L'étude « positive choice » en Angleterre

Le programme « Positive Choices » est une intervention en milieu scolaire pour promouvoir la santé sexuelle chez les élèves du secondaire réalisée en Angleterre.

La faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention a été évalué entre 2017 et 2018 dans 6 collèges auprès d'élèves de 8^{ème} année.

L'objectif d'atteindre ≥ 70 % de fidélité dans la mise en œuvre des éléments essentiels dans trois écoles a été atteint. La couverture des sujets concernant les relations et l'éducation sexuelle était beaucoup plus élevée dans les écoles d'intervention que dans les écoles témoins. L'acceptabilité

par les étudiants de l'intervention était de 80 % ce qu'on retrouvait aussi concernant le personnel. L'évaluation d'un pré-test post-test n'a pas été effectuée comme prévu ce qui a entraîné des mesures peu fiables. Ce qu'il faut retenir de cette étude c'est la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention.(87)

Une étude, en phase trois, est en cours pour évaluer l'efficacité de l'intervention (88–90), on retrouve plusieurs mises à jour. Dans le contexte du COVID toute l'étude a été repoussée, elle est actuellement en phase de recrutement des écoles, la mise en œuvre de l'intervention est prévue sur les années scolaires 2022-2024 et l'évaluation économique d'ici juillet 2024 ; la finalisation du projet est prévue pour fin mars 2025.

Quel que soit le pays, on en conclut que pour qu'un programme soit efficace il faut qu'il soit :

- Participatif, c'est-à-dire que les adolescents doivent se sentir engagés dans le programme, il faut que l'intervention soit interactive grâce à des jeux, des vidéos
- Basé sur des données probantes, il est essentiel que le programme ait été évalué avant sa mise en place et qu'il ait été créé à partir de données pertinentes présentes dans la littérature.

3.8.2 Les revues systématiques de littérature concernant la prévention en santé sexuelle chez les adolescents et jeunes adultes

Une étude de 2016 a évalué les effets des interventions de prévention primaire sur les grossesses non désirées chez les jeunes de moins de 25 ans dans les cliniques. Onze études, publiées entre 1983 et 2015, qui portaient sur un total de 8 338 participants ont été évaluées, dont dix réalisées aux États-Unis et une en Chine. Il s'agissait soit d'essais contrôlés randomisés soit d'études non randomisées. Cinq études ont montré des effets significatifs sur l'utilisation de contraceptifs.(91–95) Plusieurs stratégies ont été étudiées :

- Un enseignement avec des méthodes récentes,
- Un enseignement avec comme support une méthode audiovisuelle,
- Un enseignement associé à un suivi téléphonique (appels téléphoniques personnels après la visite pour encourager et aider à l'utilisation de la contraception ou messages texte pour les rappels de rendez-vous et éducation)
- Un enseignement avec une formation plus approfondie des intervenants et de services contraceptifs complets.

L'intervention associée au suivi téléphonique était plus efficace que l'intervention seule sur l'utilisation des méthodes contraceptives hormonales et des préservatifs chez les jeunes femmes de 16 à 24 ans. Après une action de prévention avec des outils audiovisuels, le groupe d'intervention était plus susceptible que le groupe témoin d'utiliser une méthode efficace lors du dernier rapport sexuel, et il y avait une meilleure utilisation de la pilule contraceptive. Lorsque les intervenants bénéficiaient de services contraceptifs complets (conseils, formations, fourniture gratuite de la méthode et implication du partenaire masculin) il y avait une augmentation de l'utilisation des méthodes efficaces chez les participants et une utilisation plus correcte et régulière du préservatif.(96)

Une revue systématique a été réalisée en 2016 pour évaluer les effets des interventions de prévention en milieu scolaire, à domicile et en clinique sur les grossesses non désirées chez les adolescentes. Les participantes étaient des adolescentes de 10 à 19 ans. Il s'agissait d'essais contrôlés randomisés de 1986 à 2015. Cinquante-trois études ont été analysées. Il y avait 3 types d'intervention : les interventions éducatives (comparées à un programme scolaire standard), les interventions de promotion de la contraception qui consistaient surtout à faciliter l'accessibilité à la contraception comparée au groupe témoin et les interventions multiples (interventions éducatives et de promotion de la contraception). Le critère de jugement principal était la grossesse non désirée mais il a aussi été évalué : le retard à l'initiation des rapports sexuels, l'utilisation régulière de contraceptifs ou de préservatifs, l'utilisation de contraceptifs ou de préservatifs lors du dernier rapport sexuel, l'utilisation de contraceptifs hormonaux, la connaissance du risque de grossesse, l'abstinence, les maladies sexuellement transmissibles, l'accouchement et l'avortement, les connaissances sur les IST. L'étude suggère que les programmes qui impliquent des interventions multiples peuvent réduire les taux de grossesses non désirées chez les adolescentes (97,98). Davantage de cas de grossesses non planifiées ont été signalés dans le groupe témoin par rapport au groupe ayant reçu plusieurs interventions de prévention. Cependant, il n'y avait pas de différence significative entre les participantes à l'intervention et les témoins concernant les autres critères cités auparavant. La promotion de l'utilisation de mesures contraceptives seules n'a pas prouvé son efficacité. Il n'y avait pas suffisamment de données pour montrer si l'éducation en tant qu'intervention unique réduisait le risque de grossesse non désirée mais il y avait une différence significative concernant l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport et l'utilisation de contraceptif chez les participantes à l'intervention. (99)

Une revue systématique de 2016 s'est intéressée aux interventions en milieux scolaires. L'objectif était d'évaluer les effets des programmes scolaires de santé sexuelle et reproductive sur les infections sexuellement transmissibles (telles que le VIH et la syphilis) et la grossesse chez les adolescentes. Il s'agit d'essais randomisés en grappe réalisés en Afrique du Sud, au Chili, en Angleterre et en Ecosse. Trois types d'intervention ont été identifiés : des programmes d'éducation à la santé sexuelle et reproductive, des programmes incitatifs matériels ou monétaires pour promouvoir la fréquentation scolaire et un programme combinant les deux. L'analyse n'a pas retrouvé de différence significative concernant le critère de jugement principal avec ces 3 méthodes.(100)

A l'aide d'un tableau complet, une revue de la littérature de 2013 a synthétisé les interventions validées ou prometteuses en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles. (101) Elle est composée de plusieurs parties, nous ne nous intéresserons qu'à celle se rapportant aux adolescents et jeunes adultes.

La revue examine plusieurs programmes scolaires qui ont été validés aux Etats-Unis auprès des jeunes âgés de 10 à 18 ans : « Geat Real About AIDS program », « Youth AIDS prevention program », « Teen incentives program » et « Seattle social development project ». Les intervenants sont les enseignants et/ou des professionnels de santé. Les programmes comportaient six à seize séances, réparties sur une ou deux années scolaires, pour des petits groupes de discussion, jeux de rôles, jeux de questions anonymes, exercices à la maison, vidéos. Deux programmes n'ont pas fait des distinctions sociales et ont fait une intervention dite « multiniveau » : « Safer Choices » et « Reach for Health », réalisée sur 20 à 60 séances auprès d'adolescents américains âgés de 12 à 16 ans. Il s'agissait d'aborder la prévention des risques par l'intermédiaire de jeux de rôles et de groupes de discussion. Un partenariat avec les pairs via des équipes de sport et des clubs extrascolaires a été créé. Des enseignants, des professionnels de santé et des parents étaient impliqués.

Ces interventions ont globalement démontré une diminution de la fréquence des rapports sexuels non protégés et un report du premier rapport ou la diminution des rapports. (102,103)

Une intervention visant plus spécifiquement l'utilisation du préservatif a été validée auprès des jeunes de plus de 14 ans dans différents pays, dans le but d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des préservatifs, notamment par l'intermédiaire de distribution à grande échelle. L'utilisation des préservatifs a significativement été augmentée à la suite de cette intervention.(104)

Une intervention : « the S Project » réalisé en 2007, consistait à envoyer (après recrutement à un festival) des SMS liés à la santé sexuelle, une durée totale d'un an, ou d'emails personnalisés afin de proposer de participer à des discussions anonymes sur les risques et le dépistage des IST. Dans le même thème en 2009, un projet consistait à envoyer des emails personnalisés avec proposition si besoin de discussion anonyme sur les IST. Ces projets ont permis une amélioration des connaissances sur les IST, ainsi qu'une augmentation du dépistage et une meilleure utilisation du préservatif.(105)

Une intervention en 2009 « the check is in the mail » distribuait gratuitement des kits d'auto-prélèvement et proposait de les commander par téléphone, mail ou courrier postal si les jeunes le souhaitaient. Après avoir fait leur prélèvement les participants renvoyaient par courrier à un laboratoire d'analyses le prélèvement. Ce projet a significativement augmenté les taux de dépistage et de traitement de Chlamydia et a permis le recrutement d'un public difficile à amener aux systèmes de dépistages traditionnels.(105)

Une revue de la littérature de 2000 à 2017 s'est intéressée aux programmes d'éducation mixte. Les programmes utilisaient des activités virtuelles interactives, des récits, des vidéos, des photos, des sites Web, des discussions, des quiz, des jeux, des jeux de rôle et des fiches d'information. Ces activités complétaient les cours magistraux, les discussions, les activités, les devoirs et le travail de groupe en classe. Les interventions ont été développées à l'aide des théories du changement de comportement couramment utilisées dans la promotion de la santé. Les approches d'apprentissage mixte ont produit des changements comportementaux et psychosociaux positifs et sont utilisées avec succès lors d'intervention sur la santé sexuelle (106–112). À la différence des programmes traditionnels, qui n'ont pas montré d'impact positif.(113)

Une revue de la littérature s'est intéressée à l'efficacité des programmes en fonction du type d'intervention proposé :

Les programmes basés sur l'abstinence se sont parfois avérés efficaces. Sur les 14 évaluations identifiées des programmes d'éducation à l'abstinence, cinq étaient efficaces, dont un a eu des résultats mitigés.(114–118). Les programmes efficaces étaient des programmes scolaires avec plusieurs sessions de 45 minutes à 1 heure réparties sur plusieurs mois ou plusieurs années. Quatre programmes ont retardé l'initiation sexuelle et deux ont réduit la fréquence des rapports sexuels. Cependant, aucun des programmes d'abstinence n'a réduit le nombre de partenaires sexuels, augmenté l'utilisation de préservatifs ou de contraceptifs ou réduit les IST.

Concernant les programmes d'éducation sexuelle complet, 21 études ont retrouvé une efficacité sur 47 incluses dans la revue de la littérature.(74,119–138) . Les résultats positifs concernaient notamment l'activité sexuelle : la réduction de la fréquence des rapports, la réduction du nombre de partenaires et l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs.

Les programmes en clinique se sont souvent révélés efficaces ; 9 programmes en clinique sur 14 ont été efficaces pour au moins un résultat.(139–147) Tous les programmes efficaces ont été mis en œuvre auprès de jeunes âgés de 14 à 18 ans et la plupart ont duré moins de 3 mois ou environ 10 heures. Les programmes en clinique comportaient fréquemment des séances individuelles, parfois associées à des séances de groupe interactives. Les programmes en cliniques efficaces ont utilisé comme support des vidéos (139,143,147). Les programmes ont été efficaces pour réduire la fréquence des rapports sexuels, augmenter l'utilisation du préservatif, accroître l'utilisation des moyens de contraception, réduire la fréquence des IST et réduire les grossesses ou les naissances non désirées. Aucune de ces évaluations de programme n'a trouvé d'impacts constants concernant l'initiation aux rapports sexuels. Ces programmes ont montré une efficacité concernant l'utilisation des moyens de contraception et la diminution de la fréquence des rapports sexuels. Aucune efficacité des programmes n'a été retrouvée pour augmenter l'utilisation du préservatif et aucune étude n'a évalué la fréquence des IST.

Les programmes de développement des jeunes étaient axés sur la réussite scolaire ou les résultats en matière de santé. Dans l'ensemble, 8 programmes sur 17 ont fonctionné. (148–153). Tous ces programmes efficaces étaient plus longs, sur une durée de plus de 6 mois ou plus de 20 heures d'éducation avec les participants. La plupart des programmes de développement des jeunes ayant un impact comprenaient un certain type d'éducation sexuelle en combinaison avec d'autres activités.

Pour finir, l'étude a évalué les programmes de relations parents-jeunes qui visaient à améliorer les relations parents-adolescents, en mettant l'accent sur la communication, le comportement sexuel et les relations amoureuses. Dans l'ensemble, ces programmes ont souvent été efficaces. Neuf évaluations de programmes de relations parents-jeunes sur onze ont fonctionné. (154–162) Les programmes ont été efficaces pour réduire l'activité sexuelle, pour retarder l'initiation sexuelle, réduire la fréquence des rapports sexuels et réduire le nombre de partenaires. Ils ont aussi prouvé une efficacité quant à l'utilisation du préservatif qui se trouve accrue, mais aucune évaluation n'a mesuré les impacts sur l'utilisation des contraceptifs.

En conclusion de l'article, deux des cinq approches de programme examinées ont été particulièrement efficaces pour influencer les résultats de santé sexuelle et reproductive qu'ils ciblaient chez les adolescents : les programmes de relations parents-jeunes et les programmes réalisés en clinique.(163)

3.8.3 Éducation à la santé sexuelle dans le cadre d'un programme avec des étudiants en médecine

A Rhode Island, aux Etats-Unis, des étudiants en médecine ont été formés pour enseigner la santé sexuelle à des étudiants de septième année sous la supervision de professeurs titulaires en utilisant un programme conçu par des étudiants en médecine et des professeurs. Des enquêtes pré- et post-évaluation ont été menées au cours de l'année académique 2015-2016.

Le programme s'appelle « Sex Ed by Brown Med », il est enseigné sur un an et composé de 12 sessions. Il est dispensé en petits groupes de 11 à 15 élèves. Les leçons sont adaptées du programme FLASH (Family Life and Sexual Health), initialement développé par le service de Santé publique de Seattle et le comté de King.

Les pré et post-évaluations ont été complétées par 62 % des participants. Les étudiants qui ont terminé le programme ont obtenu un score supérieur de 8 % à la post-évaluation par rapport à la pré-évaluation (70,4 % contre 62,32 %, différence absolue = 8,11 %, $P < 0,001$). Les connaissances des élèves se sont améliorées dans les domaines de la prévention de la grossesse, du système reproducteur, des connaissances générales et de la prévention des infections sexuellement transmissibles et des agressions sexuelles. L'un des avantages de l'éducation à la santé sexuelle dans le cadre d'un programme avec des étudiants en médecine permet d'établir que les élèves du secondaire étaient moins susceptibles de percevoir les étudiants en médecine comme des figures d'autorité. (164)

3.8.4 Intervention de distribution de préservatifs

Une intervention de distribution de préservatifs accompagnée de message de prévention du VIH d'une durée de 3 mois a été réalisée et évaluée sur un campus pour les femmes afro-américaines en Caroline du Nord. Il s'agissait de fournir des préservatifs gratuits via des distributeurs de préservatifs. Les résultats concernant 118 participantes sur trois mois ont été analysés. Quarante-quatre pour cent ont utilisé les distributeurs et 70 % ont déclaré utiliser les préservatifs pour les rapports sexuels. Les perceptions de la disponibilité et de l'accessibilité des préservatifs

ont considérablement augmenté après l'intervention. L'utilisation du distributeur était significativement associée à une plus grande utilisation du préservatif.(165)

Une revue de la littérature de 2018 a évalué l'efficacité des programmes d'accès gratuit aux préservatifs à l'école (166). L'acquisition de préservatif a été évalué entre 23 % et 48 %, l'utilisation du préservatif a augmenté dans deux programmes analysés (167,168) mais est inchangée dans les autres programmes. Il n'a pas été retrouvé de diminution des comportements sexuels à risque. Un programme a retrouvé que ces dispositifs étaient associés à une diminution du taux de chlamydia et de gonorrhée (169).

Les programmes de disponibilité de préservatifs sont acceptés par les élèves et peuvent constituer une intervention complémentaire à un programme. Ils pourraient permettre d'augmenter l'utilisation du préservatif, mais davantage d'évaluations sont nécessaires pour évaluer son efficacité sur les taux de VIH, d'IST et de grossesses non désirées.

3.8.5 Intervention de distribution de kit d'auto-prélèvement à la recherche de maladie sexuellement transmissible en milieu scolaire

Une étude réalisée aux Pays-Bas publiée en 2011 a évalué la pertinence de la distribution de kit d'auto-prélèvement à la recherche de IST à des étudiants dans un lycée professionnel. Les 345 participants ont dans un premier temps assisté à une présentation de 45 minutes par une infirmière diplômée, sur les IST, en particulier sur la chlamydiae, et les conduites à risque. Dans un second temps, tous les participants ont été invités à remettre un échantillon pour le test des IST, après avoir reçu des instructions sur la façon de prélever : un écouvillon vaginal auto-prélevé ou un premier jet d'urine pour les hommes. Les étudiants étaient libres d'effectuer le prélèvement à la maison et de rendre les échantillons le lendemain. Tous les élèves ont été invités à retourner le matériel dans l'enveloppe codée donnée et à le déposer dans une boîte fermée. L'étude a montré que les élèves des écoles professionnelles, lorsque les installations de test IST étaient facilement disponibles et qu'une éducation appropriée était dispensée, étaient très susceptibles de se faire tester pour la Chlamydiae ; le taux de participation est passé de 27 % (tests réalisés avant l'intervention) à 65 % (taux de participation) chez les étudiants. Les programmes de dépistage et de traitement en milieu scolaire, semblent être une stratégie acceptable et efficace pour identifier les infections chez les adolescents à risque.(170)

Proposer systématiquement des autotest lors d'une action de prévention semble être une bonne idée, lorsque les installations d'autotest sont facilement disponibles et qu'une éducation appropriée est dispensée, les étudiants semblent plus susceptibles de se faire tester.

3.8.6 Intégration de la technologie dans l'éducation à la santé sexuelle

Les résultats d'une méta-analyse publiée en 2019, ont révélé un effet positif significatif des interventions de santé sexuelle basées sur la technologie pour améliorer deux comportements sexuels clé chez les jeunes : augmenter l'utilisation régulière du préservatif et retarder les relations sexuelles. Les programmes basés sur la technologie ont également entraîné une augmentation des connaissances en matière de santé sexuelle, des attitudes sexuelles plus sûres et des normes entourant l'activité sexuelle plus positives.(171)

3.8.6.1 Intervention à l'aide d'un site Web/application

Une étude est en cours pour évaluer la pertinence du programme « In the Know » (ITK), il s'agit d'une intervention concernant la santé sexuelle innovante qui intègre le développement positif des jeunes et une conception centrée sur les jeunes âgés de 13 à 19 ans associée à un site web. L'étude décrit sa conception et son fonctionnement. Les adolescents ont aidé à développer le programme. Grâce à une série d'ateliers, ils ont réfléchi à des idées de contenu, ont développé des prototypes rapides aux côtés de l'équipe de conception puis ont examiné les idées et fourni des commentaires sur le contenu. L'intervention en classe est divisée en 3 modules qui peuvent être mis en œuvre en 1 journée ou en quelques jours. Le temps total de mise en œuvre est d'environ 6,5 heures, chaque module durant environ 2 heures. Les modules sont les suivants :

- Module 1 : La santé sexuelle et l'utilisation des contraceptifs : il enseigne aux jeunes les fonctions du système sexuel et reproductif ; l'orientation sexuelle et l'inclusivité de toutes les identités de genre et sexuelles ; le déroulement d'une grossesse ; les méthodes de contraception et l'utilisation correcte du préservatif et la prévention des IST, les symptômes, les tests et les options de traitement.
- Module 2 : Relations saines : aider les jeunes à comprendre les relations saines, y compris la communication, le consentement et la prévention de la violence sexuelle, et enseigner des compétences de vie, comme apprendre à gérer le stress et établir des objectifs.
- Module 3 : Réussite scolaire et professionnelle.

Concernant la composante Web, elle intègre des technologies numériques pour compléter et renforcer le contenu clé couvert dans l'intervention en classe, y compris les rappels par SMS,

l'intégration de jeux, la géolocalisation et les ressources Web telles que les vidéos. Les jeunes peuvent accéder à ces informations via une application téléchargeable ou un site Web, ce qui permet aux éducateurs en santé de dialoguer avec les jeunes sur des plateformes facilement accessibles. Le début des sessions est une explication et une aide pour utiliser le site. Il est possible de consulter des ressources supplémentaires après la session. En s'appuyant sur les connaissances acquises en classe, les participants peuvent générer des objectifs de santé et définir des rappels pour les maintenir sur la bonne voie. Les participants peuvent également répondre à de courts quiz, rechercher et trouver des services et des ressources locales à l'aide d'une fonctionnalité de type Yelp qui leur permet de localiser les cliniques sur une carte et d'évaluer les services après les avoir utilisés. Les participants peuvent également s'inscrire pour recevoir des SMS pendant 1 mois après la fin des sessions en personne, avec des informations et un renforcement des messages clé. Le recrutement de l'étude pour l'évaluation de l'intervention a eu lieu de 2017 à 2020 et elle est actuellement en cours de réalisation.(172)

Une étude publiée en janvier 2022 réalisée en Californie a évalué l'expérience des formateurs en matière de santé sexuelle concernant l'intégration de la technologie dans un programme d'éducation à la santé sexuelle en utilisant ce programme (In the Know). Les éducateurs de santé ont conclu chaque module par une tâche que les jeunes devaient accomplir en dehors des cours. Les jeunes pouvaient également s'inscrire pour recevoir des rappels par SMS du contenu clé et des objectifs personnels. Ces outils ainsi que des ressources et des questionnaires supplémentaires étaient disponibles via une application ou un site Web pour permettre aux jeunes d'accéder à l'information en dehors des séances en personne. Bien que la technologie soit souvent présentée comme une solution pour améliorer les programmes de santé sexuelle, des problèmes technologiques affectaient la mise en œuvre : 87 % du temps la première année, diminuant à 47 % la troisième année. Les problèmes liés à la technologie étaient également plus fréquents dans les milieux non scolaires. Les éducateurs ont généralement fait des commentaires positifs sur l'application, notamment concernant la convivialité de l'application et l'engagement des jeunes. Ils ont cependant noté certains obstacles à l'utilisation de l'application mobile par les adolescents, comme le stockage limité des données et la durée de vie de la batterie sur les téléphones mobiles.(173)

3.8.6.2 Intervention avec des appareils mobiles

Dans le cadre du programme ARMADILLO (« Adolescent/Youth Reproductive Mobile Access and Delivery Initiative for Love and Life Outcomes ») deux études ont été réalisées au Pérou. La

première décrivait la création des SMS avec la participation de jeunes et la deuxième a évalué l'effet de l'intervention.

Le développement s'est fait en trois étapes : la première consistait à déterminer auprès des jeunes quels étaient leur centre d'intérêt concernant la sexualité, à la deuxième étape, des SMS ont été créés et à la troisième étapes les SMS ont été soumis à l'avis des jeunes qui ont fourni des suggestions pour optimiser le contenu et apporter des améliorations aux messages peu clairs. (174)

L'intérêt de la méthode a été évalué dans essai contrôlé randomisé individuel, à trois bras, en groupes parallèles, avec une répartition 1:1:1 (Bras 1 : accès aux informations SMS d'ARMADILLO à la demande ; bras 2 accès aux informations SMS d'ARMADILLO transmises à leur téléphone ; Contrôle du bras 3 : pas de SMS). L'étude retrouve un effet significatif, mais faible, sur les connaissances des participants en matière de contraception. Il est proposé de l'utiliser plutôt comme outils complémentaire pour étendre la portée des programmes d'intervention de santé sexuelle validés existants.(175)

Une étude a examiné la faisabilité et l'acceptabilité d'une intervention américaine « Guy2Guy » qui est un programme sur téléphone mobile utilisant des SMS pour fournir des informations sur la santé sexuelle. Sa particularité est que le programme est destiné aux jeunes de 14 à 18 ans qui s'identifient comme homosexuels, bisexuels et/ou queer. Le programme a été évalué dans un essai contrôlé randomisé. Les participants ont été recrutés pour participer à l'étude « Guy2Guy » par le biais de publicités en ligne sur Facebook et Instagram entre juin et octobre 2014. Trois cent deux jeunes ont été participé à l'étude. Environ 8 à 10 SMS ont été envoyés quotidiennement sur une période de 5 semaines. Le nombre de messages a été définis comme étant acceptable. Un rappel pendant une semaine a été réalisé 6 semaines après la fin de cette période pour renforcer les nouveaux comportements. Des stratégies ont été mises en place pour accroître l'observance et la participation :

- Les participants pouvaient gagner des « badges » pour signifier la maîtrise des compétences s'ils réussissaient à accomplir une tâche (par exemple obtenir, porter ou utiliser des préservatifs, se faire tester pour le VIH)
- Les participants pouvaient passer au niveau suivant chaque semaine en répondant correctement à une question du quiz (Les questions testaient la compréhension des points importants évoqués la semaine précédente)

- Les participants ont également eu accès à « G2Genie », une fonctionnalité de conseils à la demande sur des sujets prédéterminés tels que le dépistage des infections sexuellement transmissibles, les relations sexuelles et le coming out.
- Les participants ont été jumelés et encouragés à discuter de ce qu'ils avaient appris dans le programme avec leur « Text Buddy ». Il s'agissait d'un autre participant à l'intervention avec qui ils pouvaient discuter du contenu du programme de manière anonyme.

Le protocole et le programme semblaient réalisables : 94 % ont répondu à l'enquête de suivi à 3 mois. L'intervention semblait également acceptable : 93 % des participants à l'intervention ont dit qu'ils étaient plutôt ou fortement d'accord pour dire qu'ils aimaient le programme. Bien qu'environ 20 % des garçons aient convenu que le programme envoyait trop de messages, seuls 10 % ont déclaré qu'ils avaient cessé de lire les messages à la fin. Les participants aux groupes de discussion étaient en grande partie enthousiastes quant au contenu du programme et ils ont généralement apprécié recevoir des informations et des messages de renforcement des compétences qui parlaient de la réduction des risques de VIH. Certains ont indiqué qu'ils souhaitaient davantage de contenu traitant de la négociation du préservatif. Les activités interactives du programme, en particulier le quiz hebdomadaire de « niveau supérieur », ont également été appréciées. (176)

Un essai contrôlé randomisé réalisé à Denver dans le Colorado, de 2011 à 2014 a cherché à déterminer si une intervention à l'aide de SMS : « Youth All Engaged! » en plus d'une intervention basée sur des données probantes pouvait intensifier les effets du programme de prévention concernant la santé parmi 632 jeunes âgés de 14 à 18 ans. Les participants à l'intervention ont reçu entre 5 et 7 messages par semaine pendant 25 semaines, dont 40 % correspondaient à des questions-réponses. Les adolescents devaient donner une réponse et un nouveau sms était envoyé en fonction de cette réponse (mauvaise/bonne réponse). Les jeunes sans téléphone ont reçu des messages via Text Free, un système en ligne, visualisant les messages sur des ordinateurs dans un Club. Voici des exemples de messages :

- « Si votre amie tombait enceinte, que lui diriez-vous de faire ? »
- Femme : « Si un homme veut avoir des relations sexuelles, il est de sa responsabilité de se procurer des préservatifs. » Réponse : 1 = mythe, 2 = fait, 3 = incertain.
- Homme : « Si une fille veut avoir des relations sexuelles, c'est sa responsabilité d'obtenir un contraceptif. » Réponse 1 = mythe, 2 = fait, 3 = incertain.

- "Moins de 50 % des adolescents américains ont des relations sexuelles." Réponse 1 = mythe, 2 = fait, 3 = incertain.
- Les CDC ont rapporté que seulement 43 % des adolescents américains avaient des relations sexuelles. Tout le monde n'a pas déjà eu un rapport sexuel, ce n'est pas une nécessité.
- « Une grossesse non planifiée vous empêchera-t-elle d'atteindre vos objectifs ? » Réponse 1 = oui, 2 = non, 3 = incertain.

Il n'a pas été retrouvé de différences statistiquement significatives entre les deux groupes concernant le pourcentage moyen d'utilisation des préservatifs lors des actes sexuels ou d'un moyen de contraception au cours des 3 derniers mois. Les participantes hispaniques dans le groupe intervention avaient moins de grossesses lors du suivi (1,79 %) que celles du groupe témoin mais pas façon significative (6,72 % ; $P = 0,02$). Cependant l'étude a trouvé que l'intervention était peu coûteuse et largement faisable ce qui était l'un des objectifs. (177)

En conclusion, Les SMS peuvent être complémentaires d'une intervention, ils pourraient permettant de fidéliser les participants et faire des rappels de ce qu'ils ont appris. Ils ne peuvent cependant pas suffire à eux seuls d'intervention.

3.8.6.3 Les interventions assistées par ordinateur

Un essai contrôlé randomisé comparant l'intervention motivationnelle assistée par ordinateur au conseil éducatif seul pour réduire les rapports sexuels non protégés chez les adolescentes a été réalisé dans une clinique aux Etats-Unis et publié en 2015. L'objectif principal de cette étude était d'examiner l'acceptabilité et la faisabilité de l'intervention, et l'objectif secondaire était d'examiner l'efficacité d'une intervention assistée par ordinateur pour réduire les comportements à risque de IST et de grossesse chez des adolescents âgés de 13 et 21 ans. Le recrutement a été effectué dans les cliniques et le groupe intervention a été comparé avec un groupe recevant uniquement des conseils pédagogiques. Au cours de la phase d'intervention de 6 mois, le groupe intervention a reçu trois séances de conseil de 30 à 45 minutes lors de l'inscription et des visites de 3 et 6 mois consistant en une consultation individuelle utilisant l'entretien motivationnel avec un intervenant et assisté par ordinateur. Guidées par l'évaluation informatique de la participante, les sessions se sont concentrées sur la prévention des IST, la prévention des grossesses et la motivation des adolescents à être sexuellement abstinents ou à utiliser des préservatifs de manière cohérente. La conseillère et la participante ont discuté ensemble ses objectifs futurs, et ont réalisé ensemble un plan spécifique sur le sexe, l'abstinence,

l'expérience et l'éducation (appelé plan « SAFE » : sex, abstinence, feedback, education) à l'aide de l'ordinateur. Le plan SAFE était une feuille de travail sur le comportement, elle comprenait entre autres les raisons du plan, les étapes spécifiques du plan, les obstacles potentiels à la réalisation du plan avec des solutions possibles. Le plan SAFE était un contrat signé par la participante pour démontrer son engagement et cosigné par le conseiller pour démontrer son soutien. Les participantes au groupe témoin n'ont reçu que 3 séances de consultations lors de l'inscription, à 3 mois puis à 6 mois. L'effet significatif de l'intervention observé dans l'analyse suggère que l'intervention peut aider à réduire les rapports sexuels non protégés parmi les participantes qui ont terminé l'étude. Cependant il était nécessaire de modifier quelques paramètres pour résoudre les problèmes méthodologiques qui ont contribué aux taux d'abandon élevés et ainsi rendre l'intervention plus acceptable et réalisable parmi les adolescents (par exemple : évaluation trop longue). (178)

Une étude réalisée aux Etats-Unis a évalué un programme, « C-SAFE » (Sexual Awareness for Everyone), utilisant comme support l'ordinateur et s'appuyant sur une intervention qui existe déjà : « SAFE » mais n'utilisant pas l'ordinateur. L'intervention, réalisée dans des cliniques, était composée de 3 séances de 3 à 4 h. Elle comprenait des vidéos expliquant par exemple ce que sont les IST ou comment bien utiliser les préservatifs, des jeux interactifs où les participants devaient répondre à des questions (mythes ou réalité, « que recherchez-vous dans les relations », jeu de rôle « S'il dit... / Tu peux dire » ...), et des témoignages de personnes ayant eu une IST. Les participants pouvaient également s'arrêter à tout moment, reprendre là où ils s'étaient arrêtés et répéter les activités déjà terminées s'ils le souhaitaient. Un essai contrôlé randomisé à deux bras a été réalisé entre 2014 et 2015 avec l'hypothèse que le programme permettrait la diminution des rapports sexuels non protégés et d'IST, plus de relations monogames, une diminution de partenaires sexuels et des changements positifs concernant les comportements sexuels protecteurs. Parmi les 321 latino-américaines participantes, aucune différence significative n'a été trouvée concernant ces hypothèses. Les raisons de l'absence de résultat positif de cette intervention résulteraient de la faiblesse de l'étude, des séances trop courtes, un suivi à court terme et la population ciblée.(179)

Une étude a évalué l'efficacité du programme « It's your game...keep it real » dans 24 collèges urbains de Los Angeles, en Californie de 2012 à 2015. Deux groupes d'élèves ont été créés (n = 4 562) : les élèves qui n'ont pas reçu l'intervention et les élèves qui ont participé à l'intervention. Ils ont ensuite été interrogés à l'aide de questionnaire. Le critère de jugement principal était

l'initiation de tout type d'activité sexuelle (sexe oral, vaginal ou anal). « It's your game...keep it real » consiste en douze leçons de 50 minutes (huit dispensées en classe et quatre dispensées par ordinateur) en septième année, et douze leçons de 50 minutes (sept dispensées en classe et cinq dispensées via ordinateur) en huitième année. L'intervention est conçue pour être dispensée aux mêmes élèves de septième et de huitième année sur une période de 2 ans.

À chaque niveau, le programme intègre des activités de classe en groupe avec un journal personnalisé et des activités informatiques personnalisées. Les activités étaient en partie fondées sur la prise de décision (sélectionner, détecter, protéger), enseignant aux élèves à sélectionner des règles personnelles concernant les comportements à risque, à détecter des signes ou des situations qui pourraient remettre en cause ses propres règles et à utiliser des compétences de refus et d'autres tactiques pour se protéger.

Le programme se déroule dans un environnement semblable à un centre commercial qui comprend plusieurs « vitrines » et « propriétaires ». Les participants sont guidés par deux narrateurs qui présentent des activités sélectionnées. Les activités comprennent des scénarios animés avec la modélisation et la pratique des compétences, des vidéos par les pairs, des quiz, des fiches d'information, un mur de graffitis pour la personnalisation et la réflexion, et des activités de jeu de rôle virtuel "point de vue" qui simulaient la pratique des compétences des élèves dans des situations du monde réel. Il permet aux jeunes d'apprendre à choisir à l'avance leurs règles ou leurs limites personnelles concernant leurs comportements (sexuels et non sexuels), à détecter les signes et les situations qui pourraient remettre en cause leurs règles et à protéger leurs règles par des techniques de refus.

Le programme scolaire comprend également trois devoirs parent-enfant conçus pour faciliter le dialogue sur des sujets tels que les amitiés, les fréquentations et le comportement sexuel. Le programme est fondé sur la théorie cognitive sociale, la théorie de l'influence triadique et les modèles d'influence sociale. L'abstinence est l'objectif principal et est encouragée par rapport à tout autre comportement.

Dans l'essai randomisé, les participants à l'intervention étaient moins susceptibles de déclarer avoir commencé une activité sexuelle en neuvième année que les élèves du groupe témoin (rapport de cotes 0,77 ; intervalle de confiance à 95 % 0,66–0,90). Le groupe d'intervention était significativement moins susceptible d'avoir eu des comportements considérés comme « présexuels » dans l'étude comme d'avoir eu un rendez-vous, d'avoir eu un petit ami ou une petite

amie et d'avoir touché ou été touché au niveau des parties intimes du corps. Le groupe intervention a obtenu de meilleurs résultats pour 11 des 19 variables psychosociales, par exemple concernant les connaissances ; les croyances sur l'abstinence, le sexe, les préjugés, les normes et les comportements des amis ; les raisons de ne pas avoir de relations sexuelle.(180)

Un deuxième essai randomisé réalisé au Texas de 2010 à 2011 a analysé l'efficacité du programme. Dix-neuf écoles ont été randomisées, 1 374 élèves anglophones de huitième année qui ont été suivis jusqu'en neuvième année ont participé. Le programme a été adapté et comprenait 13 leçons, chacune d'une durée d'environ 35 à 45 minutes. L'hypothèse principale était que les élèves qui avaient participé au programme retarderaient l'initiation sexuelle en neuvième année. Il n'a pas été retrouvé de différence significative dans le retard de l'activité sexuelle ou dans tout autre comportement sexuel entre les étudiants d'intervention et de contrôle. Cependant, il y avait des différences positives significatives entre les groupes concernant les connaissances des IST et du préservatif et concernant l'utilisation du préservatif. (181)

Deux études ont analysé l'efficacité d'un programme en ligne : « Health Education and Relationship Training » (HEART). Il s'agissait initialement d'un programme développé pour la population féminine appelé « HEART for Girls » puis il a été adapté pour tous les adolescents, appelé « HEART for teens ». Health Education and Relationship Training (HEART) est une intervention brève, interactive, conçues pour une diffusion numérique en une seule séance d'une durée d'environ 45 minutes. Elle comprend cinq modules qui ciblent cinq domaines importants pour la prise de décision en santé sexuelle : la motivation pour des rapports sexuels protégés ; les connaissances concernant le VIH et les IST ; les normes et attitudes sexuelles, la croyance en sa capacité à s'engager ou à refuser des activités sexuelles et à contrôler le contexte de ces activités et les compétences en communication sexuelle. La page d'accueil ressemble à une ville avec les cinq domaines qui sont matérialisés à l'aide de cinq bâtiments. À la suite de l'entrée dans un bâtiment/module, les participants remplissent un quiz. Par exemple, à l'entrée du bâtiment axé sur les connaissances, il y a un quiz vrai/faux liés aux connaissances sur le VIH/IST. Si la réponse est incorrecte, la bonne réponse est donnée de manière positive et encourageante. Les participants peuvent ensuite interagir avec du matériel adapté à leur âge sous la forme de clips audio ou vidéo, des conseils d'autres adolescentes, des jeux ou quiz interactifs, des infographies et des exercices de renforcement des compétences avec des commentaires personnels. Des exemples d'images du programme HEART for girls sont inclus en annexe 10.

Le programme pour les adolescentes a été évalué dans un essai contrôlé randomisé publié en 2017 réalisé chez 222 jeunes filles âgées en moyenne de 15.3 ans du sud-est des États-Unis. Les participantes ont trouvé le programme très acceptable : 95 % ont aimé le programme et ont appris grâce au programme, 88 % recommanderaient le programme à un ami et 94 % ont prévu d'utiliser ce qu'elles ont appris à l'avenir. Les principaux résultats d'acceptabilité ne variaient pas en fonction de l'origine ethnique, de l'orientation sexuelle ou du statut d'activité sexuelle des participants, ce qui suggère qu'il peut être utilisé chez un large public. Les résultats indiquent que ce nouveau programme en ligne est une méthode prometteuse pour rejoindre et impliquer les adolescents dans l'éducation en matière de santé sexuelle.(182)

Le programme adapté aux garçons et aux filles et a été évalué dans un essai contrôlé randomisé aux États-Unis publié en 2019. Afin d'adapter le programme original « HEART for Girls » à une utilisation mixte, des jeunes ont suivi un protocole de réflexion à voix haute en utilisant le programme original et ont suggéré des domaines à modifier pour le rendre plus pertinent et utile pour les garçons. Par exemple, plus de personnages masculins ont été ajoutés, du contenu audio et plusieurs clips vidéo ont été changés. Les participants à l'étude étaient 226 lycéens d'âge moyen de 16,3 ans. Les participants ont été randomisés pour recevoir le programme « HEART for teens » ou un groupe témoin et ont été évalués au pré-test et au post-test immédiat. Dans l'ensemble, il était possible d'administrer le programme en milieu scolaire et les jeunes l'ont trouvé très acceptable : 83 % ont aimé le programme, 87 % ont appris de nouvelles choses et 93 % utiliseraient le contenu du programme à l'avenir.(183)

Lors d'un essai pilote randomisé contrôlé, une intervention assistée par ordinateur a été analysée e-KISS: « electronic-KIOSK Intervention for Safer Sex ». La faisabilité et l'acceptabilité pour promouvoir la santé sexuelle des adolescents et des jeunes adultes ont été évaluées. L'efficacité de l'intervention pour réduire les rapports sexuels non protégés, les IST et les grossesses non désirées a ensuite été analysée à l'aide de questionnaires réalisés à 3 mois post intervention. Des patientes ont été recrutées pour participer à l'étude dans une clinique de Seattle à Washington, elles étaient âgées de 14 à 24 ans. Les groupes de contrôle et d'intervention ont tous deux utilisé une enquête informatisée pour saisir leur santé sexuelle et seul le groupe d'intervention a reçu l'intervention assistée par ordinateur. Les participants du groupe d'intervention pouvaient interagir avec un avatar de leur choix à l'aide de l'ordinateur. Ils ont ensuite reçu des commentaires personnalisés sur leurs comportements sexuels protecteurs et à risque de la part de l'avatar ou par SMS. Le programme informatique identifiait tous les comportements à risque

et protecteurs rapportés dans l'histoire sexuelle du participant et l'avatar présentait les résultats. Par exemple, l'avatar déclarait : "Je vois que vous vous protégez en utilisant un contraceptif et en discutant avec vos partenaires de l'utilisation de préservatifs". Puis l'avatar ajoutait : "Mais je crains que vous ne soyez à risque d'IST/VIH parce que vous n'utilisez pas de préservatif à chaque rapport sexuel et que vous et vos partenaires ne faites pas de test de dépistage IST/VIH avant d'avoir des relations sexuelles pour la première fois ».

Ensuite les participants pouvaient choisir ce dont ils souhaitaient discuter : IST et utilisation du préservatif masculin, ou utilisation de la contraception et grossesse non désirée. Les participants devaient classer, sur une échelle de 1 à 10, l'importance perçue de l'utilisation des préservatifs ou de la contraception et leur degré de confiance dans le fait qu'ils savaient utiliser les préservatifs ou la contraception de manière adéquate. En fonction des réponses, l'avatar demandait pourquoi l'utilisation de préservatifs ou de contraception était importante pour le participant ; quels étaient les obstacles perçus par le participant à l'utilisation de préservatifs ou de contraception ; et quelles informations et compétences étaient nécessaires pour améliorer l'utilisation des préservatifs ou de la contraception. Les participants ont ensuite eu accès à 2 vidéos : un couple d'adolescents dissipant les mythes sur la prévention de la grossesse ; un jeune couple adulte négociant l'utilisation du préservatif entre eux. À la fin de l'intervention, chaque participant a été invité à identifier un comportement sexuel à risque qu'il prévoyait de changer et à se fixer comme objectif personnel d'adopter ce changement avant la visite de suivi de l'étude dans 3 mois. Sur 272 participants, 242 (89 %) ont terminé l'étude, dont 65 % étaient des femmes. Lors du suivi de 3 mois, par rapport au groupe témoin, le groupe d'intervention a signalé un taux inférieur de 33 % de rapports sexuels non protégés [IRR = 0,67, IC à 95 % : 0,44–1,02] ; 29 % de partenaires sexuels en moins [IRR = 0,71, IC à 95 % : 0,50–1,03] ; et 48 % en moins d'IST [IRR = 0,52, IC à 95 % : 0,25 à 1,08]. De même, par rapport au groupe témoin, les femmes du groupe intervention ont signalé un taux inférieur de rapports sexuels non protégés (absence totale de moyen contraception) [IRR = 0,80, IC à 95 % : 0,47–1,35] et deux fois moins de grossesses non désirées (n = 5) par rapport au groupe témoin femmes (n = 10) [TRI = 0,51, IC à 95 % : 0,17–1,58].

(187)

L'utilisation des ordinateurs peut ainsi être considéré comme pertinent lors d'une action de prévention, cela permet aux jeunes d'être plus engagés et motivés à participer.

3.8.6.4 Intégration des réseaux sociaux dans la santé sexuelle

À l'heure actuelle, Internet et les portables sont omniprésents chez les adolescents. Les adolescents dans le monde utilisent quotidiennement Internet, leurs principales activités sont liées aux réseaux sociaux, au divertissement et à la recherche d'informations. Il est intéressant de savoir si les réseaux sociaux peuvent jouer un rôle dans la santé sexuelle.

Une revue de la littérature publiée en 2019 a évalué l'efficacité de deux interventions utilisant les réseaux sociaux pour promouvoir l'adoption et l'adhésion à la contraception chez les femmes en âge de procréer :

La première étude a été menée entre 2012 et 2013 incluant 2284 femmes âgées de 18 à 29 ans et a été publiée en 2015. Les participantes ont été recrutées en ligne à partir d'un panel Web représentatif des États-Unis. Le bras d'intervention consistait en une exposition à un réseau social gratuit de soutien au contrôle des naissances pour les femmes de 18 à 29 appelés « Bedsider ». A ce jour il s'agit plutôt d'un site Web que d'un réel réseau social. Le groupe d'intervention a vu des vidéos et a reçu des e-mails trimestriels concernant la santé sexuelle. Le groupe témoin a été randomisé pour ne recevoir aucune exposition au réseau et aucune intervention alternative. Les principaux critères de jugement de l'étude étaient d'évaluer si l'exposition au site Web améliorait l'utilisation de la contraception et diminuait les rapports sexuels non protégés. De plus, ils ont évalué si l'intervention avait aidé à prévenir les grossesses non planifiées. Les critères de jugement secondaires comprenaient si le groupe d'intervention serait plus familier et mieux informé sur les différentes méthodes de contraception. Les données de l'enquête ont été recueillies à 12 mois.(184)

La deuxième étude a été menée entre 2010 et 2011 et était un essai contrôlé randomisé en grappes à deux bras parmi 1 578 participants féminins et masculins âgés de 16 à 25 ans. Le bras d'intervention consistait en l'accès à une page de santé sexuelle sur Facebook. Le contenu était basé sur huit grands sujets de santé sexuelle, chaque semaine étant consacrée à un sujet particulier. Les jeunes animateurs ont interagi avec la page pour publier des liens, des quiz, des jeux et susciter la discussion. Le groupe de contrôle a eu accès à une page d'actualités Facebook modifiée qui évitait le contenu sur la santé sexuelle. Le but de cette étude était de déterminer si les messages de prévention concernant la santé sexuelle via les réseaux sociaux pouvaient réduire les comportements sexuels à risque. Les critères de jugement principaux comprenaient l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel et la proportion d'actes sexuels protégés par des préservatifs au cours des 60 derniers jours. Les résultats secondaires apportaient une

représentation des comportements à la suite de l'intervention comme le nombre de partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ou l'intention d'utiliser des préservatifs lors du prochain rapport sexuel. Les données de l'enquête ont été recueillies au départ, après deux mois de suivi et après six mois de suivi.(185)

La première étude a constaté une petite augmentation significative de l'utilisation globale d'une méthode de contraception plus efficace (contraception à longue durée d'action) dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin au cours de l'essai de 12 mois. La deuxième étude n'a trouvé aucune différence significative dans l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à six mois entre le groupe d'intervention et le groupe témoin, et a trouvé une diminution mais non significative à six mois de la proportion globale de actes sexuels protégés par des préservatifs au cours des 60 derniers jours. En conclusion, les recherches étaient insuffisantes pour savoir si les réseaux sociaux amélioraient l'utilisation ou l'observance de la contraception chez les femmes. Des preuves très limitées suggéraient qu'ils pourraient avoir la capacité d'augmenter l'utilisation de méthodes de contraception plus efficaces.(186)

Une étude descriptive publiée en 2018 a été réalisée au Brésil dans le but d'analyser les perceptions des adolescents sur l'utilisation du réseau social Facebook dans l'apprentissage de la santé sexuelle et reproductive. L'hypothèse principale était qu'il était possible d'utiliser le réseau social Facebook comme environnement d'apprentissage virtuel, avec des adolescents brésiliens fréquentant des écoles publiques et privées, pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive. Les thèmes suivants ont guidé l'intervention éducative sur Facebook : la promotion de la santé des adolescents ; la sexualité et le genre ; les IST ; la reproduction ; La grossesse à l'adolescence et la protection des rapports sexuels. Le contenu utilisait des publications des ministères de la santé et de l'éducation : vidéos, brochures... Tous ces messages étaient basés sur des phrases ou des questions provocantes et courtes, utilisant un langage simple adapté à la réalité des adolescents et étaient associés à des images illustrant le thème. Cela a permis d'initier des discussions dans les forums de Facebook. De plus , les jeunes pouvaient poser secrètement des questions à l'infirmière à l'aide de la messagerie, s'ils étaient trop timides pour en parler publiquement ou s'ils craignaient le jugement des autres adolescents. Au cours de cette période, trois réunions ont également eu lieu dans chacune des écoles, avec la première réunion tenue au début de l'intervention, la seconde au milieu de la période et la troisième à la fin de l'intervention éducative.

Pour l'analyse de l'étude, les participants ont pu s'exprimer dans un entretien réalisé à travers des questions ouvertes. Dans l'ensemble, tous les commentaires étaient positifs, mettant l'accent sur l'apprentissage collectif, dynamique, facilitateur et innovant, contribuant à la clarification des questions communes inhérentes à l'adolescence. Les adolescents ont souligné la commodité et la facilité d'accès à Facebook, étant donné que cette forme de communication est largement connue et utilisée entre eux. Ils se sentaient motivés pour participer aux discussions de groupe, car ils pouvaient clarifier leurs questions à tout moment. Les adolescents reconnaissent que la timidité et la honte de discuter de santé sexuelle et reproductive, présentes à ce stade de la vie, peuvent être minimisées via un environnement en ligne (188).

Les réseaux sociaux peuvent contribuer à l'éducation à la santé sexuelle et reproductive de manière interactive, ludique et pratique, réduisant la gêne de certains adolescents à converser sur le sujet, et a rapproché les adolescents du service de santé, en renforçant leur lien avec les professionnels de santé. Cependant, ils ne peuvent à eux seuls être utilisés comme moyen de prévention en santé sexuelle. De plus il faut que ceux qui s'occupent des réseaux sociaux soient disponibles et correctement formés ce qui peut être une limite.

3.8.6.5 Intervention à l'aide de vidéo en ligne

Un article passe en revue le développement d'une vidéo à destination des jeunes : « seventeendays », visant à réduire le comportement sexuel à risque des adolescents. L'achat de la vidéo (ainsi qu'une application) est disponible sur le site : <http://seventeendays.org/>. Le développement a commencé par le rassemblement de professionnels spécialisés dans santé sexuelle des adolescents pour créer un modèle. Dans un deuxième temps, des entrevues et sondages auprès du public cible, seulement féminin, ont été réalisés. Un premier résultat trouve que les jeunes femmes manquent de contrôle personnel et cognitif concernant les décisions liées aux situations sexuelles. Pour répondre à cette constatation, des scénarios ont été créés avec par exemple des situations où les personnages négocient la réduction des risques sexuels, comme dire non, ou utiliser des préservatifs. Un deuxième résultat montrait que les jeunes femmes ne semblaient pas savoir si un choix ou un comportement étaient risqués ou non. Selon les jeunes filles, comme les préservatifs ne réduisent pas le risque à zéro, il n'y a aucun intérêt à les utiliser. Ainsi, l'intervention s'est concentrée sur l'avantage du préservatif concernant les réductions des risques à l'aide de comparaison de situation. Enfin, il était constaté un évident manque de connaissances des jeunes femmes sur leur système reproducteur et les infections sexuellement transmissibles autres que le VIH. Une approche structurée pour organiser les informations

pertinentes a donc été développée. Des informations sur les infections virales et bactériennes sont données en vidéo et une partie de celle-ci montre comment différents comportements sexuels affectent la transmission de la maladie et décrit comment les infections peuvent être traitées et si elles peuvent être guéries.(189)

Une étude a évalué l'effet de cette intervention à l'aide de la vidéo sur l'auto-efficacité à utiliser un préservatif 6 mois chez des adolescentes sexuellement actives âgées de 14 à 19 ans. L'échantillon comprenait des adolescentes à haut risque de grossesse, principalement des patientes de 20 cliniques de santé urbaines, suburbaines et rurales de l'Ohio, de la Pennsylvanie et de la Virginie-Occidentale entre juin 2012 et décembre 2014. Le principal mécanisme par lequel « Seventeen Days » vise à réduire les comportements sexuels à risque consiste à encourager les jeunes femmes à réfléchir plus systématiquement à leurs décisions et à acquérir les outils psychosociaux nécessaires pour mener à bien leurs décisions planifiées. L'un de ces outils est l'auto-efficacité perçue : la croyance en sa capacité à exécuter les comportements souhaités.

« Seventeen Days » utilise un format « choisissez votre propre aventure » dans lequel les téléspectateurs choisissent parmi différentes histoires lorsqu'ils rencontrent des décisions qui surviennent dans des relations sexuelles potentielles. Lorsqu'un personnage fait face à une décision, l'histoire s'arrête et la vidéo présente un menu proposant 3 voies que le personnage pourrait suivre avec 2 des voies modélisant des stratégies pour réduire les comportements à risque. Chaque option est présentée sous la forme d'une vidéo montrant une réponse différente et les participants choisissent la suite de l'histoire. La vidéo propose aussi des moments de réflexion sur une situation comme avec cette question « Que pourriez-vous faire si vous ne vouliez pas partir seule avec un garçon ? Pensez-y et pratiquez-le dans votre tête ». L'intervention comprend 4 documentaires : « Know Your Body », expliquant l'anatomie de l'appareil reproducteur et leur fonction ; « I Got Birth Control and So Can You », décrivant les expériences de jeunes femmes et la contraception « Going to the Gynecologist » caractérisant un rendez-vous chez le gynécologue et « Watch Out for STIs », contenant des informations sur les IST. Et pour finir, une démonstration étape par étape de l'utilisation correcte du préservatif est effectuée. L'intervention de contrôle, Driving Skills for Life, visait à réduire les accidents de véhicules. Les participants du groupe Seventeen Days ont rapporté une auto-efficacité perçue d'utilisation du préservatif plus élevée après 6 mois que ceux du groupe témoin ($p = 0,025$). (190)

Une étude de faisabilité a été réalisée en Irlande du Nord en 2017 concernant un programme incluant une vidéo en ligne : « If i were Jack ». Il s'agit d'un programme d'éducation à la santé sexuelle développé par une équipe de chercheurs de l'Université Queen's de Belfast en collaboration avec un certain nombre d'autres intervenants à travers le Royaume-Uni et l'Irlande. Il se concentre sur les jeunes hommes et les grossesses non désirées. Le programme est fondé sur des données probantes et conçu pour réduire les grossesses non désirées chez les adolescentes ainsi que promouvoir une santé sexuelle positive. Il s'articule autour d'une vidéo interactive qui raconte l'histoire de Jack, un adolescent qui vient d'apprendre que sa petite amie Emma est enceinte de façon inattendue. Les participants sont encouragés à se mettre à la place de Jack et à réfléchir à ce qu'ils ressentiraient s'ils se trouvaient dans sa situation. Le rôle et les ressentis des adolescents, souvent négligés, sont abordés. Le programme est conçu pour encourager la réflexion et la discussion entre les adolescents, et pour aller au-delà des stéréotypes entourant la grossesse chez les adolescentes. Idéalement, la vidéo est visualisée par les étudiants sur des ordinateurs individuels, mais ce programme peut également être présenté par les enseignants sur un écran suspendu. La vidéo est disponible en ligne sur le site : <https://www.ifiwerejack.com>. On retrouve par ailleurs les autres vidéos du programme comme « que vont penser mes amis », « que vont penser mes parents », « ou trouver de l'aide », « considérer les options », « la décision » etc... L'intervention s'est avérée acceptable et faisable pour les écoles, les élèves et les parents. Aucune école n'a abandonné. L'observance des élèves a été un succès (objectif 85 %, atteint 93 %). L'étude a retrouvé une différence significative entre les groupes contrôles vs intervention concernant l'incidence des rapports sexuels non protégés à 9 mois (1.3%).(191)

Les interventions basées sur la technologie offrent de nombreux avantages : elles peuvent être administrées avec une grande fidélité, elles permettent également d'accroître l'ouverture des jeunes à l'apprentissage en offrant un environnement sûr, contrôlé, interactif et familier pour acquérir des connaissances et des compétences en matière de santé sexuelle. Cela peut être particulièrement important pour les jeunes de minorités sexuelles qui, dans le cadre d'interventions traditionnelles, peuvent recevoir une éducation sexuelle stigmatisante, inexacte ou sans rapport avec leurs besoins spécifiques. Les interventions basées sur la technologie ont également le potentiel d'atteindre les adolescents dans les zones à ressources limitées, car l'accès mondial aux téléphones mobiles et aux technologies Internet augmente rapidement chez les jeunes, même dans les pays à revenu faible et intermédiaire et les zones rurales.

3.8.7 Les médias comme rôle d'éducateur sexuel pour les adolescents

Les médias normalisent ou même glorifient souvent les comportements sexuels à risque et les relations malsaines, tout en omettant d'importants comportements liés à la santé sexuelle.

Un programme Web complet sur l'éducation à la santé sexuelle : « Media Aware » (disponible en ligne: <https://mediaawareprograms.com/>) , destiné aux collégiens et lycéens , a été conçu aux Etats-Unis pour développer des compétences d'analyse critique liées aux messages médiatiques sexuels et/ou romantiques, et améliorer les connaissances en matière de santé sexuelle. Un flyer résumant le programme est disponible en ligne : https://mediaawareprograms.com/wp-content/uploads/sites/35/2017/11/FAQ_Flyer.pdf. Il est composé de 4 sections qui peuvent être réalisées durant des cours de 45 minutes : « Get schooled », « Decisions », « Protect your health », « Espresso yourself ». On y retrouve par exemple des activités incluant une chanson pop ou une émission de télévision, des publications Instagram à analyser et critiquer. Le programme étant en ligne les participants peuvent y avoir accès en dehors de cours s'ils sont intéressés et veulent continuer à s'informer. Il s'agit d'un programme interactif qui nécessite de répondre à des questions en ligne, donner son avis et qui ne consiste pas à simplement écouter l'intervenant. Le programme a été évalué dans un essai contrôlé randomisé de 2019-2020 auprès de 590 élèves de 17 lycées des États-Unis de 9^{ème} et 10^{ème} année. Le programme a permis des réductions du réalisme perçu des messages médiatiques, des améliorations des compétences critiques des messages médiatiques, une augmentation des connaissances en matière de santé sexuelle et une réduction des croyances biaisées concernant la fréquence des rapports sexuels. A aussi été constaté : une réduction de l'acceptation par les garçons de la violence dans les fréquentations et une augmentation de la fréquence à laquelle les filles communiquent sur la santé sexuelle avec un parent. Enfin, les adolescents ont rapporté une expérience pertinente et appréciée.(192)

Un deuxième essai contrôlé randomisé publié en 2019 et réalisé aux Etats-Unis a évalué l'efficacité du programme « Media Aware », chez des adolescents plus âgés de 18-19 ans. Un pré et post test a été réalisé. (193) Les résultats sont les suivants :

- Les participants du groupe d'intervention par rapport au groupe témoin ont signalé : moins de relations sexuelles avec une personne qui n'a pas été testée ou dont le statut en matière d'IST était inconnu et une moindre acceptation des mythes du viol au post-test.

- Les participants du groupe d'intervention ont obtenu des scores significativement plus élevés sur les scores de connaissances par rapport aux participants du groupe témoin.
- Les participants du groupe d'intervention ont trouvé que le programme avait réduit les croyances des étudiants sur la fréquence des rapports sexuels et des comportements sexuels à risque.
- En ce qui concerne les comportements futurs, les femmes du groupe d'intervention ont déclaré être moins disposées à avoir des relations sexuelles sans protection que les participantes du groupe témoin et une meilleure communication sur le sexe, par rapport au groupe témoin.
- Les hommes du groupe d'intervention avaient des résultats significativement plus élevés concernant l'esprit critique vis-à-vis des médias que les hommes du groupe témoin, moins de relations sexuelles avec un partenaire occasionnel et moins de consommation de drogues ou d'alcool avant ou pendant une rencontre amoureuse ou sexuelle.

Aucun changement significatif n'a été trouvé concernant l'utilisation de préservatifs et sur les compétences d'analyse des messages médiatiques. (193)

Dans une 3^{ème} étude contrôlée randomisée publiée en 2021, l'efficacité du programme a été évalué chez des élèves entre 13 et 17 ans (âge moyen de 14.5 ans) dans une école aux Etats-Unis. Trois hypothèses en présence : l'hypothèse principale rassemblait les participants dans le groupe d'intervention qui auraient une meilleure capacité à analyser le réalisme et la pertinence des messages médiatiques, une meilleure réflexion lors du traitement d'un message médiatique, et plus de facilité à prendre du recul vis-à-vis des messages sur le sexe et la consommation de substances. La seconde hypothèse rassemblait les participants dans le groupe d'intervention qui auraient des croyances normatives plus saines concernant la sexualité (fréquence de l'activité sexuelle, l'acceptation du viol et de violence...), une plus grande facilité à communiquer sur la santé sexuelle, à refuser les rapports et à utiliser les moyens de contraception. La dernière hypothèse constatait la satisfaction des étudiants. Par rapport aux élèves du groupe témoin, les élèves ayant reçu le programme ont vu leur confiance concernant le réalisme et de la pertinence des messages médiatiques diminuer de manière significative. Ils avaient un meilleur esprit critique concernant les messages médiatiques, une amélioration des perceptions des normes sexuelles et une plus grande intention d'agir en tant que témoin d'une agression sexuelle potentielle, de communiquer avant les rapports sexuels et d'utiliser une contraception lors des rapports. Globalement, les participants ont trouvé cette expérience positive.(194)

Basée sur une étude de 2009 (195) qui retrouvait que les messages médiatiques sensibles à la culture et au développement avaient le potentiel de promouvoir la réduction des risques et de réduire les comportements sexuels à risque, une étude s'est intéressée aux effets à long terme des messages médiatiques de prévention du VIH sur les comportements sexuels à risque des adolescents afro-américains. Neufs publicités télévisées différentes et 13 publicités radio ont été diffusées pendant 34 mois aux Etats-Unis. Il s'agissait de messages positifs concernant la sexualité et concernant les fausses idées et les pressions de la société que les jeunes peuvent subir (par exemple qu'il n'était pas « normal » de n'avoir jamais eu de rapport à un certain âge, qu'il fallait avoir un rapport si l'adolescent était avec une personne avec qui il ou elle était bien, que le préservatif c'est gênant...). Les publicités ont été placées sur des chaînes et pendant des heures de programmation populaires parmi les adolescents afro-américains. Dans le cadre de la stratégie de communication aux adolescents, tous les spots radios et télévisés présentaient de la musique hip-hop et des acteurs adolescents afro-américains, tous soulignaient l'importance d'utiliser des préservatifs et comportaient le tag " "Life is what you make it. Be safe. If you are sexually active, there's only one way to protect yourself for sure ... use a condom correctly every time". De plus, tous les participants à l'étude ont fourni des prélèvements au recrutement et au suivi à 6, 12 et 18 mois pour évaluer la présence de trois IST : la gonorrhée, la chlamydia et la trichomonase. Les participants ont effectué des évaluations à l'aide d'auto-entretiens audios assistés par ordinateur au moment du recrutement et à 3, 6, 12 et 18 mois après le recrutement. Les jeunes ont reçu 30 \$ pour avoir terminé l'évaluation initiale avec des augmentations monétaires graduelles pour les évaluations ultérieures. Initialement, un test de dépistage positif pour une IST par le biais d'un dépistage organisé, d'un traitement et de conseils appropriés a entraîné une réduction du nombre de partenaires sexuels et une réduction des rapports sexuels non protégés. Mais après 6 mois, les adolescents séropositifs pour les IST du groupe témoin sont revenus à des niveaux de comportement à risque comparables ou supérieurs à ceux observés au recrutement. Les jeunes qui ont été exposés au programme ont présenté une prise de risque sexuel plus faible au fil du temps. Ainsi, sans autre intervention, les effets positifs du dépistage peuvent s'estomper après une période de 6 mois. Il semble que le succès de ces programmes de dépistage repose sur des stratégies de rappel supplémentaires. Les messages des médias sont une méthode pour réduire les comportements sexuels à risque chez les adolescents à haut risque, car ils peuvent atteindre l'ensemble de la communauté au fil du temps. Les avantages médiatiques dans l'étude se limitaient à réduire les rapports sexuels non protégés, ce qui suggère

que d'autres interventions pourraient être nécessaires pour sensibiliser sur d'autres domaines (les grossesses non désirées, le sens critique des médias...).(196)

Il semble essentiel, lors des actions de prévention sur la santé sexuelle, d'éduquer les jeunes concernant les médias pour éviter qu'ils soient influencés par de faux messages et de se créer des fausses croyances. Les médias peuvent aussi être un bon moyen de prévention, s'ils sont utilisés de façon pertinente et si les messages sont réalisés par des professionnels.

3.8.8 Une action de prévention sous forme de conférence en Australie

En Australie, un modèle de conférence sur la santé sexuelle positive des adolescents est organisé tous les ans sur deux jours. La conférence est gratuite et s'adresse à tous les jeunes de plus de 15 ans ainsi que les enseignants, les parents et tous ceux qui travaillent avec les jeunes. On retrouve des vidéos d'extraits de ces conférences sur le site : <http://www.pash.org.au/>. Il s'agit d'un programme de développement positif des jeunes promouvant les comportements de santé sexuelle des adolescents qui diffèrent des programmes d'éducation sexuelle car il se concentre davantage sur le renforcement du bien-être, des compétences et des relations. De nombreux programmes de développement positifs des jeunes ont montré qu'ils renforçaient la santé sexuelle des adolescents.(197,198) Les programmes jugés efficaces ont des caractéristiques clés comprenant la prestation d'activités dans un environnement positif et favorable, le renforcement du contexte scolaire et familial, l'autonomisation des jeunes et le renforcement des compétences. La conférence comporte des séances plénières mais aussi des jeux de rôles, des séances de groupes de paroles, de partages d'expériences accompagnés de spécialistes et des services de distributions de préservatifs ou d'autotest pour le dépistage d'IST. Ce modèle a été évalué dans une étude qualitative en 2019 sous la forme d'entretiens semi-structurés auprès de 2 enseignants, 2 parents, 2 personnels de conférence, 2 organisateurs, 2 présentateurs et 3 éducateurs pairs (âgés de 16 à 24 ans). Les points positifs retrouvés sont :

- Un environnement d'apprentissage sûr et ouvert notamment grâce à l'engagement des pairs, de professionnels qui étaient à l'aise pour discuter de sexe et de santé sexuelle,
- Une approche positive et holistique du sexe,
- L'autonomisation des jeunes,
- Des conférenciers spécialisés dans divers domaines,
- Une prise de conscience des méfaits potentiels des messages reçus sur le sexe dans les médias,

- L'acquisition de compétence comme les compétences autour du consentement et la capacité à discuter des émotions et des questions liées au sexe avec ses pairs et ses parents,
- L'accès aux nombreux services,
- L'acquisition de nouvelles connaissances.

Concernant les améliorations à apporter, il a été suggéré d'accentuer la promotion, d'améliorer l'aide au transport pour les personnes éloignées du lieu de la conférence, de créer un environnement amusant plus décontractée, en intégrant par exemple un comédien et de demander aux jeunes participants à la conférence de participer à la gestion du forum. (199).

3.8.9 Une semaine dédiée à l'éducation sexuelle en Norvège : « Week six »

Une étude publiée en 2021 a évalué l'expérience des étudiants participants au programme « Week 6 » qui est réalisé en Norvège.

Il s'agit d'un programme réalisé par l'organisation « Sex and Politics » et qui est conçu pour répondre à différents objectifs d'apprentissage sur la sexualité. L'intervention s'appelle « Week 6 » car les écoles organisent généralement le programme en février, la sixième semaine de l'année. Le chiffre six se prononce également de la même manière que le mot "sexe" en norvégien. Le programme est conçu pour être utilisé dans différents groupes d'âge dans l'enseignement primaire et secondaire. Le but est de donner aux jeunes les informations, les connaissances et les compétences nécessaires pour faire des choix et prendre le contrôle de leur propre santé sexuelle. Le programme se compose de divers exercices auxquels les élèves participent activement. Ces exercices incluent la recherche de solutions à différents dilemmes et la prise de position sur diverses revendications. Au cours de « Week 6 », il n'y a aucun cours, et les élèves apprennent la sexualité tout au long de la semaine. Un programme supplémentaire avec un nouveau thème est ajouté chaque année. Par exemple, en 2019, le thème supplémentaire était la sexualité positive. L'organisme Sex and politics fournit des lignes directrices pour l'utilisation de « Week 6 » mais il appartient aux écoles de décider comment elles utilisent le matériel.

La question principale de l'étude était : comment les étudiants vivent-ils leur participation au programme d'éducation à la santé sexuelle « Week 6 » ?

D'après les réponses des participants à l'étude : les étudiants ont aimé pouvoir participer activement et ont trouvé agréable le programme par rapport à l'école ordinaire. Ils ont apprécié

de voir leurs questions prises au sérieux et obtenir des réponses. Cependant, chez les étudiants il y avait un désir récurrent de participer à la conception du contenu de « Week 6 ». L'étude met l'accent aussi sur les insatisfactions des étudiants concernant le manque de temps pour discuter pendant les exercices et de ne pas toujours avoir le temps de poser leurs questions. De plus, les élèves ont estimé que l'accent était principalement mis sur les aspects négatifs et que les aspects positifs étaient négligés, tels que le plaisir et la jouissance. Les élèves voulaient en savoir plus sur la santé sexuelle d'un point de vue positif. Ainsi, ils souhaitaient une éducation à la santé sexuelle d'actualité, parler de ce qu'est le sexe et de ce qu'ils ressentaient. (200)

3.8.10 L'éducation à la santé sexuelle par l'art

Au Canada, un programme de prévention du VIH et des IST a été élaboré par et pour les jeunes Canadiens du Nord et indigènes du nord-ouest afin de favoriser une expression et une communication plus ouvertes concernant la sexualité et la santé sexuelle. Il s'agit du programme FOXY : « Fostering Open eXpression among Youth »

C'est un programme basé sur les arts, par le biais de l'éducation par les pairs, qui utilise par exemple le théâtre, la photographie, la musique et la danse pour aider les adolescentes à exprimer leurs connaissances, leurs opinions et leurs questions sur la santé sexuelle et l'amour. Les participants ont la possibilité de mettre en scène différents scénarios et de discuter des avantages de différentes réactions en fonction des situations. Ils peuvent poser des questions anonymes dans une atmosphère sûre et sans jugement, et obtenir des informations pertinentes. Les activités d'introspection permettent aux participants d'examiner leurs propres personnalités, motivations et forces.

L'intervention comprend sept ateliers d'une à deux heures chacun, qui se déroulent sur un ou deux jours. Les ateliers sont dirigés par des animateurs formés et des pairs leaders ayant une expertise en santé sexuelle et en éducation basée sur les arts. Il y a 8 à 15 participants par atelier.

Plus d'informations sur le programme sont disponibles en ligne sur le site : www.arcticfoxy.com.

Une étude pilote de 2016 a évalué le programme auprès de jeunes femmes canadiennes âgées de 13 à 17 ans de 17 communautés des Territoires du Nord-Ouest. L'hypothèse principale était que l'intervention permettrait d'améliorer les connaissances concernant les IST. Les hypothèses secondaires étaient que l'intervention permettrait une auto-efficacité concernant les rapports sexuels protégés et une amélioration de leur capacité à faire face à des situations compliquées. L'évaluation a été réalisée à l'aide de pré et post test. Il y a eu un taux élevé d'achèvement de

l'études (90 %), ce qui suggère l'acceptabilité du programme chez les jeunes femmes participantes. Les résultats suggèrent que FOXY est prometteur en tant que méthode efficace pour fournir des informations sur la santé sexuelle et accroître les connaissances sur les IST et l'auto-efficacité en matière de rapports sexuels protégés. De plus, l'étude suggère l'importance des pairs éducateurs pour fournir un environnement encourageant les adolescents à partager des informations potentiellement sensibles sur leur sexualité et leurs pratiques sexuelles. (201)

3.8.11 Education à la santé sexuelle inclusive LGBTI+

Une revue systématique de 2021 a évalué et synthétisé de manière critique l'éducation inclusive à la santé sexuelle LGBTI+ (lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre, intersexuée). La majorité des études ont noté que les jeunes LGBTI+ se tournent essentiellement vers des sources d'information en ligne. Les jeunes LGBTI+ s'informent sur Internet en raison de la valeur qu'ils accordent à leur anonymat. Cela a été décrit comme étant d'une importance significative pour les jeunes qui déclarent ne pas chercher de réponses dans des groupes de peur d'être jugé. L'éducation à la santé sexuelle sur Internet fournit des résultats de santé sexuelle accessibles et équitables pour les jeunes LGBTI+, et les études ont souligné les avantages de l'éducation en ligne comme moyen d'accéder aux populations difficiles à atteindre et/ou négligées. Un autre avantage d'une plateforme en ligne était la possibilité d'interagir avec les jeunes en temps réel. Lorsqu'une intervention basée sur un chat était proposée, cela permettait de fournir des messages personnalisés pour répondre aux besoins spécifiques des jeunes. Certains inconvénients ont également été notés, tels que l'ambiguïté pour les jeunes LGBTI+ sur la meilleure source d'informations précises en ligne. Les programmes actuels d'éducation à la santé sexuelle fonctionnent principalement dans une perspective hétérosexuelle, créant un sentiment d'exclusion pour les jeunes LGBTI+. Cette situation est aggravée par un manque de formation ou de fourniture de programmes inclusifs, ce qui fait que les animateurs se sentent mal équipés ou inhibés par leurs préjugés personnels. Il est nécessaire de rendre les programmes inclusifs aux LGBTI+. Les approches en ligne devraient être envisagées à l'avenir, car elles représentent l'égalité d'accès pour les professionnels de l'éducation en santé sexuelle et les jeunes LGBTI+. (202)

A notre époque, où la question de genre est de plus en plus présente et la pensée hétéronormative de plus en plus critiquée, il est indispensable, lors des actions de prévention d'intégrer des éléments concernant le genre et les LGBTI+.

3.8.12 Evaluation de programme avec des pairs

Pour une intégration satisfaisante, les pairs devraient jouer un rôle essentiel dans la vie des adolescents en servant de soutien les uns pour les autres, en tant que modèles de comportements et en tant que sources d'informations fiables. Les jeunes seraient plus susceptibles de changer leurs attitudes et leurs comportements, s'ils pensent que le messenger leur ressemble et fait face aux mêmes préoccupations. L'éducation par les pairs s'appuie sur la crédibilité que les jeunes ont auprès de leurs pairs plus jeunes et tire parti du pouvoir de l'imitation.

Une étude qualitative auprès de lycéens en Caroline du Nord a évalué un programme : le Teen PEP : « Teen Prevention Education Program ». Il a été développé dans le New Jersey par le centre pour les écoles de soutien et le Centre de santé et d'éducation des adolescents, en collaboration avec le ministère de la Santé du New Jersey, et a été mis en œuvre dans 50 écoles. Le programme est disponible en ligne : www.teenpep.org. Il utilise l'éducation par les pairs pour accroître les connaissances, les attitudes, les compétences et les comportements des élèves. L'objectif de l'étude était de comprendre comment le programme avait été mis en place et comment il avait été vécu par les participants. Le programme a été adapté et reproduit avec succès en Caroline du Nord. Le principal aménagement effectué a consisté à mettre en œuvre l'ensemble du programme dans la moitié d'une année scolaire plutôt que sur toute l'année scolaire. Les participants ont apprécié l'expérience, notant que l'information sur la santé sexuelle qu'ils ont reçue était à la fois nouvelle et importante pour leur vie. Ils estimaient que de l'enseignement par leurs pairs permettait une meilleure compréhension et un meilleur apprentissage que dans un cours de santé sexuelle traditionnel. La majorité des participants ont déclaré que le programme les avait aidés concernant le bien-être social et la santé sexuelle.(203)

Une étude a évalué l'impact de ce programme sur les éducateurs pairs dans 5 écoles du New Jersey en 2007. Après candidatures, les éducateurs pairs sélectionnés ont été inscrits à Teen PEP et ont participé à un stage initial de 3 jours. Il était axé sur la constitution d'équipes, le développement de groupe, la communication, l'écoute, et la santé sexuelle. Les pairs éducateurs ont ensuite commencé leur formation en classe. Il s'agissait de cours permettant d'améliorer les connaissances concernant la sexualité mais aussi le travail d'équipe, les compétences de présentation et d'animation, la puberté, le report de l'engagement sexuel, les méthodes de contraception, la prévention des IST, la violence et la prévention du viol, la prévention du harcèlement sexuel, l'impact de l'alcool et d'autres drogues sur la prise de décision sexuelle et la

réduction de l'homophobie. Dans quatre écoles, Teen PEP a été mis en œuvre sous la forme d'une classe quotidienne qui se réunissait pendant environ 45 minutes chaque jour d'école. Dans la cinquième école, les pairs éducateurs se réunissaient quotidiennement pendant environ 80 minutes chaque jour. Dans les analyses, les éducateurs pairs Teen PEP (par rapport aux étudiants du groupe contrôle) ont signalé des opportunités significativement plus grandes de pratiquer des compétences de réduction des risques sexuels, une facilité à en parler avec l'entourage, de fixer des limites avec les partenaires sexuels, et de demander à un partenaire de se faire tester pour les IST. Ils avaient de plus des scores significativement plus élevés dans le groupe pair éducateur concernant la connaissance des problèmes de santé sexuelle et la capacité de refuser les situations sexuelles à risque. Ces résultats suggèrent que les éducateurs Teen PEP ont développé la confiance nécessaire pour éviter les comportements sexuels à haut risque. (204)

Une étude écossaise a évalué la faisabilité d'une nouvelle intervention : « Sexually Transmitted infections And Sexual Health » (STASH) dans laquelle des adolescents, âgés de 14 à 16 ans, considérés comme influents par leurs pairs après questionnaire, ont été recrutés et formés en qualité de « Peer Supporters ». L'intervention est adaptée d'une intervention anti-tabac qui a prouvé son efficacité dirigée par des pairs : A Stop Smoking In Schools Trial (ASSIST). Dans l'étude STASH, sur une période de 5 à 10 semaines, les adolescents recrutés ont été formés, puis ont diffusé des messages positifs sur la santé sexuelle à des amis de leur groupe d'âge, en personne et via les médias sociaux, et ont été soutenus pour le faire via des réunions hebdomadaires animées par des formateurs. Presque tous les critères de progression de l'étude ont été facilement remplis, à l'exception du premier (recruter 60% des personnes désignées comme "influentes" par leurs pairs dans au moins 4 écoles) :

- Acceptabilité du rôle/faisabilité : était-il possible de recruter des peer supporters ?
- Le peer supporter a-t-il pu remplir le rôle ?
- L'intervention était-elle acceptable pour le peer supporter ?
- L'intervention était-elle acceptable pour le groupe cible plus large ?
- L'intervention était-elle acceptable pour les écoles participantes ?
- L'intervention était-elle acceptable pour les parents ?
- Les méthodes d'évaluation étaient-elles acceptables et réalisables ?

Seul l'objectif 1 n'a pas été atteint, mais d'après le comité directeur de l'essai, cela n'a pas empêché le bon fonctionnement de l'intervention.

L'intervention STASH a proposé une approche innovante de l'éducation à la santé sexuelle et utilisé des mécanismes d'influence sociale pour propager le changement de normes et d'attitudes. Ce type d'intervention semble largement faisable et acceptable dans les écoles secondaires écossaises.(205)

L'idée d'intégrer les pairs éducateurs dans un programme vient de l'hypothèse que les jeunes seraient plus en confiance pour partager des informations potentiellement sensibles sur leur sexualité et leurs pratiques sexuelles. Les programmes d'éducation par les pairs peuvent modifier les connaissances, les attitudes et les comportements en matière de santé sexuelle. Ils forment les étudiants à diffuser des informations précises, à promouvoir des comportements responsables et à fournir à leurs pairs les compétences et la motivation nécessaires pour adopter un comportement sexuel sain. Les études montrent que cela est efficace pour les pairs éducateurs mais il faudrait plus d'investigation pour évaluer leur pertinence pour les participants non pairs éducateurs.

3.8.13 L'inclusion des parents dans les interventions

L'implication des parents dans les efforts de prévention ciblant les adolescents pourrait augmenter l'impact de ces programmes. Cependant, la majorité des programmes mis en œuvre dans les écoles n'incluent pas les parents, en partie parce que la plupart des interventions parentales existantes nécessitent un engagement important en temps de la part des parents.

Une étude a analysé l'impact d'un programme de prévention du VIH avec et sans composante parentale chez des adolescents vivant dans les Caraïbes. Il s'agissait d'un essai contrôlé randomisé impliquant 2564 jeunes bahamiens de 6^{ème} et 10^{ème} année. L'intervention a été associée à celles déjà réalisées habituellement : 10 séances intitulées « Focus on Youth in The Caribbean » pour les sixièmes années et « Bahamian Focus on Older Youth » utilisées parmi les élèves de 10^e année. Deux types d'interventions parentales ont été utilisés (dérivées des interventions américaines) La première intervention intitulée : CImPACT pour « Caribbean Informed Parents and Children Together » comprend une vidéo de 22 minutes qui illustre des conversations parents-enfants sur le sexe et fournit des informations sur la transmission et la prévention du VIH, y compris une démonstration de l'utilisation du préservatif. La visualisation est suivie d'une discussion entre le parent et le jeune puis ils apprennent ensemble l'utilisation correcte des préservatifs. La deuxième intervention : GFI pour « Goal for It » utilise également une vidéo de 22 minutes livrée aux parents, mais plutôt axée sur les plans de carrières. L'étude

retrouve qu'une intervention de communication parent-adolescent associée à une intervention classique sur les risques sexuels augmentait les connaissances sur le VIH, les compétences d'utilisation du préservatif ainsi que sur son utilisation régulière.(206)

Une étude a évalué l'acceptabilité et la faisabilité de l'utilisation des technologies pour impliquer les parents dans l'éducation à la santé sexuelle de 2018 à 2019. L'outil utilisé est le programme « If i were Jack » décrit dans un paragraphe précédent (cf : « les interventions à l'aide de vidéo en ligne) et est associé à du matériel pour les enseignants contenant des plans de cours détaillés avec des activités spécifiques en classe et des devoirs ainsi qu'à une session de formation de 90 minutes. Un élément de la théorie du changement du programme consiste à améliorer la communication sur la santé sexuelle entre les parents et les adolescents. Ceci est intégré de deux manières. Premièrement, un devoir facultatif invite les élèves à interroger leurs parents à la maison, au sujet de leurs réflexions sur la situation de Jack et Emma, après avoir regardé un extrait du film. Deuxièmement, il comprend une éducation et des conseils pour les parents sous la forme de deux courts métrages d'animation et d'une fiche d'information pour les informer des devoirs, sur l'importance de communiquer avec leur enfant au sujet de la grossesse chez les adolescentes et de la santé sexuelle, ainsi que des conseils pour faciliter cette communication. Au total, 109 adolescents, enseignants, parents et formateurs en santé sexuelle ont participé à des entretiens semi-structurés et à des groupes de discussion, 134 parents ont simplement répondu à une enquête en ligne et 3 179 adolescents ont rempli un questionnaire sur l'engagement et la satisfaction du programme. L'expérience des parents qui ont accédé au matériel a été positive, 87 % les ont évalués comme « bons ou excellents » et 67 % ont déclaré que ça les avait aidés à avoir une conversation avec leur enfant concernant la sexualité. L'analyse Web a révélé que 27 % des parents contactés ont accédé au matériel numérique, et seulement 9 % ont visionné les films d'animation. Cependant seuls 38 % des enseignants ont mis en œuvre l'exercice de devoirs, principalement parce qu'ils supposaient que les élèves ne le termineraient pas ou que cela pourrait entraîner une réaction négative des parents. Bien que le matériel parental numérique soit prometteur pour impliquer les parents dans l'éducation à la santé sexuelle, l'étude suggère d'accroître la confiance de l'école et des enseignants envers les parents pour communiquer sur des sujets sensibles.(207)

Une étude a évalué l'efficacité du programme : « *Teach one Reach one* » sur la communication parent/enfant concernant la sexualité en Caroline du Nord en 2016. Le programme consistait à faire intervenir les parents. Le recrutement s'est fait chez les jeunes de 10 à 14 ans et leur parent.

Le programme est fondé principalement sur une approche participative et guidée par les thèmes des interventions. Il comprenait deux éléments principaux : un programme d'études pour les jeunes sur l'utilisation du préservatif, les relations amoureuses saines et l'abstinence et un programme pour les adultes sur la surveillance parentale et la communication sur la santé sexuelle et les fréquentations saines. Il a été mis en œuvre en douze séances hebdomadaires d'une heure et demie comprenant une séance d'accueil et de synthèse et une cérémonie de remise des diplômes à la fin. Les sessions mettaient l'accent sur l'apprentissage actif en utilisant une variété de stratégies (par exemple, jeux, discussions en petits et grands groupes, pratique des compétences). Le programme pour adultes était axé sur la surveillance parentale et la communication sur le sexe et les fréquentations saines. Chaque session a été structurée pour cibler des déterminants comportementaux spécifiques et comprenait : les connaissances, les attitudes, les compétences, les attentes en matière de résultats, le soutien social / les réseaux sociaux et les normes perçues pour les jeunes et les parents sur l'abstinence, l'utilisation du préservatif et les fréquentations saines. Les séances avaient lieu le samedi matin. Les adultes et les jeunes ont assisté aux séances séparément pendant la première heure, puis ensemble pendant la dernière demi-heure. Au cours de la session conjointe, les adultes et les jeunes ont eu l'occasion de parler de ce qu'ils ont appris et de mettre en pratique de nouvelles compétences. Les participants ont reçu un déjeuner, 10 \$ pour leur participation à chaque séance et 30 \$ après avoir terminé chaque session de collecte de données. L'étude trouve que le groupe d'intervention a obtenu une amélioration statistiquement significative concernant la communication parent/adolescent sur la sexualité ; l'utilisation du préservatif, l'abstinence et les comportements sexuels sains. La recherche a montré que les parents, les tuteurs et les soignants sont essentiels pour accompagner les jeunes concernant leur sexualité, cependant, de nombreux parents bien intentionnés ne parviennent pas à communiquer efficacement avec leur jeune au sujet de la sexualité en raison de perceptions liées à leur propre inconfort, à de faibles connaissances et à des compétences de communication inadéquates. Par conséquent, des interventions comme celle-ci qui visent à améliorer la communication des parents sur des sujets sexuels et leur confiance en eux-mêmes liée à la communication ont le potentiel de réduire les comportements sexuels à risque chez les jeunes. (208)

Un programme Web interactif, Media Aware Parent (créé à partir du site Media aware) a été créé pour les parents pour fournir des compétences et des ressources afin d'améliorer la communication avec leurs adolescents au sujet de la santé sexuelle et des médias. Il est

disponible en ligne sur le site : <https://mediaawareparent.com/>. La section principale du programme auto-rythmé et auto-dirigé consiste en une introduction/tutoriel et cinq modules interactifs : « Teen Influences », « Media Makers », « Healthy Relationships », « Sexual Health » et « Continuing the Conversation ». Chacun des cinq modules se compose d'une courte vidéo d'introduction, de deux leçons interactives (par exemple, des questions ouvertes, des jeux...) et d'un PDF comprenant les instructions pour les activités que les parents peuvent faire avec leur enfant en dehors du programme (par exemple, des instructions sur la façon d'utiliser les chansons diffusées à la radio comme moyen d'entamer une conversation avec leur enfant sur les relations amoureuses saines et malsaines). Une étude publiée en 2019 et réalisée aux Etats-Unis a évalué dans un essai randomisé les effets à court terme de Media Aware Parent sur la communication parent-adolescent. Les résultats concernaient la santé sexuelle des adolescents et les médias sur une période d'un mois. L'analyse a été réalisée grâce aux pré- et post-test remplis par les parents et les adolescents. D'après les témoignages des parents et des jeunes, l'intervention aurait permis d'améliorer la qualité de la communication parent-adolescent. Les jeunes ont fait état :

- D'une plus grande confiance par rapport aux rencontres,
- D'une plus grande facilité à communiquer concernant des sujets de santé sexuelle,
- D'une plus grande facilité à utiliser les moyens de contraception et de protection, s'ils décident d'avoir une activité sexuelle.

L'intervention a amélioré les compétences concernant l'accès, l'analyse et la compréhension des médias chez les parents et les jeunes, et a permis aux jeunes d'être plus adaptables face aux règles concernant les médias mises en place par les familles. Les parents ont donné des commentaires très positifs sur le site Web et le programme.(209)

Souvent indiqués comme principale source d'information des adolescents sur la prise de décision en matière de contraception, les parents peuvent jouer un rôle important dans l'éducation à la santé sexuelle, en transmettant des informations et en communiquant de façon ouverte et respectueuse sur le sexe. Ils peuvent exercer une influence sur les attitudes, les valeurs et les croyances des adolescents en matière de santé sexuelle. Les impliquer à l'aide de la technologie et de programme semble être une bonne alternative : participer à l'éducation sexuelle de l'enfant sans être trop intrusif : cela permet d'aider les parents comme les adolescents à mieux communiquer si besoin.

3.8.14 La promotion de l'abstinence

Selon la culture et l'éducation, l'abstinence peut être un choix pour les adolescents, en particulier si un adolescent n'est pas prêt à avoir des relations sexuelles. Cependant, les programmes promouvant exclusivement l'abstinence jusqu'au mariage sont problématiques d'un point de vue scientifique et éthique. La plupart des jeunes commencent à avoir des rapports sexuels à l'adolescence ou à l'âge adulte, et compte tenu de l'augmentation de l'âge au premier mariage dans le monde, de moins en moins d'adolescents attendent le mariage pour commencer à avoir des rapports sexuels. Bien que théoriquement entièrement protectrices, les intentions d'abstinence échouent souvent, car l'abstinence n'est pas maintenue.

Une étude réalisée aux Etats-Unis analyse l'évolution du rôle de l'abstinence jusqu'au mariage dans le financement et la politique de prévention contre le VIH dans le cadre du « President's Emergency Plan for AIDS Relief » (PEPFAR) et les vestiges restants de cette méthode. Les programmes d'abstinence jusqu'au mariage ont démontré une efficacité limitée pour modifier les comportements accompagnés d'informations médicalement inexactes.(210) Les efforts de prévention du PEPFAR après 2008 se sont déplacés vers une programmation basée sur la science, mais il reste des vestiges de promotion de l'abstinence jusqu'au mariage. Le financement de l'abstinence et de la fidélité représentait en 2005 30.9% puis a culminé en 2008 à 311 millions de dollars ce qui représentait 34.5% pour diminuer et n'être plus qu'à 16,1 % en 2011 (165,5 millions de dollars). (211)

Une étude de 2011 sur des données de 2005, également réalisée aux Etats-Unis, analyse l'inefficacité des programmes sur l'abstinence. Après avoir pris en compte plusieurs facteurs comme le niveau social et économique, il a été montré que l'incidence des grossesses et des naissances chez les adolescentes reste positivement corrélée avec le degré d'éducation à l'abstinence dans tous les États : plus l'abstinence était fortement soulignée dans les lois et les politiques des États, plus la moyenne des grossesses et des naissances chez les adolescentes était élevée. En 2005, les États de niveau 0 (abstinence non mentionnée) avaient un taux moyen de grossesse chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 14 à 19 ans de 58,78, les États de niveau 1 (abstinence couverte) étaient en moyenne de 56,36, les États de niveau 2 (abstinence soulignée) étaient en moyenne de 61,86 et les États de niveau 3 (abstinence recommandé) étaient en moyenne de 73,24. (212)

Une étude évalue l'efficacité de l'intervention « To Help Young People Establish Abstinence Club », une intervention conçue pour promouvoir l'activité sexuelle retardée. Elle a été effectuée chez les jeunes Afro-Américains âgés de 12 à 18 ans à Atlanta, en Géorgie en 2008. L'intervention comprenait 20 heures de programme et d'enseignement par les arts (par exemple du Hip hop, la peinture ...). C'était une étude qualitative, les participants ont répondu à des pré- et post-enquêtes, il s'agissait de phrases et ils devaient répondre s'ils étaient d'accord, pas sûr ou pas d'accord. L'étude retrouve une augmentation significative du nombre de jeunes qui envisageaient de s'abstenir, plus de jeunes étaient d'accord pour dire que les pulsions sexuelles pouvaient être contrôlées ($p = 0,0025$), une augmentation significative de l'accord avec : "Y a-t-il un problème avec les adolescents non mariés ayant des rapports sexuels si aucune grossesse n'en résulte?" ($p = 0,0001$) et « Dans quelle mesure êtes-vous sûr de pouvoir vous abstenir d'avoir des relations sexuelles ? » ($p = 0,0464$). On ne retrouve pas d'autre changement significatif en post test. A noter que les questions comme « Y a-t-il un problème avec les adolescents non mariés ayant des rapports sexuels si aucune grossesse n'en résulte ? » sont jugeantes et ne doivent certainement plus être utilisées lors d'action de prévention concernant la sexualité.(213)

En 2017, la Société américaine pour la santé et la médecine des adolescents a conclu que Les programmes d'abstinence avant le mariage communiquent des informations erronées en exagérant ou en déformant les risques de la contraception et n'exigent pas l'utilisation d'informations scientifiquement exactes. Les conseils sont généralement fournis aux adolescents déjà sexuellement actifs et aux jeunes LGBTQ, ignorant leurs besoins pressants d'informations précises pour protéger leur santé. En conclusion, ces programmes compromettent les objectifs de santé publique et la transition en toute sécurité des jeunes vers des adultes sexuellement sains. (214)

3.8.15 Les jeux éducatifs

Au Canada un jeu « *ITS : Stopper la transmission* » a été évalué par deux médecins, associés à une équipe de recherche. Ce jeu permet aux joueurs d'apprendre ou d'approfondir ses connaissances concernant les risques de contracter une infection sexuellement transmissible et les solutions pour s'en prémunir. Soixante-dix-neuf questions ont été intégrées dans le jeu : 60 qui permettent de tester les connaissances sous la forme de questions fermées, et 19 activités. Douze activités sont des scénarios d'une situation donnée, par exemple : « *Que réponds-tu à la personne qui te dis : c'est à la mode de prendre des risques, à bas le condom ?* » et 7 activités d'apprentissage consistent pour un élève à observer un exemple qu'il doit imiter pour acquérir le comportement

désiré, par exemple, une carte montre le verso d'un emballage de condom et le joueur est invité à dire si la date de péremption est dépassée ou non. Ce modèle explique au participant en termes concrets ce qu'il doit faire exactement, c'est-à-dire quels sont les comportements attendus de lui et comment les développer.

Dans un premier temps l'étude consistait à faire valider le jeu par des experts afin de s'assurer de la justesse du contenu, de l'adéquation du jeu au public cible, de l'aspect visuel et du degré de difficulté des activités. Il a donc été évalué auprès de 10 experts qui ont été interrogés sur leur lieu de travail pendant environ 90 minutes. La conclusion était la suivante : les informations véhiculées dans les activités sur les infections transmissibles sexuellement sont exactes du point de vue scientifique, cependant ils ont noté qu'il manquait la notion de plaisir et que le public cible était trop large. Il serait plus adapté à un public plus âgé : après 18 ans. De plus, ils ont observé que les activités n'offraient pas assez de contenu dynamique et multimédia. Parmi les 79 activités proposées dans le jeu, seulement 15 n'ont pas fait l'objet de remarques quant à leur pertinence ou à leur formulation. Une nouvelle version du jeu a été élaborée après que les corrections suggérées par les experts aient été prises en compte.

L'étude a ensuite évalué l'efficacité du jeu auprès de 173 jeunes de 13 à 14 ans. Elle s'est déroulée de novembre 2007 à février 2008, deux séances de 60 minutes ont été consacrées au jeu. L'évaluation a été effectuée grâce à des questionnaires pré et post test. Grâce au jeu éducatif en ligne, une certaine modification des attitudes a été objectivée : les jeunes se sont sentis plus libres de parler de leur sexualité et des infections sexuellement transmissibles. Cela a permis d'accroître le sentiment de vulnérabilité des étudiants en regard de la possibilité de contracter une IST, et a permis aux participants d'être moins naïfs et plus sincères.

L'étude suggère quelques recommandations comme

- Expérimenter de nouveau le jeu sur une période plus longue, c'est-à-dire sur plus de deux périodes de classe, afin de vérifier si la répétition de ces activités affectera d'une façon plus importante le changement d'attitudes.
- Réaliser l'expérimentation auprès de jeunes plus âgés et comparer les résultats entre les deux cohortes en fonction de l'âge.
- Développer d'autres mesures d'attitudes afin de comparer les résultats. (215)

L'intégration des jeux à une action de prévention est indispensable pour faire participer les jeunes afin que l'action de prévention soit ludique. Pour que l'activité fonctionne, il est nécessaire

de bien prendre connaissance du jeu avant pour savoir en quoi il consiste et comment il peut être adapter à la population et au lieu.

3.8.16 Les entretiens en cabinet avec un professionnel de santé

Les professionnels de santé peuvent être les premiers sollicités pour un avis concernant la santé sexuelle. Il est indispensable qu'ils aient une bonne communication, positive et holistique avec les jeunes. Les conseils suivants peuvent être utiles :

La revue médicale suisse propose un article, rédigé par trois gynécologues de CHU, qui présente une façon d'aborder la sexualité avec l'adolescent lors d'une consultation. Les auteurs proposent d'utiliser le moyen mnémotechnique suivant : HEADSSS pour Home, Education, Activities, Drugs, Security, Sexual Activity, Suicide, qui permet d'explorer toute la sphère psychosociale de l'adolescente. Le sujet de la confidentialité doit être abordée au début de la consultation et si un adulte l'accompagne, l'adolescente doit pouvoir bénéficier d'un temps d'entretien seule. La technique de *Quick Start* doit être proposée systématiquement afin d'assurer une contraception immédiate et ainsi réduire les risques d'oublis et d'erreurs. Pour finir, il est nécessaire d'informer sur les IST et de proposer les possibilités thérapeutiques en cas de dépistage positif et de rappeler que l'utilisation systématique du préservatif est le seul moyen optimal de prévention. (216)

Une étude basée sur une recherche de doctorat portant sur les différentes formes de violences auxquelles les patientes sont confrontées peut faire réfléchir sur la façon de communiquer concernant la pilule afin d'éviter toute forme de jugement ou de culpabilisation. Des exemples de phrase sont données qui peuvent être dites et l'impact que cela peut avoir sur la patiente. Par exemple la phrase : « *La contraception donne faim mais ne fait pas grossir. Ce n'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo* » est associée à la forme de violence suivante : « Négation des souffrances et culpabilisation : condamnation du manque de contrôle de soi ». Une meilleure formulation et l'absence de jugement permettraient une meilleure observance et un meilleur vécu par les femmes de l'entretien avec le professionnel de santé et donc d'améliorer la relation médecin-patient.(217)

Au niveau individuel une étude a proposé de mettre en place une information sur Chlamydiae, le don d'outils et de kits d'auto-prélèvements auprès des médecins généralistes afin d'améliorer la prise en charge de cette maladie sexuellement transmissible. L'analyse du protocole a été réalisée dans les Alpes-Maritimes, en France en 2016. Des kits d'autotests ont été fournis à 105 médecins généralistes randomisés pour inclure 10 patients sur une période de 6 mois suivis d'une

analyse quantitative (dépistages prescrits / dépistages remboursés parmi les médecins visités et tous les médecins généralistes des Alpes-Maritimes par rapport aux précédentes années) et une évaluation qualitative (entretiens post-interventionnels avec médecins généralistes et formateurs). Il a été retrouvé dans cette étude, une bonne participation des adolescents et des médecins. Une augmentation conséquente et statistiquement significative du nombre de dépistage a été constatée entre 2013 et 2014 au sein du groupe de MG participants : 57 pour 5981 consultations en 2014 versus 33 pour 5697 consultations en 2013, (soit +73 % ; $p = 0,02$). (218)

A l'adolescence, la santé sexuelle est un sujet sensible mais fondamental. Les médecins sont souvent les premiers professionnels de santé à l'aborder si une relation de confiance est établie. Le rappel du cadre de confidentialité et de l'absence d'examen physique systématique permettra de rassurer dès le début de la consultation et de mettre à l'aise les jeunes. Il est essentiel d'avoir une attitude d'écoute active et de non-jugement. La proposition d'auto-test peut favoriser le dépistage et donc permettre une meilleure prise en charge.

3.8.17 Entretiens avec des participants à une intervention en santé sexuelle

Il est important de savoir ce que pensent les jeunes des actions de santé sexuelle et ce qu'ils en attendent. Le point de vue de ceux qui forment est tout aussi important pour connaître les obstacles qui empêchent une bonne formation.

Une étude réalisée en 2014 aux Etats-Unis a étudié, à l'aide d'entretiens semi-structurés, l'analyse les facteurs pertinents qui pourraient aider à améliorer les interventions en fonction des besoins des adolescentes. Ainsi, 26 jeunes filles âgées de 15 à 19 ans ont été interrogées 12 mois après avoir participé à un essai contrôlé randomisé, évaluant un programme qui s'appelle « HIPTeens ». A noter que chaque participante a été payée 10 \$. Plusieurs facteurs ont été identifiés comme important pour réaliser une intervention de santé sexuelle de bonne qualité : les raisons et l'envie de participer, les stratégies pour maintenir les changements de comportement, l'interaction entre les participants ainsi qu'avec les formateurs, la communication avec les parents, les amis et la famille, et diffuser les informations aux hommes. (219)

Une étude a interrogé les participants à des interventions de santé sexuelle :

Les jeunes et les professionnels s'accordent à dire que les programmes de santé sexuelle devraient adopter une approche « compétences pour la vie », ne pas se concentrer sur l'abstinence et inclure une discussion sur les risques.

Les jeunes préconisent une approche sexuellement positive mais rapportent que cela fait défaut à l'heure actuelle.

Les professionnels pensent que les enseignants ont un rôle clé à jouer dans la prestation du programme de santé sexuelle, mais de nombreux jeunes ne souhaitent pas que leurs propres enseignants dispensent la santé sexuelle. De plus, il a été constaté que les messages clés peuvent se perdre ou devenir plus négatifs lorsqu'ils sont interprétés par les enseignants.

Les jeunes ont souligné le besoin d'acceptabilité tandis que les professionnels ont souligné l'importance de la durabilité.(220)

Les jeunes souhaitent des actions de prévention positives, une meilleure communication et préfèrent que ce ne soient pas les enseignants qui leur enseignent la santé sexuelle. Du côté des formateurs, ils sont d'accord sur le fait que les séances doivent être complètes et aborder tous aspects de la santé sexuelle et conseillent que cela se fasse de façon durable.

3.8.18 L'éducation à la sexualité, la psychologie et les inégalités

Dans un document de 2013, l'égalité des sexes en matière de contraception / de désirs / de plaisir est abordée ainsi que la façon dont est présentée l'éducation sexuelle qui joue un rôle important sur la pertinence de l'action de prévention. Une minorité importante, marquée par le féminisme (par exemple, des militantes du Planning familial), donne de l'importance au combat pour l'égalité entre les sexes, malgré le silence des programmes. Très rares, selon elle, sont les intervenants qui s'intéressent aux inégalités entre les groupes sociaux dans la prévention des risques sexuels. (221)

Dans un article publié en 2020, un comité d'experts propose des recommandations fondées sur des données probantes pour diminuer les inégalités dans les programmes sur la santé sexuelle aux Etats-Unis. De 1998 à 2009, le financement fédéral de l'éducation sexuelle s'est concentré presque exclusivement sur des programmes d'abstinence uniquement jusqu'au mariage. Depuis 2010, pour être admissible aux financements, les entités publiques et privées doivent choisir parmi une liste de 35 programmes qui ont été désignés comme des interventions « fondées sur des preuves » (retrouvés dans le paragraphe précédent : 3.8.1.2 *Etats-Unis*). Cependant

d'importants éléments ne sont pas traités comme la recherche sur les jeunes lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queer et en questionnement (LGBTQ) ; le genre ; et les inégalités économiques. Le comité recommande donc que l'éducation à la santé sexuelle inclue un plus large éventail de points de vue et de populations en ne stigmatisant aucun groupe. Ils recommandent ainsi d'éviter les approches hétéronormatives et de renforcer la capacité des jeunes à remettre en question les stéréotypes préjudiciables. Une éducation sexuelle complète devrait reconnaître les facteurs personnels, interpersonnels, sociaux, économiques et culturels qui façonnent les motivations et les comportements sexuels des adolescents. Un objectif fondamental doit être l'élimination des disparités économiques, de genre dans la santé sexuelle et reproductive des adolescents par le biais de lois, de réglementations et d'exigences de financement.(222)

3.8.19 Les ressources à destination des professionnels de santé et animateurs sur la vie affective et sexuelle

Pour animer des séances sur la santé sexuelle auprès des jeunes, il est indispensable que les animateurs aient des ressources, connaissent les erreurs à éviter, soient à jour concernant les recommandations et proposent des activités pertinentes. Il faut être à l'aise avec les adolescents et sur le sujet de la sexualité en général. Voici quelques outils et conseils qui peuvent aider à réaliser une intervention de santé sexuelle chez des jeunes afin qu'elle soit efficace.

3.8.19.1 Les guides et conseils à destination des animateurs de programme sur la vie affective et sexuelle

Un outil a été réalisé par la fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) des Etats-Unis : « Youth Messaging Checklist. Dos and Don'ts in Information, Education and Communication ». Il permet d'améliorer la conception d'une intervention sur la santé sexuelle.

Le guide comporte quatre sections :

- Messages et langage (catégorisés par sujet),
- Images,
- Conception,
- Éléments généraux à faire et à ne pas faire.

Dans la première partie, il s'agit d'aide à la communication concernant la santé sexuelle avec les jeunes. Des exemples de phrases à éviter et comment les reformuler. Par exemple comme message à utiliser : « Toutes les jeunes femmes ont le droit de prendre des décisions concernant leur corps et décider, quand et comment avoir un enfant » et message à ne pas utiliser : l'utilisation d'un langage moralisateur comme « l'avortement est un péché ». Il est aussi expliqué pourquoi il faut éviter certains mots. Dans la partie « Image », ils conseillent par exemple, « d'utiliser des couleurs accrocheuses et attrayantes pour les jeunes, en gardant à l'esprit que les combinaisons de couleurs attrayantes ne doivent pas nécessairement être trop vives » et « évitez les messages ou les images subliminaux susceptibles de promouvoir les stéréotypes, l'inégalité, la stigmatisation ou la discrimination. Par exemple, n'utilisez pas d'images où les femmes et les enfants sont toujours assis, tandis que les hommes sont debout ». Concernant la conception, on retrouve des conseils sur le format, les polices, les couleurs et la mise en page à utiliser dans les documents par exemple. La dernière partie regroupe des conseils généraux à garder à l'esprit lors de l'élaboration de matériel d'information, d'éducation et de communication pour les jeunes comme « d'utiliser des messages clairs et concis qui reflètent également la complexité des problèmes. ». Cet outil est très intéressant pour les personnes qui souhaitent réaliser une action de prévention pour les adolescents concernant la sexualité, il regroupe plein d'astuces et d'idées et fait réfléchir sur l'importance des mots. Ci-dessous un exemple de mot à préférer à un autre.

(223)

Prefer	Avoid	Why?
Common	Normal	Since all people are diverse, nothing is 'normal' for all people.
Diverse	Abnormal Strange Irregular Deviant Unconventional	The avoided terms have negative and judgmental connotations. People's diversities should be celebrated and not viewed as outside the 'norm'.

FIGURE 5 : IDEE DE MOT A PREFERER PAR RAPPORT A UN AUTRE. EXTRAIT DE "YOUTH MESSAGING CHECKLIST. DOS AND DON'TS IN INFORMATION, EDUCATION AND COMMUNICATION"

Un livre, « 25 techniques d'animation pour promouvoir la santé », a été créé par Monsieur Douiller Alain, directeur du Comité départemental d'éducation pour le Vaucluse en 2015. Destiné aux animateurs des séances d'éducation à la sexualité, on y trouve un résumé de différentes techniques d'animation utilisées lors des interventions organisées par les associations.

Pour chaque technique, on peut trouver sa description, ses intérêts, ses objectifs, les résultats attendus, son public cible, la taille du groupe, la durée minimum de l'activité, l'organisation matérielle, sa préparation, son déroulement, les recommandations particulières et des exemples d'utilisation de la technique.

L'accès à un extrait de ce livre est disponible en ligne : on retrouve un outil permettant de faire le point sur un sujet à partir de ce que connaissent déjà les participants : « Doutes et certitudes ». Il consiste à faire l'inventaire par groupes de 10 à 15 de leurs certitudes et de leurs doutes sur un sujet donné, puis à en discuter. L'animateur renforce les savoirs justes et apporte des informations pour lever les doutes ou corriger les fausses certitudes.(224)

Un article de 2014 du CRIPS-IDF a été réalisé afin de donner quelques pistes aux animateurs en milieu scolaire sur la santé sexuelle. Il recommande notamment de réfléchir à ses propres représentations de la sexualité, la question du genre, de l'homosexualité etc, afin que cela n'ait pas d'influence sur les séances proposées et de ne pas créer de généralités. Il semble nécessaire de lutter contre les problèmes qu'il pourrait y avoir au sens de la stigmatisation au sein d'un groupe (homosexualité par exemple), au sens du respect de la parole et du point de vue de chacun. Pour cela, un temps de discussion peut être fixé afin d'établir des règles avant chaque séance. Un document recense des suggestions de règles à soumettre avant la séance, on retrouve par exemple : « Lever la main avant de parler » ; « écouter lorsque quelqu'un s'exprime » ; « ne pas rire des commentaires, opinions ou questions des autres ». Il est proposé de noter ces règles au tableau et/ou sur le cahier. Pendant les séances, il est recommandé que les élèves soient actifs plutôt que passifs dans le but d'éviter une séance rébarbative et ainsi de valoriser la parole des jeunes.(225)

Un article décrit un modèle théorique d'intervention sur la santé sexuelle élaboré par la Division de la santé des adolescents et des écoles du Center for Disease Control and Prevention. On retrouve un tableau représentant les différents domaines d'activité stratégiques et les résultats attendus à court, intermédiaire et à long terme (par exemple concernant l'éducation à la santé sexuelle, le résultat attendu à court terme est la capacité de l'enseignant à enseigner efficacement l'éducation à la santé sexuelle, au niveau intermédiaire, concernant les adolescents, l'acquisition de connaissances, compétences et la réduction des comportements sexuels à risque et pour finir à long terme le retard de l'activité sexuelle la diminution des rapports sexuels sans préservatif et l'utilisation accrue de contraceptifs). Le modèle comprend trois domaines d'activités stratégiques : l'éducation à la santé sexuelle, les services de santé

sexuelle et les environnements sûrs et favorables. Dans un deuxième tableau récapitulatif on retrouve pour chaque domaine les différentes cibles à atteindre et les activités proposées pour y arriver. Une partie est disponible ci-dessous. (226)

Strategy	Domain	Activity
Sexual health education	Strengthening staff capacity	Identify and approve a list of instructional competencies to be demonstrated by those teaching skill-based health and sexual health education in middle and high school Develop and implement a technical assistance plan that incorporates teacher observation, coaching, peer mentoring, and other methods to improve an individual teacher's sexual health education instruction

FIGURE 6 ACTIVITES POUR LES AGENCES EDUCATIVES LOCALES POUR SOUTENIR LA PREVENTION DU VIH, DES AUTRES MST ET DES GROSSESSES NON DESIREES

3.8.19.2 Les sites web et vidéos

Le Dr Denise Handlarski, de L'Université de Trent a conçu une série de vidéos qui comprend des informations pour aider les enseignants à anticiper les problèmes auxquels ils peuvent être confrontés lors de l'éducation à la sexualité et pour communiquer sur les domaines concernant la sexualité :

www.youtube.com/watch?v=qWXiWEE533k&list=PLqzoWNr1IVSmTAKb-f3gnW_xNeVMRSvnB&index=7

Dans une vidéo, elle dit qu'il est important que tous les adolescents puissent poser leurs questions et donc de leur proposer qu'ils écrivent ces questions sur un papier anonymement, de les déposer dans une boîte puis d'y répondre par la suite. Elle prévient qu'il y aura des questions parfois inappropriées, mais qu'il faut apprendre à ne pas sentir mal à l'aise car toute question est un enseignement. Elle recommande d'être à l'aise avec les questions de sexualité car il y a souvent des questions comme « combien de fois est-ce normal de se masturber ? » « si le garçon s'est retiré lors du rapport y a-t-il des risques que je tombe enceinte ? ». Ses réponses proposées sont très intéressantes. Il semble essentiel par ailleurs d'avoir de l'expérience pour être serein face aux questions et d'avoir déjà une idée des réponses à apporter. Des vidéos pour étudiants sont aussi disponibles et sont conçues pour le permettre d'acquérir une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de sujets similaires tels que le consentement, la diversité sexuelle et de genre. Des réponses aux questions courantes qui peuvent être posées lors d'une

action de prévention sont proposées. L'idée de proposer aux jeunes de poser leur question anonymement est bonne, ce qui est possible, si on n'est pas sûr de sentir à l'aise, c'est d'y répondre lors d'une autre session après avoir pris connaissance des questions et d'avoir préparé les réponses.

Le site web : Formagyn : <https://formagyn.fr/>

L'adhésion pour avoir accès à certaines fiches praticiens est payante. Le site s'adresse aux professionnels de santé et peut aussi être intéressant pour répondre aux questionnements des adolescents. La première partie s'intéresse aux questions gynécologiques, il parle de sujet comme « la douleur en gynécologie », « la ménopause » « Le cycle menstruel et ses troubles » « les IST ». La deuxième partie concerne la contraception, chaque méthode est décrite dans un chapitre puis un chapitre examine les situations particulières et un dernier chapitre fait la synthèse. On retrouve pour chaque chapitre :

- La présentation principale ;
- Les présentations secondaires (spécialisées ou approfondies sur le sujet) ;
- Des documents pour les patients et pour professionnels de santé, fiches praticiens et/ou des fiches patientes ;
- Les liens externes vers des sites en lien avec le chapitre ;
- Une rubrique avec des questions posées par des internautes et une réponse argumentée par de la bibliographie ;
- La bibliographie qui a permis la réalisation du chapitre.

Le site et les chapitres sont créés essentiellement sur les recommandations de l'OMS, de la HAS, du CDC et de la FSRH.

On y retrouve notamment un document très pertinent pour la pratique concernant la façon de switcher les moyens de contraception. (Annexe 11)

Il permet aussi de trouver des synthèses des recommandations, par exemple concernant les situations particulières en contraception (antécédents, allaitement ...). La partie âge est résumée dans la partie du tableau suivant :

	Oestro-progestatifs			Progestatifs oraux			Implant progestatif			DIU Cuivre			SIU Lévonorgestrel			Prog. injectables (DMPA...)		
	HAS	OMS	CDC	HAS	OMS	CDC	HAS	OMS	CDC	HAS	OMS	CDC	HAS	OMS	CDC	HAS	OMS	CDC
Âge	Ménarche - 18	1			1		2	1		2			2			2		
	18 - 20	1			1		1			2			2			2		1
	20 - 40		1			1		1		1				1				1
	40 - 45		2			1		1		1				1				1
	> 45		2			1		2		1				1				2
Parité	Nulliparite	1			1			1		2			2					1
	Primi - Multi		1			1		1		1			1					1

FIGURE 7 RECOMMANDATION EN DATE DU 2 NOVEMBRE 2019 CONCERNANT LES DIFFERENTES METHODES DE CONTRACEPTION EN FONCTION DE L'AGE ET DE LA PARITE. EXTRAIT DU SITE : FORMAGYN

Dans les fiches patientes, certaines peuvent être intéressantes à distribuer aux adolescents dans les cadres d'actions de prévention (par exemple concernant les méthodes de contraception les IST, et les fiches « j'ai oublié ma pilule » en fonction de la pilule). Une application est aussi disponible concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule oestroprogestative : oubli.formagyn.fr.

Le site web du Centre régional d'information et de prévention du sida d'Île-de-France : <https://www.lecrips-idf.net>

Le Centre régional d'information et de prévention du sida d'Île-de-France (CRIPS-IDF) est l'organisme qui a pour mission de s'occuper de la prévention concernant la santé des jeunes et pour la lutte contre le VIH sur le territoire francilien.

Il développe des programmes d'éducation pour la santé notamment concernant l'éducation à la sexualité, le consentement, les discriminations liées à la sexualité et au genre, les risques et stratégies de prévention ou encore sur les moyens de protection et de contraception.

Le site est divisé en 8 rubriques : « Animations », « Formations », « Le coin des pros », « La boîte à outils », « Le crips IDF », « Plan IDF sans SIDA », « Le coin des parents » et « jeunes engagés en santé ».

Pour les professionnels de santé, la rubrique : « la boîte à outils » regroupe des ressources, des conseils et des outils pour mener à bien une séance d'éducation. Dans la partie « l'animathèque » se trouve des activités à proposer pour animer des actions de prévention. Les outils sont triés par thématiques, par type de public ou par le type ou l'accès à l'outil. Il faut sélectionner le thème éducation à la sexualité pour accéder aux 12 activités proposées. Pour chaque outil une

description complète est disponible, le public cible et, pour la majorité, les supports sont disponibles au téléchargement et à l'impression. On retrouve par exemple le jeu « Pictiona'Prev » qui consiste à tirer une carte et faire deviner le mot à son équipe en le dessinant, une fois que le mot a été trouvé par le groupe, les personnes débattent avec l'animateur sur le thème de la carte. Des flyers, brochures, guides ou encore affiches sont disponibles dans l'onglet « documentation ». Une rubrique « dossier thématique » présente les connaissances actuelles et permet d'aborder un sujet du point de vue des avancées scientifiques, des modifications des politiques ou des recommandations.

<https://amaze.org/>

C'est un site américain qui utilise les médias et le numérique pour permettre de fournir aux adolescents une éducation sexuelle scientifiquement exacte, adaptée à leur âge. Il est basé sur les « Normes nationales d'éducation sexuelle » dont nous avons parlé dans le chapitre précédent (« 3.7.5 Les recommandations concernant les programmes d'éducation à la santé sexuelle »). Le site propose des vidéos d'éducation sexuelle engageantes, éducatives, adaptées à l'âge et souvent humoristiques pour chaque thème des normes nationales. On y retrouve également des ressources éducatives, pour développer les compétences des parents et des tuteurs afin de mieux communiquer avec leurs enfants sur la sexualité. Des boîtes à outils, des plans de cours et du matériel promotionnel sont disponibles pour aider les éducateurs et les prestataires de soins de santé à réaliser un programme de santé sexuelle.

<https://www.fpa.org.uk/> :

L'association du planning familial des Royaume-Unis propose une boutique en ligne de produits et de ressources sur la santé sexuelle et reproductive comme des brochures d'information sur la contraception, sur les IST et des kits de présentation des moyens de contraception. Il y a également un outil qui peut être utilisé lors d'intervention sur la santé sexuelle : « Growing up with Yasmine and Tom » qui comprend une série de plans de cours flexibles et adaptés à l'âge et des activités amusantes et interactives. Il aborde des sujets tels que le corps, les relations, la famille, l'amitié, la sécurité en ligne et hors ligne et la puberté.

3.8.20 Les ressources à destination des adolescents et jeunes adultes

3.8.20.1 Les sites web

La grande majorité des jeunes a accès à la technologie numérique, ce qui offre donc un grand potentiel pour la promotion de la santé sexuelle. Ce sujet étant pour certains jeunes difficile à

aborder, il se tourneront plus facilement vers internet pour trouver des réponses à leur question. Il est donc indispensable de leur fournir des sites fiables, basés sur des données probantes.

<https://www.contraceptionchoices.org/>

Une étude a permis de développer un site Web interactif, disponible en ligne, pour aider à choisir la méthode contraceptive la plus adaptée. Pour la création du site, une revue de la littérature a été réalisée à partir de vidéos YouTube sur la contraception, ainsi qu'à l'aide de groupes de discussion et d'entretiens avec des jeunes femmes. Cela a permis d'explorer les obstacles, les préoccupations et les perceptions erronées concernant la contraception. Le site a été créé par la suite en coopération avec des jeunes femmes et une société de logiciels. Chaque méthode de contraception est détaillée avec son efficacité, ses avantages et effets secondaires, des réponses à des questions que peuvent se poser les utilisatrices (prise de poids, stérilité ...) et des informations supplémentaires. Le site Web a été évalué dans un essai randomisé qualitatif auprès de 927 participantes. L'étude ne retrouve pas de différences statistiquement significatives dans l'utilisation de la contraception réversible à longue durée d'action ou concernant la satisfaction à l'égard de la méthode contraceptive à 6 mois, cependant l'évaluation qualitative a retrouvé des avis très positifs sur le site Web et une meilleure connaissance des méthodes contraceptives existantes. Il est prévu d'évaluer sa pertinence dans différents contextes comme dans les écoles et dans la pratique courante.(227)

<http://sihleweb.org/>

Il s'agit d'un site web basé sur le programme « Sistas Informing Healing Living Empowering » (SiHLE). C'est un programme qui fournit du matériel de prévention contre le VIH destiné aux adolescentes afro-américaines et une intervention individuelle de 2 heures, dispensée par ordinateur, appelée Multimedia SiHLE, à l'origine non-disponible sur le Web. Des activités interactives sont présentées via des questions ouvertes ou fermées qui permettent à l'utilisateur de pratiquer ou de démontrer la maîtrise de certaines compétences ou la connaissance de certaines informations.

Le site web est interactif du début à la fin, il s'agit de progresser dans le site à partir de questions auxquelles on répond puis apparaissent les réponses et des explications en vidéos. Trois principaux types de vidéos sont inclus. Tout d'abord, des vidéos d'éducateur adulte et de pairs qui donnent des explications et des conseils. Deuxièmement, des vidéos de participation au programme « SiHLE », les acteurs imitent le contenu pouvant survenir lors d'une discussion de

groupe typique entre les membres en réponse aux activités ou aux informations présentées. Troisièmement, les « confessionnels », les membres du groupe SiHLE imitent la télé-réalité populaire et donne un aperçu des réactions et des expériences personnelles des membres du groupe concernant le sujet discuté. Le site web a été évalué dans une étude qualitative publiée en 2016 auprès de 18 femmes afro-américaines âgées de 13 à 18 ans aux Etats-Unis. Les participantes ont été interrogées à la suite de l'utilisation du site. Globalement, elles ont déclaré qu'elles avaient apprécié les vidéos, qu'elles avaient beaucoup appris et trouvé le contenu pertinent. Cependant elles trouvaient certaines vidéos un peu trop longues et un ton parfois trop provocateur. La plupart ont apprécié les activités d'apprentissage actif du site. Les participantes étaient plus partagées sur les personnages représentés. De nombreuses utilisatrices ont signalé des problèmes de confusion quant à la façon de naviguer entre les pages.(228)

Les sites web validés par La Société Européenne de Contraception et de Santé Reproductive

<https://www.sexandu.ca/>

Il s'agit d'un site canadien créé par la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada. Il est divisé en 5 parties : « le sexe et moi », « le VHP », « tes règles », « info grossesse » et « la ménopause ». Le site propose des informations précises et d'actualités en vue d'éduquer la population en matière de santé sexuelle et reproductive. Des documents pdf sont disponibles par exemple pour expliquer les différents modes de contraception, les différentes orientations sexuelles, la notion de consentement ainsi qu'un lien vers le site « SOS Reprenez le rythme » qui permet d'expliquer quelle est la conduite à tenir en fonction de l'oubli du moyen de contraception utilisé.

Il existe un lien vers des vidéos disponibles sur YouTube dans plusieurs langues où est par exemple expliqué comment se déroule le premier examen gynécologique, comment se déroule une consultation concernant la contraception et des explications sur les IST :

<https://www.youtube.com/user/sexandu>

<http://teenhealthsource.com/>

C'est un site créé par l'organisation « Planned Parenthood Toronto » sur la santé sexuelle par et pour les adolescents. Des intervenants répondent aux questions et fournissent des informations sur la santé sexuelle d'une manière positive pour les jeunes, sans jugement. Ils répondent en

direct 5 jours sur 7 (du lundi au jeudi de 16h à 21h et le samedi de 12h à 17h) par SMS, chat en ligne, téléphone et e-mail.

<https://www.youtube.com/channel/UC2ZMFCjqT7cR3JqYQRfOkgA>

L'association suédoise pour l'éducation sexuelle a créé des films à destination des adolescents, traduit en plusieurs langues, sur la santé sexuelle notamment sur l'anatomie des organes génitaux.

<https://www.ciao.ch/>

Le site met à disposition des informations pour les jeunes de 11 à 20 ans sur toute sorte de thématiques dont une section est sur le thème de la sexualité. Il est géré par l'association romande CIAO (Centre d'Info-jeunesse Assisté par Ordinateur), basée à Lausanne. On y retrouve 13 rubriques et 115 articles concernant la sexualité. Chaque article répond à une question que peut se poser les jeunes par exemple « quelles différences entre amour et préférence sexuelle ? ». Les réponses sont parfois accompagnées de brochures, de sites, de vidéos ou des réseaux disponibles pour accompagner les jeunes par exemple LGBT. Une partie questions/réponses permet aux jeunes de poser des questions de façon anonyme et d'avoir une réponse de l'équipe, bienveillante et scientifiquement exacte. Pour finir, des jeux, des tests et des quiz sont disponibles et peuvent permettre aux jeunes de tester leur connaissance.

<https://www.mysize.ch/>

Il permet aux jeunes hommes de trouver la taille adaptée de préservatif.

<https://www.sex-i.ch/fr/home>

Il s'agit d'un site créé par l'association santé sexuelle suisse. On y retrouve des fiches sur la grossesse, l'interruption de grossesse, les moyens de contraception, l'anatomie des organes génitaux et les infections sexuellement transmissibles. Les informations sont actuelles et médicalement vérifiées à destination des adolescents et disponibles en plusieurs langues.

<https://www.cecinfo.org>

Ce site est destiné à présenter et à répondre à toutes les questions concernant les moyens de contraception d'urgences. Il a été créé par le « Consortium for Emergency Contraception's », le site sert de source d'information grâce à la publication de directives cliniques, d'énoncés de politique et de fiches d'information sur la contraception d'urgences.

<https://sexetc.org/>

Le site a été créé par une organisation nationale américaine « Answer » qui fournit chaque année des ressources en matière d'éducation sexuelle. Le site a pour mission d'améliorer la santé sexuelle des adolescents à travers les Etats-Unis. Il permet de trouver des réponses aux questions sur le sexe, les relations, la grossesse, les IST, l'orientation sexuelle, etc... On retrouve sur le site des forums où les adolescents peuvent participer à des discussions modérées avec d'autres adolescents. Des jeux sont disponibles pour tester leur acquis, par exemple « Test your condom know-how ». Un guide État par État sur les droits des adolescents à l'éducation sexuelle permet aux jeunes et aux professionnels de santé de connaître les politiques de leur ville : « Sex in the States ». Pour finir, des vidéos sur la santé sexuelle et un glossaire de termes sexuels d'environ 400 termes sont à disposition pour améliorer leur connaissance et trouver les réponses à leur question.

<https://www.scarleteen.com/>

Scarletenn est un média indépendant, féministe, d'éducation à la sexualité et aux relations. Sur leur site, on retrouve une grande variété d'articles originaux complets sur la sexualité, des guides, des fiches d'information, des conseils, de nombreuses ressources externes pour chaque thème du site ainsi qu'un blog collectif. Le contenu a été écrit par des éducateurs et des écrivains adultes ou adolescents, est inclusif et toujours vérifié. On peut aussi retrouver sur le site des idées de livres recommandés sur la sexualité, des questions / réponses d'internautes, et un service en lignes de chat pour répondre aux questions.

Les sites Français

www.ivg.gouv.fr

Il s'agit du site pour s'informer sur les IVG de manière fiable, notamment sur les différents moyens qui existent. Il est possible de trouver les réponses aux nombreuses questions que les jeunes peuvent se poser avant une IVG dans l'onglet « je m'informe sur l'IVG ». Les lieux où il est possible de faire une IVG sont répertoriés sur le site dans l'onglet : « IVG, qui peut m'aider ». Un numéro anonyme et gratuit est proposé pour toute question sans réponses : 0800 08 11 11.

www.filsantejeunes.com

Il s'agit d'un site qui propose un service anonyme et gratuit pour les 12-25 ans tous les jours de 9h à 23h pour répondre aux questions qu'ils peuvent se poser notamment concernant la santé

sexuelle. Il propose de plus des enquêtes à destination des jeunes pour évaluer les connaissances des adolescents sur la sexualité.

www.questionsexualite.fr

Anciennement appelé « choisirsacontraception.fr », C'est un site internet conçu avec l'appui de Santé publique France. Le site est divisé en 5 thèmes :

- S'informer sur les infections et les maladies : les différentes infections sexuellement transmissibles sont présentées ainsi que les moyens de protection et de dépistages et la prise en charge si positif.
- Choisir sa contraception : Une première partie répond aux questions que peuvent se poser les jeunes puis informe sur les différentes méthodes qui existent. Une partie est consacrée à l'IVG.
- Comprendre la conception et la grossesse : qui explique comment se déroule la grossesse de la conception à l'accouchement.
- Lutter contre les violences et discriminations : les articles décrivent ce que sont les discriminations liées à la sexualité, les violences sexistes et sexuelles et parle du consentement et de comment se protéger.
- Connaître son corps et sa sexualité : les articles parlent de l'éducation à la sexualité de la diversité sexuelle et de genre.

Le site est complet et scientifiquement exact, il peut donc largement être recommandé aux adolescents qui cherchent des informations sur la sexualité de façon anonyme.

www.onsexprime.fr

Le contenu du site a aussi été rédigé au sein de Santé publique France mais communique plutôt des informations sur le bien être sexuel, le plaisir que des informations scientifiques comme précédemment.

Le site est divisé en 6 chapitres : « sexe anatomy », « plaisir », « première fois », « sexe et sentiments », « sexe et santé » et « sexe et égalité ». Pour chaque partie on retrouve des informations fiables et d'actualité, des vidéos et des outils.

3.8.20.2 Les applications

Le téléphone portable est une technologie prometteuse pour aider les adolescents à accéder à des informations sur des sujets liés à la santé sexuelle. La possession d'un téléphone portable est

devenue presque incontournable dans les pays développés, en particulier chez les adolescents. L'utilisation des applications dans le cadre de la santé sexuelle offre la confidentialité, un accès à des informations adaptées à la demande des jeunes et pratiques, ce qui en fait un moyen précieux pour fournir des informations précises sur la santé sexuelle aux adolescents.

Le Département de la santé et de l'hygiène mentale de la ville de New York a créé l'application pour les téléphones portables : « Teens in NYC » en 2013. Cette application gratuite est l'extension d'un annuaire, lancé en 2007, qui répertorie les prestataires de soins de santé à New York. L'application comporte 3 sections principales : « Où aller » (où accéder aux services de santé sexuelle), « Quoi obtenir » (descriptions de chaque méthode en fonction de son utilisation, s'il faut consulter un médecin pour l'obtenir et si elle protège contre les maladies sexuellement transmissibles) et « À quoi s'attendre » (des vidéos et des histoires sur des adolescents et leurs expériences). Dans la section « Où aller », les utilisateurs recherchent des listes de prestataires de soins de santé en sélectionnant des services de santé sexuelle (par exemple, IVG ou gynécologie) ou des méthodes contraceptives (par exemple, préservatifs) et en indiquant leur emplacement géographique d'intérêt (par exemple, emplacement actuel). Une étude descriptive a analysé les données sur les recherches de la section « Où aller » de l'application pour étudier son utilisation. Du 7 janvier 2013 au 20 mars 2016, l'application a été téléchargée plus de 20 000 fois et plus de 25 000 recherches uniques ont été effectuées via l'application. Les résultats suggèrent que l'application a aidé les adolescents à découvrir et à accéder à un large éventail de services de santé sexuelle, y compris des contraceptifs moins couramment utilisés. L'analyse fournit des informations précieuses pour ceux qui créent des applications similaires. Ils suggèrent l'importance de permettre les recherches dans l'application en fonction de la méthode contraceptive et du service de santé sexuelle souhaité. Les réponses devront aussi correspondre à l'emplacement désiré de l'utilisateur.(229)

Une revue de la littérature publiée en 2018 a analysé les applications complètes à l'éducation sexuelle. Les principales questions de recherche étaient :

- Quelle est la disponibilité de l'application sur les plateformes iOS et Android ?
- Des informations détaillées et complètes sur une variété de sujets de santé sexuelle sont-elles disponibles sur les plateformes iOS et Android ?
- Dans quelle mesure l'application intègre-t-elle des éléments fondés sur des données probantes dans les programmes d'éducation sexuelle ?

- Dans quelle mesure l'application intègre-t-elle les théories des comportements liés à la santé ?
- Dans quelle mesure l'application adhère-t-elle à la conception mHealth du contenu ?

La mHealth est l'abréviation et l'anglais de santé mobile, un terme utilisé pour désigner la pratique de la médecine et de la santé publique à l'aide d'appareils mobiles. Elle décrit les bonnes pratiques à destination des développeurs/concepteurs dans le secteur de la santé mobile. L'analyse a identifié 679 applications sur la santé sexuelle parmi les 2 693 résultats de recherche à l'origine. Pour répondre à la deuxième question de recherche, parmi les 679 applications seuls 15 applications répondaient aux critères (1 %). La troisième question de recherche portait sur l'intégration des composantes de l'éducation sexuelle fondées sur des données probantes. L'analyse a révélé que les sujets les plus fréquents étaient l'anatomie et la physiologie ainsi que les IST, suivis de la grossesse et de la reproduction avec 80 % (n = 12) et des relations saines avec 73 % (n = 11). Le plaisir sexuel et les compétences de communication étaient cités dans plus de deux tiers des applications. Moins de la moitié des 15 applications concernaient la puberté et le développement des adolescents (47 %). L'identité n'a été abordée que dans un tiers des applications (33 % ; n = 5). La quatrième question de recherche examinait dans quelle mesure les applications intégraient le comportement. La majorité des applications fournissaient des informations sur la santé sexuelle qui montraient un lien clair entre le comportement sexuel et les résultats pour la santé. Pour répondre à la cinquième question de recherche, l'analyse a révélé que la plupart des applications (73 % ; n = 11) plaçaient les informations les plus importantes en premier et incluaient les avantages d'agir. Plus de deux tiers des applications utilisaient des mots courants et des phrases courtes (n = 10 ; 67 %) et évitaient les termes médicaux ou techniques (n = 9 ; 60 %). Cependant, seulement 40 % (n = 6) incluaient des fonctionnalités interactives telles que des quiz et des jeux. Le contenu audio et vidéo ainsi que les images pour faciliter l'apprentissage n'apparaissent que dans 40 % (n = 6) des applications. Enfin, seules 33 % (n = 5) des applications fournissaient des informations personnalisées aux utilisateurs, telles que des fonctions spécifiques au sexe ou à l'âge. Les 15 applications étudiées sont en annexe 12 dont les caractéristiques analysées dans l'étude ont été synthétisées dans un tableau. (230)

Exemples d'applications disponibles en France non évaluées

Pour la pilule : « Pill'oops », « Lady Pill », « Moublipa » ...

Ces applications permettent d'aider les patientes à utiliser correctement leur pilule. Elles rappellent quotidiennement l'heure à laquelle elles doivent prendre la pilule. Elles peuvent, pour certaines, alerter lorsque que c'est la fin de la plaquette et qu'il faut la faire renouveler. L'application « Pill'oops » propose de plus une conduite à tenir en cas d'oubli.

L'application « MyPill »

C'est une application gratuite. Il est possible de prendre un abonnement payant si on veut plus d'options. Il faut commencer par rentrer son moyen de contraception : la pilule, le patch, le DIU, l'anneau ou l'injection. La date de dernière prise ou de mise en place du dispositif est ensuite demandée. L'application calcule quand sera la prochaine prise de pilule, pose du patch ou anneau et s'occupe de faire les rappels en fonction du mode de contraception. Un calendrier est intégré pour noter les symptômes que les jeunes peuvent ressentir, les rendez-vous chez le médecin ou encore l'état psychologique dans lequel elle se trouve, ce qui permet d'avoir un aperçu des effets de la contraception et de ne pas oublier certains événements . Enfin, il existe un chat permettant de discuter en direct avec les utilisatrices.

Ring reminder

Il s'agit d'une application spécifique pour l'utilisation de l'anneau vaginal. Elle effectue un premier rappel 24h avant et un autre le jour où il faut insérer/retirer l'anneau contraceptif.

Les applications consacrées aux cycles menstruels :

Elles permettent principalement d'aider les utilisatrices à mieux comprendre leur cycle menstruel et ovarien. Il faut dans un premier temps renseigner la date des dernières règles et la durée estimée du cycle (indéterminé si non connu). Il est aussi possible de renseigner tous changements constatés par exemple des pertes anormales, des tensions dans les seins, le suivi du poids, des céphalées, l'état de ses émotions, de son sommeil... Ainsi, les utilisatrices ont une vision globale de leur cycle et cela peut permettre de mettre en relation certains états avec le cycle, comme le syndrome prémenstruel. Cela peut être intéressant si les utilisatrices ont commencé un nouveau moyen de contraception pour évaluer les changements imputables. Il est aussi possible de noter comment sont les flux sanguins et les jours des rapports sexuels. L'application peut servir d'aide aux jeunes qui ne souhaitent pas tomber enceinte puisqu'elle indique la période probable de fécondité et le jour de l'ovulation. La plus connue est l'application « Clue ».

Les applications mobiles avec fonctionnalité de recherche sont un moyen précieux de fournir des informations sur les services de santé sexuelle aux adolescents. Ces applications sont aussi intéressantes à proposer aux jeunes pour améliorer l'observance pour un contraceptif donné et les aider à mieux comprendre leur cycle et les symptômes ressentis. Les applications peuvent être intéressantes dans le cadre une intervention de santé sexuelle si elles sont complètes et basées sur des données probantes.

3.8.20.3 Les fiches infos/patients prescrire

Prescrire réalise de fiches « infos/patients » téléchargeables si on est abonné. Elles peuvent être distribuées aux patients pour qu'ils aient des informations fiables. Dans le thème de la sexualité, on retrouve :

- Deux fiches de septembre 2021 qui proposent des informations concernant les DIU : une première explique comment se déroule avant, pendant et après la pose du dispositif et une deuxième répond aux idées vraies et fausses à propos du DIU (par exemple qu'il peut être utilisé chez les adolescents) (231,232)
- Deux fiches également de septembre 2021 qui concernent la pilule oestroprogestative : une première fiche qui explique les différences entre les POP qui existent (mono-multiphasique, remboursées...) et une autre qui propose plein d'information sur la POP (Comment la prendre, les effets indésirables possibles, la conduite à tenir en cas d'oublis).(233,234)
- Une dernière fiche publiée en septembre 2021 qui présente les différentes méthodes de contraception en notant les plus efficaces et les moins efficaces. A noter que l'implant n'est pas proposé.(235)
- Une fiche de juin 2022 qui concerne la contraception d'urgence. Elle explique les différentes méthodes qui existent, comment et quand l'utiliser. (236)
- Une fiche de février 2021 qui informe sur la transmission sexuelle du VIH, elle explique quelles sont les pratiques sexuelles les plus à risque, comment bien utiliser le préservatif pour éviter la contamination et quels sont les traitements préventifs et curatifs qui existent.(237)

3.8.20.4 Les brochures

Santé publique France met à disposition sur son site des brochures sur la santé sexuelle à destination des adolescents.

On y retrouve par exemple « Questions d'ado » qui présente les moyens de contraception, les IST mais aussi parle de sexualité du corps et de l'amour. Des numéros utiles et des sites pertinents sont aussi renseignés à la fin de la brochure :

www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/brochure/questions-d-ados-amour-sexualite

Une deuxième brochure « Les premières fois » est aussi intéressante, elle parle des premières fois à travers des témoignages, par exemple des premiers sentiments, de l'orientation sexuelle, des premières relations sexuelles ... :

www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/brochure/les-premieres-fois

Une dernière brochure pertinente pour les jeunes : « La première consultation en gynécologie », s'adresse aux jeunes filles de 14 à 20 ans qui vont effectuer une première consultation en gynécologie. Elle permet de diminuer la possible anxiété liée à cette visite et favoriser le dialogue des adolescentes avec les professionnels. Elle répond aux principales interrogations sur le déroulement d'une consultation gynécologique. Elle informe notamment sur le respect de la confidentialité et sur le fait que l'examen gynécologique n'est pas nécessaire s'il n'y a pas de symptômes :

www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/brochure/la-premiere-consultation-gynecologique

Les brochures sont téléchargeables sur le site santé publique France, il est possible de les recevoir gratuitement, pour les professionnels de santé, sur le site de commande en ligne :

<https://selfservice.santepubliquefrance.fr/>

Les brochures sur la santé sexuelle sont répertoriées sur le document suivant : « outils sur la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité à destination des adolescents » disponible en ligne:

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/outils-sur-la-sante-sexuelle-et-l-education-a-la-sexualite-a-destination-des-adolescents>

Ces documents peuvent être distribués dans le cadre d'une action de prévention à la sexualité.

4 Discussion

Le but de l'éducation en matière de santé sexuelle est de s'assurer que les enfants et les adolescents acquièrent l'expertise qui favorise l'adaptation, l'auto-efficacité et de prendre des décisions éclairées tout au long de la vie concernant la sexualité.

Afin d'améliorer la santé sexuelle des adolescents et des jeunes adultes, il ne suffit pas d'offrir des installations d'éducation et de dépistage des IST pour réduire celles-ci ainsi que les grossesses non désirées. La santé sexuelle n'est pas seulement l'absence de maladie, elle nécessite également une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres. Ainsi, la sexualité présentée de manière moraliste, hétéronormative, négative et reproductive n'aura pas de résultat positif.

Cette revue de la littérature met en évidence les caractéristiques et qualités nécessaires d'un programme de prévention sur la santé sexuelle pour qu'il soit efficace et fiable. Elle permet d'identifier les outils disponibles et fiables pour améliorer la qualité et l'attractivité des interventions. Voici quelques pistes destinées à aider les éducateurs qui souhaitent réaliser des interventions sur la santé sexuelle à destination des adolescents et jeunes adultes.

1 - Synthèse et conséquences pratiques

Un programme adaptable

Le programme doit être adaptable à différents environnements, structures, religions, horaires des participants, avec un contenu suffisamment flexible pour être facilement et immédiatement faisable en fonction des besoins locaux.

Un programme approprié pour l'âge

L'âge et l'expérience sexuelle des participants sont des caractéristiques indispensables à prendre en compte lors de la réalisation d'un programme. Dans les guides à destination des professionnels de santé, les chapitres sont adaptés en fonction de l'âge afin que certains domaines ne soient pas enseignés trop tôt donc inintéressant pour les participants. A l'inverse un enseignement trop tard entraînerait des prises de risques chez les jeunes. Il est primordial que l'éducation à la sexualité soit enseignée tout au long de la vie.

Un programme complet et positif

Le programme d'éducation à la santé sexuelle ne doit pas simplement se résumer à parler des méthodes de contraception et des IST, il doit donc :

- Être positif, c'est-à-dire reconnaître les plaisirs du sexe. Il doit refléter que certains jeunes sont sexuellement actifs et reconnaître l'autonomie et le niveau de maturité des jeunes et surtout ne pas se concentrer sur l'abstinence.
- Refléter la diversité sexuelle et de genre qui sont des sujets d'actualité. Il doit discuter des questions et des relations lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres et s'attaquer aux problèmes de stéréotypes et des inégalités de genre.
- Inclure un enseignement sur le consentement, la sécurité en ligne et les violences.
- Enseigner des compétences de vie, par exemple, la prise de décision et des compétences spécifiques comme la communication et la négociation sexuelle.
- Discuter des relations et des émotions.
- Être d'une durée et d'une intensité appropriée
- Prendre en compte les choix de toutes les patients concernant les contraception et donc parler de toutes le méthodes qui existent, même s'il ne s'agit pas des plus efficaces.

Pour permettre un bon apprentissage il faut répéter les séances. Une intervention unique aura peut-être un impact positif juste après la séance, mais probablement pas 6 à 12 mois après. Il est donc nécessaire de faire des rappels. Etant donné l'intensité du programme il est nécessaire de faire plusieurs séances pour éviter de tout faire en une seule fois au risque de ne plus avoir l'attention des participants en fin d'intervention. D'après les études, il s'agissait le plus souvent d'intervention de 45 minutes à 1 h 30 et de 10 à 20 séances. A noter que plusieurs études sont d'accord sur le fait qu'il faut éviter de « faire peur » notamment concernant les IST. Il s'agit d'une méthode qui ne fonctionne pas et cela aura un effet plus anxiogène que positif.

Un programme interactif et engageant

Le programme doit utiliser des stratégies éducatives interactives et participatives qui engagent activement les jeunes. Inclure des vidéos, des jeux, ou encore les réseaux sociaux et les médias a prouvé une efficacité, notamment concernant la capacité des jeunes à prendre de bonnes décisions face aux problèmes de santé sexuelle. C'est aussi souvent apprécié par les jeunes.

Pour rendre les programmes plus interactifs, la technologie est de plus en plus utilisée. Les réseaux sociaux et les SMS peuvent permettre de communiquer sur la santé sexuelle et de faire des rappels de connaissances.

La technologie et les médias jouent un rôle de plus en plus important dans la vie des adolescents, façonnent leurs actions, leur identité et est un des premiers moyens qu'ils ont pour s'informer.

Il a été constaté à travers cette thèse qu'il est important lors des interventions sur la santé sexuelle de sensibiliser les jeunes aux médias qui peuvent renvoyer de fausses croyances et des messages négatifs concernant la sexualité. Avoir un esprit critique concernant les images qu'ils peuvent voir est primordial pour leur bien-être et leur confiance en eux. Ce qui est aussi valable pour la pornographie. En effet, il est indispensable de sensibiliser les jeunes sur ce sujet sans forcément inclure des images mais leur faire comprendre que les images pornographiques ne reflètent pas la réalité.

Un programme dans un environnement sûr et confidentiel

Il est essentiel de créer un environnement où les jeunes peuvent participer sans inhibition et sans craindre d'être jugés ou ridiculisés.

Le comportement perturbateur doit être contrôlé pour créer la sécurité et le bon déroulement des séances. Il est possible de proposer dans un premier temps des cours non-mixtes pour faciliter la communication puis des cours mixtes pour partager et diversifier les points de vue. Un enseignement en petits groupes est de plus indispensable. Il n'existe pas d'étude pour savoir quel nombre minimum et maximum est nécessaire pour le bon déroulement d'une action de prévention mais il semblerait que dans les interventions examinées, 10 à 15 participants soit un bon compromis. Pour des raisons de confidentialité, idéalement, le professionnel qui dispense l'intervention ne sera pas en relation continue avec l'élève ou des membres de sa famille (il ne s'agira donc pas d'un de leur enseignant). Si les jeunes se posent des questions, mais qu'ils craignent le jugement des autres, on peut envisager de commencer les séances en leur demandant de noter toutes leurs questions sur des feuilles qu'ils mettront ensuite dans une boîte et auxquelles les formateurs pourront répondre à la fin des séances sans avoir à dévoiler qui pose la question.

La formation des éducateurs

La formation et les connaissances des animateurs sont essentielles pour le bon déroulement des séances. Ainsi, les responsables de la mise en œuvre d'un programme de santé sexuelle doivent pouvoir accéder à une formation complète. La théorie doit être reliée à la pratique professionnelle et les participants doivent avoir suffisamment d'occasions de s'exercer. En plus d'une formation exemplaire, il est indispensable pour les éducateurs :

- D'avoir le sens de la pédagogie,
- De connaître les particularités des participants et dans ce cas les adolescents et jeunes adultes,
- D'être à jour concernant les nouvelles recommandations,
- D'utiliser et de bien connaître des outils pédagogiques,
- De faire preuve d'éthique professionnelle et donc de respecter la confidentialité,
- D'être à l'aise avec le sujet de la sexualité et anticiper les questions qui pourraient être gênantes mais qui ne doivent pas rester sans réponses,
- De faire le point sur leurs propres croyances et préjugés pour que le programme reste neutre et surtout sans jugement.

Avec l'expérience, il sera d'autant plus facile d'animer et d'anticiper les réponses aux questions que pourront poser les participants et les possibles événements imprévisibles qui peuvent déconcerter au début.

Intégration des pairs au programme

La participation de pairs s'est avérée bénéfique notamment pour les adolescents « pairs leaders » et très appréciée par les participants. Alors que les conduites à risque peuvent se développer en raison de la pression et de l'influence négative du groupe de pairs, l'éducation pour la santé sexuelle par les pairs exercerait plutôt une influence positive. Les animateurs peuvent être perçus comme des personnes venant leur « faire la leçon », l'intégration de pairs permet aux adolescents de se sentir plus proche des animateurs, plus à l'aise et avoir l'impression d'être mieux compris.

Intégration des parents au programme

Une intervention de communication parent-adolescent associée à une intervention sur la santé sexuelle permettrait aux adolescents de parler plus ouvertement et facilement de santé sexuelle avec leur parent. Les parents étant les premiers interlocuteurs avec lesquels ils peuvent parler

de ce sujet, il semble donc important que cela se fasse le plus facilement possible. Ainsi, s'ils ont besoin de conseils ou se posent des questions sur la sexualité, ils arriveront plus facilement à trouver de l'aide et du soutien auprès de leurs parents ou tuteur. Sensibiliser les parents sur ce sujet et qu'ils soient aussi plus à l'aise rendra la communication d'autant plus efficace.

Proposition de kit d'auto-test de dépistage IST et distribution de préservatifs

Que ce soit en cabinet ou lors d'une action de prévention, proposer un autotest pour dépister une IST ou même proposer un test rapide de diagnostic de VIH peut permettre de détecter rapidement une IST et donc d'éviter une éventuelle propagation auprès des partenaires. La distribution gratuite de préservatifs peut aussi être un bon moyen de prévention des IST. Ces deux méthodes doivent être accompagnées d'une intervention adéquate pour être pertinentes.

Intégration des jeunes à la conception des programmes

L'engagement des jeunes en tant que partenaires à part entière doit permettre aux programmes de sensibilisation de répondre à leur question, d'être pertinents et représentatifs de leur génération. Demander l'avis des jeunes lors de la conception de programmes permet notamment de savoir la façon dont il faut communiquer. Cela permet également d'aborder les sujets importants et ceux qui les intéressent moins. Ainsi ils pourront disposer d'un programme au plus proche de leurs attentes. Les adolescents peuvent aussi aider concernant la technologie et les réseaux sociaux à utiliser et peuvent ainsi être mis à contribution pour effectuer la communication des interventions.

Intégrations de la consommation de drogues et d'alcool

Très peu d'études ont intégré la notion de consommation de drogues et d'alcool dans l'éducation à la sexualité. Or, l'un pouvant être lié à l'autre, il semble indispensable, même sur un temps court d'en parler lors des interventions. Il existe d'ailleurs une nouvelle pratique de plus en plus fréquente : le « chem sex » qui correspond à l'utilisation de substance psychoactives pendant les activités sexuelles. Le but principal est d'augmenter les effets sur la libido et le plaisir mais les drogues utilisées ont des effets toxiques souvent peu connus et le risque d'addiction est très élevé. Il semble donc indispensable de sensibiliser les jeunes concernant ces pratiques lors d'une action de prévention sur la santé sexuelle. Une page Facebook est dédiée au Chemsex : Info Chemsex (by AIDES).

Contraception masculine

Parmi les études analysées, aucune ne parlait de la contraception exclusivement masculine. Des études sont en cours pour développer de nouvelles méthodes contraceptives masculines. En dehors de la vasectomie et de l'utilisation de préservatifs, aucune autre méthode n'est recommandée. Il peut cependant être intéressant d'en parler pour préciser qu'il y a des recherches en la matière et pour faire évoluer les croyances à ce sujet, afin que la contraception ne soit plus considérée comme un problème exclusivement féminin.

Dans le cadre d'une maison de santé pluridisciplinaire

Un projet d'intervention maison de santé pluridisciplinaire sur la santé sexuelle semble largement réalisable. Il faudrait dans un premier temps créer un groupe composé de professionnels de santé, d'expert en enseignement accompagné d'au moins un ou deux pairs. Ensuite, au cours de réunions, créer des modèles d'interventions à la santé sexuelle adaptées en fonction de l'âge et à l'aide d'outils précédemment cités. Il est possible d'envisager une séance avec les parents ou séparément pour qu'ils puissent communiquer dessus par la suite. Au moment de la réservation des sessions par les participants, il pourrait être possible à ces derniers de poser des questions afin que l'intervention puisse y répondre. Le programme pourrait ensuite être dispensé en petit groupe à des horaires adaptés aux adolescents qui seront donc volontaires pour participer et ainsi permettre une meilleure adhésion à celui-ci. Il faudrait faire dans un premier temps des séances entre jeunes filles et jeunes hommes séparément, puis mixtes dans un second temps. Le temps des séances ne devra pas dépasser 1h ou 1h30. Afin que le programme soit efficace il est nécessaire d'en proposer régulièrement (1 séance par mois par exemple). Bien sûr les intervenants devront être formés à l'avance, expérimentés et à jour concernant les recommandations. Une étude qualitative concernant la satisfaction des intervenants et des participants pourrait ensuite être réalisée.

2 - Limites de l'étude

Plusieurs limites ont été retrouvées dans la réalisation de cette revue de la littérature :

- L'hétérogénéité des études et notamment les critères de jugement principaux souvent différents.
- Certaines études étaient en petits effectifs, les résultats étaient donc peu représentatifs.

- Seuls les articles en français et en anglais ont été sélectionnés donc les articles dans une autre langue ont été exclus. Cela peut potentiellement biaiser les résultats de l'étude.
- Des études ont payé les adolescents pour qu'ils participent ce qui peut biaiser les résultats.
- De nombreuses études n'étaient pas disponibles gratuitement et ont donc été exclues.
- L'inclusion et l'évaluation des documents n'ont pas bénéficié d'une double lecture.
- L'exclusion des pays en cours de développement : l'éducation à la santé sexuelle est souvent très différente de celle réalisée en France et dans les pays occidentaux donc difficilement comparables mais cela biaise évidemment le résultat de l'étude.

3 - Forces du travail

La principale force de ce travail est la méthodologie qui s'appuyait sur les recommandations PRSIMA, révisées en 2020, et qui a été réévaluée et validée par le Dr Million. La deuxième force de cette revue est le grand nombre de publications analysées.

5 Conclusion

La participation à des interventions de santé sexuelle adaptées aux adolescents offre une expérience positive en leur fournissant des connaissances, des compétences et un soutien émotionnel.

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le but de rassembler des moyens pertinents au niveau international concernant les interventions pour la santé sexuelle pour les adolescents et jeunes adultes. Il a été possible de trier et de sélectionner les moyens pertinents au niveau international pour la santé sexuelle. La technologie (sites web, vidéos, applications), les activités, les pairs, les médias peuvent aider à la création d'un programme efficace. L'inclusion des parents semble aussi judicieuse. La façon dont va interagir l'intervenant avec les participants est aussi un élément indispensable au bon déroulement d'une intervention.

Pour être efficace l'intervention devra être complète, interactive, positive, confidentielle, spécifique à l'âge et pertinente sur le plan culturel.

Ainsi, le développement de futurs programmes d'éducation en matière de santé sexuelle devra être plus sensible et inclusif concernant le genre et l'orientation sexuelle. Les efforts doivent mettre l'accent sur la santé sexuelle non seulement du point de vue de la prévention, mais également sur les relations saines, le plaisir sexuel, la communication ouverte et le consentement. Il sera important d'inclure la sensibilisation aux médias et à la pornographie et d'inclure les risques des drogues et de l'alcool. Pour finir, en fonction de l'avancé des études, il serait intéressant de parler de la contraception masculine, ce qui existe et ce qui est en cours d'évaluation pour que ce soit facilement accepté dans le futur.

6 Bibliographie

1. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité. d'une décennie à l'autre. 2016;6.
2. Vilan A. "224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018 ", Études et Résultats. sept 2019 [cité 19 sept 2022];(n°1125). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1125.pdf>
3. BOUSQUET D, LAURANT F, COLLET M. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes [Internet]. Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et mes Hommes; 2016 juin [cité 5 mars 2022] p. 136. Report No.: 2016-06-13-SAN-021. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf
4. SMEREP-enquete-sante-2018-20180625-V4.pdf [Internet]. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2018/06/SMEREP-enquete-sante-2018-20180625-V4.pdf>
5. Kraus F, Rohmer T. Les adolescents et le porno : vers une « Génération Youporn » ? mars 2017;34.
6. Goldfarb E, Constantine N. Sexuality Education. Encyclopedia of Adolescence [Internet]. 1 déc 2011; Disponible sur: <https://digitalcommons.montclair.edu/public-health-facpubs/156>
7. Confidentiality in Adolescent Health Care [Internet]. [cité 27 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/04/confidentiality-in-adolescent-health-care>
8. 1 Recommendations | Contraceptive services for under 25s | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph51/chapter/1-recommendations>
9. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Consensus canadien sur la contraception (1re partie de 4). Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 1 oct 2015;37(10):939-42.
10. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Consensus canadien sur la contraception (2e partie de 4). Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 1 nov 2015;37(11):1036-9.
11. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Consensus canadien sur la contraception (3e partie de 4) : chapitre 8 - contraception à progestatif seul. J Obstet Gynaecol Can. mars 2016;38(3):301-26.
12. Black A, Guilbert E. Consensus canadien sur la contraception (partie 3 de 4): chapitre 7 - Contraception intra-utérine. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 1 juin 2019;41:S1-23.

13. Article 47 - LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000039675397/
14. Décret n° 2016-865 du 29 juin 2016 relatif à la participation de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins quinze ans. 2016-865 juin 29, 2016.
15. modalités facturation contraception-medecins sf labo. [cité 13 mars 2022]; Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/modalites-facturation-contraception-medecins-sf-labo.pdf>
16. modalités facturation contraception-medecins sf la.pdf [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/modalites-facturation-contraception-medecins-sf-labo.pdf>
17. CDC - Summary - US SPR - Reproductive Health [Internet]. 2022 [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/spr/summary.html>
18. Curtis K, Tepper N, Jatlaoui T, Berry-Bibee E, Horton L, Zapata L, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports / Centers for Disease Control. 29 juill 2016;65:1-103.
19. Contraception Resources from the CDC: 2016 U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. :42.
20. Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices | ACOG [Internet]. [cité 27 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/adolescents-and-long-acting-reversible-contraception-implants-and-intrauterine-devices>
21. Deans EI, Grimes DA. Intrauterine devices for adolescents: a systematic review. Contraception. 1 juin 2009;79(6):418-23.
22. Madden T, McNicholas C, Zhao Q, Secura GM, Eisenberg DL, Peipert JF. Association of Age and Parity With Intrauterine Device Expulsion. Obstetrics & Gynecology. oct 2014;124(4):718-26.
23. Classifications for Intrauterine Devices | CDC [Internet]. 2020 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/appendixb.html>
24. Promoting Healthy Relationships in Adolescents | ACOG [Internet]. [cité 27 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/11/promoting-healthy-relationships-in-adolescents>
25. A pilot study to assess the effect of three short-term treatments on frequent and/or prolonged bleeding compared to placebo in women using Implanon - PubMed [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.ezpum.scdi-montpellier.fr/16284061/>

26. Weisberg E, Hickey M, Palmer D, O'Connor V, Salamonsen LA, Findlay JK, et al. A randomized controlled trial of treatment options for troublesome uterine bleeding in Implanon users. *Hum Reprod.* août 2009;24(8):1852-61.
27. Phaliwong P, Taneepanichskul S. The effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding second to Implanon use. *J Med Assoc Thai.* 1 oct 2004;87 Suppl 3:S64-8.
28. CDC - Combined Hormonal Contraceptives - US SPR - Reproductive Health [Internet]. 2019 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/spr/combined.html>
29. CDC - Progestin-Only Pills - US SPR - Reproductive Health [Internet]. 2019 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/spr/progestin.html>
30. CDC - Injectables - US SPR - Reproductive Health [Internet]. 2021 [cité 11 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/spr/injectables.html>
31. When-To-Start_508Tagged.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/When-To-Start_508Tagged.pdf
32. FSRH Clinical Guideline: Contraceptive Choices for Young People (March 2010, amended May 2019) - Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare [Internet]. [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-young-people-mar-2010/>
33. UK MEDICAL ELIGIBILITY CRITERIA FOR CONTRACEPTIVE USE | UKMEC 2016 (AMENDED SEPTEMBER 2019).
34. Williams K. FSRH Guideline Quick Starting Contraception April 2017. 2017;41.
35. FSRH publishes new guidance: Recommended actions after incorrect use of Combined Hormonal Contraception (March 2020) - Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare [Internet]. [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.fsrh.org/news/fsrh-publishes-new-guidance-recommended-actions-after-incorrect/>
36. FSRH Clinical Guideline: Progestogen-only Pills (August 2022, Amended October 2022) - Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare [Internet]. [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-guideline-pop/>
37. FSRH Clinical Guideline: Progestogen-only Injectable (December 2014, Amended October 2020) - Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare [Internet]. [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-injectables-dec-2014/>
38. FSRH Clinical Guideline: Emergency Contraception (March 2017, amended December 2020) - Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare [Internet]. [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/>

39. Overview | Contraceptive services for under 25s | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 18 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph51>
40. pédiatrie S canadienne de. La contraception chez les adolescents canadiens | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://cps.ca/fr/documents//position//contraception/>
41. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
42. Pienkowski C, Cartault A. Republication de : Contraception de l'adolescente. RPC Contraception CNGOF. La Revue Sage-Femme. sept 2019;18(4):225-32.
43. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, et al. Contraception : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 déc 2018;46(12):760-76.
44. La contraception [Internet]. [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/104-la-contraception>
45. Addressing Health Risks of Noncoital Sexual Activity [Internet]. [cité 27 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/12/addressing-health-risks-of-noncoital-sexual-activity>
46. STI Screening Recommendations [Internet]. 2021 [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/screening-recommendations.htm>
47. Contraceptive and Reproductive Health Services for Teens. :2.
48. Lazaro N. Sexually Transmitted Infections in Primary Care 2013. 2013.
49. Canada S. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmises sexuellement : résumé des recommandations pour les infections à Chlamydia trachomatis, à Neisseria gonorrhoeae et la syphilis [Internet]. 2020 [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/maladies-et-affections/lignes-directrices-its-recommandations-chlamydia-trachomatis-neisseria-gonorrhoeae-syphilis-2019.html>
50. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes
51. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson JM, et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: Social factors are important predictors after adjusting for known risk factors: Prevalence of Hepatitis B and C in France. J Med Virol. avr 2010;82(4):546-55.

52. bâbord! RÀ. Brève histoire de l'éducation sexuelle - Revue À bâbord ! [Internet]. [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ababord.org/Breve-histoire-de-l-education>
53. Education sexuelle : rétropédalage à Bucarest [Internet]. eurotopics.net. [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.eurotopics.net/fr/241835/education-sexuelle-retropedalage-a-bucarest>
54. Kirby DB, Laris BA, Rolleri LA. Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World. *Journal of Adolescent Health*. 1 mars 2007;40(3):206-17.
55. Hall KS, McDermott Sales J, Komro KA, Santelli J. The State of Sex Education in the United States. *J Adolesc Health*. juin 2016;58(6):595-7.
56. Fox AM, Himmelstein G, Khalid H, Howell EA. Funding for Abstinence-Only Education and Adolescent Pregnancy Prevention: Does State Ideology Affect Outcomes? *Am J Public Health*. mars 2019;109(3):497-504.
57. Santelli JS, Kantor LM, Grilo SA, Speizer IS, Lindberg LD, Heitel J, et al. Abstinence-Only-Until-Marriage: An Updated Review of U.S. Policies and Programs and Their Impact. *J Adolesc Health*. sept 2017;61(3):273-80.
58. Sex and HIV Education [Internet]. Guttmacher Institute. 2016 [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/sex-and-hiv-education>
59. Relationships_Education_RSE_and_Health_Education.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1090195/Relationships_Education_RSE_and_Health_Education.pdf
60. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche [Internet]. [cité 13 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
61. Prévention : intervention d'étudiants en santé dans les écoles et établissements scolaires [Internet]. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 13 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/prevention-intervention-d-etudiants-en-sante-dans-les-ecoles-et-etablissements-scolaires-11546>
62. Aguilar O, Haberland N, Rogow D, Braeken D, Clyde J, Earle C. It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV, and Human Rights Education volume 1. :296.
63. Aguilar, Haberland, Rogow, Clyde, Earle. It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV, and Human Rights Education volume 2. 2011;196.
64. UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Femmes & OMS. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité: une approche factuelle; 2018. 2018;139.

65. Principes directeurs et programmatiques internationaux sur l'éducation complète à la sexualité en milieu extrascolaire. New York: United Nations Fund for Population Activities (UNFPA); 2020.
66. OMS. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe [Internet]. 2020 [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: https://www.sante-sexuelle.ch/assets/docs/Standards-OMS_fr.pdf
67. Future of Sex Education (FoSE). National Sexuality Education Standards [Internet]. 2020 [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: <https://advocatesforyouth.org/wp-content/uploads/2020/03/NSES-2020-web.pdf>
68. Lindberg LD, Maddow-Zimet I. Consequences of sex education on teen and young adult sexual behaviors and outcomes. *J Adolesc Health*. oct 2012;51(4):332-8.
69. Cutarella S. Évaluation d'une campagne d'éducation à la vie sexuelle et affective chez l'adolescent étude sur 792 élèves de collèges et lycées de la région nantaise [Internet] [thèse d'exercice]. [France]: Nantes; 2013 [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=2346c1ab-d08b-4474-83d3-24e85dc31bce>
70. Peigné C. Les moyens d'information et d'accès à la contraception mis à disposition des mineur.e.s en France [Internet] [thèse d'exercice]. [France]: Nantes; 2021 [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=7fa2d79c-01fc-4e8b-b69d-ccbfd270974d>
71. Darmon E. Evaluation de l'impact d'une action de prévention sur les IST adaptée aux adolescents sourds de 11 à 19 ans [Internet] [thèse d'exercice]. [France]: Toulouse; 2018 [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2170/>
72. Adigard C. Pharmaciens, adolescents et contraception élaboration d'une action éducative pour répondre à un besoin de santé publique chez les 14-15 ans [Internet] [thèse d'exercice]. [France]: Lille; 2015 [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2015/2015LIL2E026.pdf
73. Rolleri LA, Fuller TR, Firpo-Triplett R, Lesesne CA, Moore C, Leeks KD. Adaptation Guidance for Evidence-Based Teen Pregnancy and STI/HIV Prevention Curricula: From Development to Practice. *Am J Sex Educ*. 21 mai 2014;9(2):135-54.
74. St Lawrence JS, Brasfield TL, Jefferson KW, Alleyne E, O'Bannon RE, Shirley A. Cognitive-behavioral intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection. *J Consult Clin Psychol*. avr 1995;63(2):221-37.
75. Jenner E, Jenner LW, Walsh S, Demby H, Gregory A, Davis E. Impact of an Intervention Designed to Reduce Sexual Health Risk Behaviors of African American Adolescents: Results of a Randomized Controlled Trial. *Am J Public Health*. sept 2016;106(S1):S78-84.
76. Moore CC, LSSGB1, Fournakis NA. Addressing the Sexual Health of Delaware Teens through Evidence-based and Promising Education. *Del J Public Health*. nov 2018;4(5):24-30.
77. Markham CM, Peskin MF, Shegog R, Baumler ER, Addy RC, Thiel M, et al. Behavioral and psychosocial effects of two middle school sexual health education programs at tenth-grade follow-up. *J Adolesc Health*. févr 2014;54(2):151-9.

78. Leung H, Shek DTL, Leung E, Shek EYW. Development of Contextually-relevant Sexuality Education: Lessons from a Comprehensive Review of Adolescent Sexuality Education Across Cultures. *Int J Environ Res Public Health*. 20 févr 2019;16(4):E621.
79. Gao X, Wu Y, Zhang Y, Zhang N, Tang J, Qiu J, et al. Effectiveness of school-based education on HIV/AIDS knowledge, attitude, and behavior among secondary school students in Wuhan, China. *PLoS One*. 2012;7(9):e44881.
80. Report on Youth Sexuality Study 2016 - The Family Planning Association of Hong Kong [Internet]. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.famplan.org.hk/en/media-centre/press-releases/detail/fpahk-report-on-youth-sexuality-study>
81. Andres EB, Choi EPH, Fung AWC, Lau KWC, Ng NHT, Yeung M, et al. Comprehensive sexuality education in Hong Kong: study protocol for process and outcome evaluation. *BMC Public Health*. 22 janv 2021;21(1):197.
82. Macounová P, Tomášková H, Šnajdrová A, Stanovská M, Polochová M, Tomášek I, et al. Education of Adolescents in the Prevention of HIV/AIDS in the Czech Republic. *Int J Environ Res Public Health*. 7 juin 2021;18(11):6148.
83. Graaf H, Verbeek M, Borne M, Meijer S. Sex under the Age of 25. *Frontiers in Public Health*. 12 mars 2018;6.
84. van Lieshout S, Mevissen F, de Waal E, Kok G. Long Live Love+: evaluation of the implementation of an online school-based sexuality education program in the Netherlands. *Health Education Research*. 1 juin 2017;32(3):244-57.
85. Morales A, Espada JP, Orgilés M. A 1-year follow-up evaluation of a sexual-health education program for Spanish adolescents compared with a well-established program. *European Journal of Public Health*. 1 févr 2016;26(1):35-41.
86. Gómez-Lugo M, Morales A, Saavedra-Roa A, Niebles-Charris J, Abello-Luque D, Marchal-Bertrand L, et al. Effects of a Sexual Risk-Reduction Intervention for Teenagers: A Cluster-Randomized Control Trial. *AIDS Behav*. juill 2022;26(7):2446-58.
87. Ponsford R, Bragg S, Allen E, Tilouche N, Meiksin R, Emmerson L, et al. A school-based social-marketing intervention to promote sexual health in English secondary schools: the Positive Choices pilot cluster RCT [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2021 [cité 15 juin 2022]. (Public Health Research). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566834/>
88. Ponsford R, Meiksin R, Allen E, Melendez-Torres GJ, Morris S, Mercer C, et al. The Positive Choices trial: update to study protocol for a phase-III RCT trial of a whole-school social-marketing intervention to promote sexual health and reduce health inequalities. *Trials*. 11 avr 2022;23(1):287.
89. Ponsford R, Meiksin R, Allen E, Melendez-Torres GJ, Morris S, Mercer C, et al. The Positive Choices trial: study protocol for a Phase-III RCT trial of a whole-school social marketing intervention to promote sexual health and reduce health inequalities. *Trials*. 17 nov 2021;22(1):818.

90. Ponsford R, Bragg S, Meiksin R, Tilouche N, Van Dyck L, Sturgess J, et al. Feasibility and acceptability of a whole-school social-marketing intervention to prevent unintended teenage pregnancies and promote sexual health: evidence for progression from a pilot to a phase III randomised trial in English secondary schools. *Pilot Feasibility Stud.* 4 mars 2022;8(1):52.
91. Berenson AB, Rahman M. A randomized controlled study of two educational interventions on adherence with oral contraceptives and condoms. *Contraception.* déc 2012;86(6):716-24.
92. Ingersoll KS, Ceperich SD, Nettleman MD, Karanda K, Brocksen S, Johnson BA. Reducing alcohol-exposed pregnancy risk in college women: initial outcomes of a clinical trial of a motivational intervention. *J Subst Abuse Treat.* oct 2005;29(3):173-80.
93. Kirby D, Raine T, Thrush G, Yuen C, Sokoloff A, Potter SC. Impact of an intervention to improve contraceptive use through follow-up phone calls to female adolescent clinic patients. *Perspect Sex Reprod Health.* déc 2010;42(4):251-7.
94. Harper CC, Rocca CH, Thompson KM, Morfesis J, Goodman S, Darney PD, et al. Reductions in pregnancy rates in the USA with long-acting reversible contraception: a cluster randomised trial. *Lancet.* 8 août 2015;386(9993):562-8.
95. Irons M, Tomaszewski K, Muñoz Buchanan CR, Trent M. Understanding Adolescent Nonresponsiveness to Text Messages: Lessons from the DepoText Trial. *J Urban Health.* juin 2015;92(3):502-12.
96. Lopez LM, Grey TW, Tolley EE, Chen M. Brief educational strategies for improving contraception use in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 2016 [cité 10 mai 2022];(3). Disponible sur: <http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012025.pub2/full>
97. Kirby D. The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *J Sex Res.* févr 2002;39(1):27-33.
98. Preventing-Teenage-Pregnancy-Childbearing-and-Sexually-Transmitted.pdf [Internet]. [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/02/Preventing-Teenage-Pregnancy-Childbearing-and-Sexually-Transmitted.pdf>
99. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 2016 [cité 10 mai 2022];(2). Disponible sur: <http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005215.pub3/full>
100. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 2016 [cité 10 mai 2022];(11). Disponible sur: <http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006417.pub3/full>
101. Kersaudy-Rahib D, Clément J, Lamboy B, Lydié N. Evidence-based and promising interventions to prevent sexually transmitted diseases: a literature review. *Sante Publique.* 20 juin 2013;1(HS1):13-23.

102. Sales JM, Milhausen RR, Diclemente RJ. A decade in review: building on the experiences of past adolescent STI/HIV interventions to optimise future prevention efforts. *Sex Transm Infect.* déc 2006;82(6):431-6.
103. Robin L, Dittus P, Whitaker D, Crosby R, Ethier K, Mezo J, et al. Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. *Journal of Adolescent Health.* 1 janv 2004;34(1):3-26.
104. Charania MR, Crepaz N, Guenther-Gray C, Henny K, Liau A, Willis LA, et al. Efficacy of Structural-Level Condom Distribution Interventions: A Meta-Analysis of U.S. and International Studies, 1998–2007. *AIDS Behav.* 1 oct 2011;15(7):1283-97.
105. Kang M, Skinner R, Usherwood T. Interventions for young people in Australia to reduce HIV and sexually transmissible infections: a systematic review. *Sex Health.* juin 2010;7(2):107-28.
106. Peskin MF, Markham CM, Shegog R, Baumler ER, Addy RC, Tortolero SR. Effects of the It's Your Game . . . Keep It Real program on dating violence in ethnic-minority middle school youths: a group randomized trial. *Am J Public Health.* août 2014;104(8):1471-7.
107. Marsch LA, Grabinski MJ, Bickel WK, Desrosiers A, Guarino H, Muehlbach B, et al. Computer-assisted HIV prevention for youth with substance use disorders. *Subst Use Misuse.* 2011;46(1):46-56.
108. Apfelbacher CJ, Deimling E, Wulfhorst B, Adler F, Diepgen TL, Linder D, et al. Is story-based blended learning a promising avenue for skin and sexual health education? Results from the PAEDIMED project. *Acta Derm Venereol.* mars 2010;90(2):152-8.
109. Tortolero SR, Markham CM, Peskin MF, Shegog R, Addy RC, Escobar-Chaves SL, et al. It's Your Game: Keep It Real: delaying sexual behavior with an effective middle school program. *J Adolesc Health.* févr 2010;46(2):169-79.
110. Ito KE, Kalyanaraman S, Ford CA, Brown JD, Miller WC. « Let's Talk About Sex »: pilot study of an interactive CD-ROM to prevent HIV/STIS in female adolescents. *AIDS Educ Prev.* févr 2008;20(1):78-89.
111. Markham CM, Tortolero SR, Peskin MF, Shegog R, Thiel M, Baumler ER, et al. Sexual risk avoidance and sexual risk reduction interventions for middle school youth: a randomized controlled trial. *J Adolesc Health.* mars 2012;50(3):279-88.
112. Card JJ, Kuhn T, Solomon J, Benner TA, Wingood GM, DiClemente RJ. Translating an effective group-based HIV prevention program to a program delivered primarily by a computer: methods and outcomes. *AIDS Educ Prev.* avr 2011;23(2):159-74.
113. Coyle KK, Chambers BD, Anderson PM, Firpo-Triplett R, Waterman EA. Blended Learning for Sexual Health Education: Evidence Base, Promising Practices, and Potential Challenges. *J Sch Health.* oct 2019;89(10):847-59.
114. Cabezón C, Vigil P, Rojas I, Leiva ME, Riquelme R, Aranda W, et al. Adolescent pregnancy prevention: An abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school. *J Adolesc Health.* janv 2005;36(1):64-9.

115. Lieberman L, Su H. Impact of the Choosing the Best Program in Communities Committed to Abstinence Education. *SAGE Open*. 1 janv 2012;2(1):2158244012442938.
116. LaChausse RG. Evaluation of the Positive Prevention HIV/STD Curriculum. *American Journal of Health Education*. 1 juill 2006;37(4):203-9.
117. Jemmott JB, Jemmott LS, Fong GT. Efficacy of a theory-based abstinence-only intervention over 24 months: a randomized controlled trial with young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. févr 2010;164(2):152-9.
118. Vigil P, Riquelme R, Rivadeneira R, Aranda W. [Effects of TeenSTAR, an abstinence only sexual education program, on adolescent sexual behavior]. *Rev Med Chil*. 1 oct 2005;133(10):1173-82.
119. Villarruel AM, Jemmott JB, Jemmott LS. A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. août 2006;160(8):772-7.
120. Stanton BF, Li X, Ricardo I, Galbraith J, Feigelman S, Kaljee L. A randomized, controlled effectiveness trial of an AIDS prevention program for low-income African-American youths. *Arch Pediatr Adolesc Med*. avr 1996;150(4):363-72.
121. Markham CM, Peskin MF, Shegog R, Baumler ER, Addy RC, Thiel M, et al. Behavioral and psychosocial effects of two middle school sexual health education programs at tenth-grade follow-up. *J Adolesc Health*. févr 2014;54(2):151-9.
122. Coyle KK, Kirby DB, Marín BV, Gómez CA, Gregorich SE. Draw the line/respect the line: a randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual risk behaviors. *Am J Public Health*. mai 2004;94(5):843-51.
123. Jemmott JB, Jemmott LS, Fong GT, Morales KH. Effectiveness of an HIV/STD risk-reduction intervention for adolescents when implemented by community-based organizations: a cluster-randomized controlled trial. *Am J Public Health*. avr 2010;100(4):720-6.
124. DiClemente RJ, Wingood GM, Harrington KF, Lang DL, Davies SL, Hook EW, et al. Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: a randomized controlled trial. *JAMA*. 14 juill 2004;292(2):171-9.
125. Eisen M, Zellman GL, McAlister AL. Evaluating the impact of a theory-based sexuality and contraceptive education program. *Fam Plann Perspect*. déc 1990;22(6):261-71.
126. Walker D, Gutierrez JP, Torres P, Bertozzi SM. HIV prevention in Mexican schools: prospective randomised evaluation of intervention. *BMJ*. 20 mai 2006;332(7551):1189-94.
127. Bryan AD, Schmiede SJ, Broaddus MR. HIV risk reduction among detained adolescents: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. déc 2009;124(6):e1180-1188.
128. Jemmott JB, Jemmott LS, Braverman PK, Fong GT. HIV/STD risk reduction interventions for African American and Latino adolescent girls at an adolescent medicine clinic: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. mai 2005;159(5):440-9.

129. Tortolero SR, Markham CM, Peskin MF, Shegog R, Addy RC, Escobar-Chaves SL, et al. It's Your Game: Keep It Real: delaying sexual behavior with an effective middle school program. *J Adolesc Health*. févr 2010;46(2):169-79.
130. Aarons SJ, Jenkins RR, Raine TR, El-Khorazaty MN, Woodward KM, Williams RL, et al. Postponing sexual intercourse among urban junior high school students-a randomized controlled evaluation. *J Adolesc Health*. oct 2000;27(4):236-47.
131. Grossman JM, Tracy AJ, Charmaraman L, Ceder I, Erkut S. Protective effects of middle school comprehensive sex education with family involvement. *J Sch Health*. nov 2014;84(11):739-47.
132. Jemmott JB, Jemmott LS, Fong GT, McCaffree K. Reducing HIV risk-associated sexual behavior among African American adolescents: testing the generality of intervention effects. *Am J Community Psychol*. avr 1999;27(2):161-87.
133. Jemmott JB, Jemmott LS, Fong GT. Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: effects of an AIDS prevention intervention. *Am J Public Health*. mars 1992;82(3):372-7.
134. Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D, Parcel G, Banspach S, Collins J, et al. Safer choices: reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. *Public Health Rep*. 2001;116 Suppl 1:82-93.
135. Markham CM, Tortolero SR, Peskin MF, Shegog R, Thiel M, Baumler ER, et al. Sexual risk avoidance and sexual risk reduction interventions for middle school youth: a randomized controlled trial. *J Adolesc Health*. mars 2012;50(3):279-88.
136. Stanton BF, Li X, Galbraith J, Feigelman S, Kaljee L. Sexually transmitted diseases, human immunodeficiency virus, and pregnancy prevention. Combined contraceptive practices among urban African-American early adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. janv 1996;150(1):17-24.
137. Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D, Parcel G, Banspach S, Harrist R, et al. Short-term impact of safer choices: a multicomponent, school-based HIV, other STD, and pregnancy prevention program. *J Sch Health*. mai 1999;69(5):181-8.
138. Wu Y, Stanton BF, Galbraith J, Kaljee L, Cottrell L, Li X, et al. Sustaining and broadening intervention impact: a longitudinal randomized trial of 3 adolescent risk reduction approaches. *Pediatrics*. janv 2003;111(1):e32-38.
139. Roye C, Perlmutter Silverman P, Krauss B. A brief, low-cost, theory-based intervention to promote dual method use by black and Latina female adolescents: a randomized clinical trial. *Health Educ Behav*. août 2007;34(4):608-21.
140. Orr DP, Langefeld CD, Katz BP, Caine VA. Behavioral intervention to increase condom use among high-risk female adolescents. *J Pediatr*. févr 1996;128(2):288-95.
141. Champion JD, Collins JL. Comparison of a theory-based (AIDS Risk Reduction Model) cognitive behavioral intervention versus enhanced counseling for abused ethnic minority adolescent women on infection with sexually transmitted infection: results of a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. févr 2012;49(2):138-50.

142. DiClemente RJ, Wingood GM, Rose ES, Sales JM, Lang DL, Caliendo AM, et al. Efficacy of sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus sexual risk-reduction intervention for african american adolescent females seeking sexual health services: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. déc 2009;163(12):1112-21.
143. Downs JS, Murray PJ, Bruine de Bruin W, Penrose J, Palmgren C, Fischhoff B. Interactive video behavioral intervention to reduce adolescent females' STD risk: a randomized controlled trial. *Soc Sci Med*. oct 2004;59(8):1561-72.
144. Sieving RE, McMorris BJ, Beckman KJ, Pettingell SL, Secor-Turner M, Kugler K, et al. Prime Time: 12-month sexual health outcomes of a clinic-based intervention to prevent pregnancy risk behaviors. *J Adolesc Health*. août 2011;49(2):172-9.
145. Sieving RE, McRee AL, Secor-Turner M, Garwick AW, Bearinger LH, Beckman KJ, et al. Prime Time: long-term sexual health outcomes of a clinic-linked intervention. *Perspect Sex Reprod Health*. juin 2014;46(2):91-100.
146. Morrison-Beedy D, Jones SH, Xia Y, Tu X, Crean HF, Carey MP. Reducing sexual risk behavior in adolescent girls: results from a randomized controlled trial. *J Adolesc Health*. mars 2013;52(3):314-21.
147. Danielson R, Marcy S, Plunkett A, Wiest W, Greenlick MR. Reproductive health counseling for young men: what does it do? *Fam Plann Perspect*. juin 1990;22(3):115-21.
148. O'Donnell L, Stueve A, O'Donnell C, Duran R, San Doval A, Wilson RF, et al. Long-term reductions in sexual initiation and sexual activity among urban middle schoolers in the reach for health service learning program. *J Adolesc Health*. juill 2002;31(1):93-100.
149. Philliber S, Kaye JW, Herrling S, West E. Preventing pregnancy and improving health care access among teenagers: an evaluation of the children's aid society-carrera program. *Perspect Sex Reprod Health*. oct 2002;34(5):244-51.
150. National Evaluation of the Children's Aid Society Carrera Model Program to Prevent Teen Pregnancy | Office of Justice Programs [Internet]. [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/national-evaluation-childrens-aid-society-carrera-model-program>
151. Allen JP, Philliber S, Herrling S, Kuperminc GP. Preventing Teen Pregnancy and Academic Failure: Experimental Evaluation of a Developmentally Based Approach. *Child Development*. 1997;68(4):729-42.
152. McBride D, Gienapp A. Using randomized designs to evaluate client-centered programs to prevent adolescent pregnancy. *Fam Plann Perspect*. oct 2000;32(5):227-35.
153. Beets MW, Flay BR, Vuchinich S, Snyder FJ, Acock A, Li KK, et al. Use of a social and character development program to prevent substance use, violent behaviors, and sexual activity among elementary-school students in Hawaii. *Am J Public Health*. août 2009;99(8):1438-45.

154. Milburn NG, Iribarren FJ, Rice E, Lightfoot M, Solorio R, Rotheram-Borus MJ, et al. A family intervention to reduce sexual risk behavior, substance use, and delinquency among newly homeless youth. *J Adolesc Health*. avr 2012;50(4):358-64.
155. Guilamo-Ramos V, Bouris A, Jaccard J, Gonzalez B, McCoy W, Aranda D. A parent-based intervention to reduce sexual risk behavior in early adolescence: building alliances between physicians, social workers, and parents. *J Adolesc Health*. févr 2011;48(2):159-63.
156. Prado G, Pantin H, Briones E, Schwartz SJ, Feaster D, Huang S, et al. A randomized controlled trial of a parent-centered intervention in preventing substance use and HIV risk behaviors in Hispanic adolescents. *J Consult Clin Psychol*. déc 2007;75(6):914-26.
157. Pantin H, Prado G, Lopez B, Huang S, Tapia MI, Schwartz SJ, et al. A randomized controlled trial of Familias Unidas for Hispanic adolescents with behavior problems. *Psychosom Med*. nov 2009;71(9):987-95.
158. Prado G, Pantin H, Huang S, Cordova D, Tapia MI, Velazquez MR, et al. Effects of a family intervention in reducing HIV risk behaviors among high-risk Hispanic adolescents: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. févr 2012;166(2):127-33.
159. Rotheram-Borus MJ, Lee M, Leonard N, Lin YY, Franzke L, Turner E, et al. Four-year behavioral outcomes of an intervention for parents living with HIV and their adolescent children. *AIDS*. 23 mai 2003;17(8):1217-25.
160. Dilorio C, Resnicow K, McCarty F, De AK, Dudley WN, Wang DT, et al. Keepin' it R.E.A.L.!: results of a mother-adolescent HIV prevention program. *Nurs Res*. févr 2006;55(1):43-51.
161. Dilorio C, McCarty F, Resnicow K, Lehr S, Denzmore P. REAL men: a group-randomized trial of an HIV prevention intervention for adolescent boys. *Am J Public Health*. juin 2007;97(6):1084-9.
162. Wolchik SA, Sandler IN, Millsap RE, Plummer BA, Greene SM, Anderson ER, et al. Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce: a randomized controlled trial. *JAMA*. 16 oct 2002;288(15):1874-81.
163. Manlove J, Fish H, Moore KA. Programs to improve adolescent sexual and reproductive health in the US: a review of the evidence. *Adolesc Health Med Ther*. 2015;6:47-79.
164. Duh E, Medina SP, Coppersmith N, Adjei N, Roberts MB, Magee S. Sex Ed by Brown Med: A Student-Run Curriculum and Its Impact on Sexual Health Knowledge. *Fam Med*. nov 2017;49(10):785-8.
165. Francis DB, Noar SM, Fortune DA, Adimora AA. « Be Straight Up and So Will He »: Evaluation of a Novel HIV Prevention Condom Distribution and Health Communication Intervention Targeting Young African American Females. *AIDS Educ Prev*. avr 2018;30(2):137-51.
166. Andrzejewski J, Liddon N, Leonard S. Condom Availability Programs in Schools: A Review of the Literature. *Am J Health Promot*. mars 2019;33(3):457-67.

167. Schuster MA, Bell RM, Berry SH, Kanouse DE. Students' acquisition and use of school condoms in a high school condom availability program. *Pediatrics*. oct 1997;100(4):689-94.
168. Kirby D, Brener ND, Brown NL, Peterfreund N, Hillard P, Harest R. The impact of condom availability [correction of distribution] in Seattle schools on sexual behavior and condom use. *Am J Public Health*. févr 1999;89(2):182-7.
169. Wretzel SR, Visintainer PF, Pinkston Koenigs LM. Condom availability program in an inner city public school: effect on the rates of gonorrhoea and chlamydia infection. *J Adolesc Health*. sept 2011;49(3):324-6.
170. Spauwen LWL, Hoebe CJP, Brouwers EEHG, Dukers-Muijers NHTM. Improving STD testing behavior among high-risk young adults by offering STD testing at a vocational school. *BMC Public Health*. 30 sept 2011;11:750.
171. Widman L, Nesi J, Kamke K, Choukas-Bradley S, Stewart JL. Technology-Based Interventions to Reduce Sexually Transmitted Infections and Unintended Pregnancy Among Youth. *J Adolesc Health*. juin 2018;62(6):651-60.
172. Decker MJ, Gutmann-Gonzalez A, Price M, Romero J, Sheoran B, Yarger J. Evaluating the Effectiveness of an Intervention Integrating Technology and In-Person Sexual Health Education for Adolescents (In the Know): Protocol for a Cluster Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 7 août 2020;9(8):e18060.
173. Decker MJ, Harrison S, Price M, Gutmann-Gonzalez A, Yarger J, Tenney R. Educators' Perspectives on Integrating Technology Into Sexual Health Education: Implementation Study. *JMIR Hum Factors*. 12 janv 2022;9(1):e31381.
174. Guerrero F, Lucar N, Garvich Claux M, Chiappe M, Perez-Lu J, Hindin MJ, et al. Developing an SMS text message intervention on sexual and reproductive health with adolescents and youth in Peru. *Reprod Health*. 31 juill 2020;17(1):116.
175. Perez-Lu JE, Guerrero F, Cárcamo CP, Alburqueque M, Chiappe M, Hindin MJ, et al. The ARMADILLO text message intervention to improve the sexual and reproductive health knowledge of adolescents in Peru: Results of a randomized controlled trial. *PLoS One*. 10 févr 2022;17(2):e0262986.
176. Ybarra ML, Prescott T, Mustanski B, Parsons J, Bull SS. Feasibility, Acceptability, and Process Indicators for Guy2Guy, an mHealth HIV Prevention Program for Sexual Minority Adolescent Boys. *J Adolesc Health*. sept 2019;65(3):417-22.
177. Bull S, Devine S, Schmiede SJ, Pickard L, Campbell J, Shlay JC. Text Messaging, Teen Outreach Program, and Sexual Health Behavior: A Cluster Randomized Trial. *Am J Public Health*. sept 2016;106(S1):S117-24.
178. Gold MA, Tzilos GK, Stein LA, Anderson BJ, Stein MD, Ryan CM, et al. A Randomized Controlled Trial to Compare Computer-assisted Motivational Intervention with Didactic Educational Counseling to Reduce Unprotected Sex in Female Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. févr 2016;29(1):26-32.

179. Klein CH, Kuhn T, Altamirano M, Lomonaco C. C-SAFE: A Computer-Delivered Sexual Health Promotion Program for Latinas. *Health Promot Pract.* juill 2017;18(4):516-25.
180. Rohrbach LA, Donatello RA, Moulton BD, Afifi AA, Meyer KI, De Rosa CJ. Effectiveness Evaluation of It's Your Game: Keep It Real, a Middle School HIV/Sexually Transmitted Infection/Pregnancy Prevention Program. *Journal of Adolescent Health.* 1 mars 2019;64(3):382-9.
181. Peskin MF, Shegog R, Markham CM, Thiel M, Baumler ER, Addy RC, et al. Efficacy of It's Your Game-Tech: A Computer-Based Sexual Health Education Program for Middle School Youth. *J Adolesc Health.* mai 2015;56(5):515-21.
182. Widman L, Golin CE, Kamke K, Massey J, Prinstein MJ. Feasibility and acceptability of a web-based HIV/STD prevention program for adolescent girls targeting sexual communication skills. *Health Educ Res.* 1 août 2017;32(4):343-52.
183. Widman L, Kamke K, Evans R, Stewart JL, Choukas-Bradley S, Golin CE. Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of a Brief Online Sexual Health Program for Adolescents. *J Sex Res.* févr 2020;57(2):145-54.
184. Antonishak J, Kaye K, Swiader L. Impact of an Online Birth Control Support Network on Unintended Pregnancy. *Social Marketing Quarterly.* 1 mars 2015;21(1):23-36.
185. Bull SS, Levine DK, Black SR, Schmiege SJ, Santelli J. Social media-delivered sexual health intervention: a cluster randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* nov 2012;43(5):467-74.
186. Jawad A, Jawad I, Alwan NA. Interventions using social networking sites to promote contraception in women of reproductive age. *Cochrane Database Syst Rev.* 1 mars 2019;3:CD012521.
187. Shafii T, Benson SK, Morrison DM, Hughes JP, Golden MR, Holmes KK. Results from e-KISS: electronic-KIOSK Intervention for Safer Sex: A pilot randomized controlled trial of an interactive computer-based intervention for sexual health in adolescents and young adults. *PLoS One.* 2019;14(1):e0209064.
188. Aragão JMN, Gubert F do A, Torres RAM, Silva ASR da, Vieira NFC. The use of Facebook in health education: perceptions of adolescent students. *Rev Bras Enferm.* avr 2018;71(2):265-71.
189. Downs JS, Bruine de Bruin W, Fischhoff B, Murray PJ. Behavioral Decision Research Intervention Reduces Risky Sexual Behavior. *Curr HIV Res.* 2015;13(5):439-46.
190. Downs JS, Ashcraft AM, Murray PJ, Berlan ED, Bruine de Bruin W, Eichner J, et al. Video Intervention to Increase Perceived Self-Efficacy for Condom Use in a Randomized Controlled Trial of Female Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* juin 2018;31(3):291-298.e2.
191. Lohan M, Aventin Á, Maguire L, Curran R, McDowell C, Agus A, et al. Increasing boys' and girls' intentions to avoid teenage pregnancy: a cluster randomised controlled feasibility trial of an interactive video drama-based intervention in post-primary schools in Northern Ireland [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2017 [cité 15 juin 2022]. (Public Health Research). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK425203/>

192. Scull TM, Dodson CV, Geller JG, Reeder LC, Stump KN. A Media Literacy Education Approach to High School Sexual Health Education: Immediate Effects of Media Aware on Adolescents' Media, Sexual Health, and Communication Outcomes. *J Youth Adolesc.* avr 2022;51(4):708-23.
193. Scull TM, Kupersmidt JB, Malik CV, Keefe EM. Examining the efficacy of an mHealth media literacy education program for sexual health promotion in older adolescents attending community college. *J Am Coll Health.* avr 2018;66(3):165-77.
194. Scull T, Malik C, Morrison A, Keefe E. Promoting Sexual Health in High School: A Feasibility Study of A Web-based Media Literacy Education Program. *J Health Commun.* 4 mars 2021;26(3):147-60.
195. Romer D, Sznitman S, DiClemente R, Salazar LF, Venable PA, Carey MP, et al. Mass Media as an HIV-Prevention Strategy: Using Culturally Sensitive Messages to Reduce HIV-Associated Sexual Behavior of At-Risk African American Youth. *Am J Public Health.* déc 2009;99(12):2150-9.
196. Sznitman S, Stanton BF, Venable PA, Carey MP, Valois RF, Brown LK, et al. Long term effects of community-based STI screening and mass media HIV prevention messages on sexual risk behaviors of African American adolescents. *AIDS Behav.* nov 2011;15(8):1755-63.
197. Gavin LE, Catalano RF, David-Ferdon C, Gloppen KM, Markham CM. A Review of Positive Youth Development Programs That Promote Adolescent Sexual and Reproductive Health. *Journal of Adolescent Health.* 1 mars 2010;46(3, Supplement):S75-91.
198. Catalano RF, Berglund ML, Ryan JAM, Lonczak HS, Hawkins JD. Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science.* 1 janv 2004;591(1):98-124.
199. Crocker BCS, Pit SW, Hansen V, John-Leader F, Wright ML. A positive approach to adolescent sexual health promotion: a qualitative evaluation of key stakeholder perceptions of the Australian Positive Adolescent Sexual Health (PASH) Conference. *BMC Public Health.* 3 juin 2019;19(1):681.
200. Helbekkmo E, Trengereid Tempero H, Sollesnes R, Langeland E. « We expected more about sex in the sex week » - A qualitative study about students' experiences with a sexual health education programme, from a health-promotion perspective. *Int J Qual Stud Health Well-being.* déc 2021;16(1):1963035.
201. Lys CL, Logie CH, Okumu M. Pilot testing Fostering Open eXpression among Youth (FOXY), an arts-based HIV/STI prevention approach for adolescent women in the Northwest Territories, Canada. *Int J STD AIDS.* sept 2018;29(10):980-6.
202. O'Farrell M, Corcoran P, Davoren MP. Examining LGBTI+ inclusive sexual health education from the perspective of both youth and facilitators: a systematic review. *BMJ Open.* 2 sept 2021;11(9):e047856.
203. Layzer C, Rosapep L, Barr S. A peer education program: delivering highly reliable sexual health promotion messages in schools. *J Adolesc Health.* mars 2014;54(3 Suppl):S70-77.

204. Jennings JM, Howard S, Perotte CL. Effects of a school-based sexuality education program on peer educators: the Teen PEP model. *Health Educ Res.* avr 2014;29(2):319-29.
205. Mitchell KR, Purcell C, Simpson SA, Broccatelli C, Bailey JV, Barry SJE, et al. Feasibility study of peer-led and school-based social network Intervention (STASH) to promote adolescent sexual health. *Pilot Feasibility Stud.* 14 juin 2021;7(1):125.
206. Stanton B, Wang B, Deveaux L, Lunn S, Rolle G, Li X, et al. Assessing the effects of a complementary parent intervention and prior exposure to a preadolescent program of HIV risk reduction for mid-adolescents. *Am J Public Health.* mars 2015;105(3):575-83.
207. Aventin Á, Gough A, McShane T, Gillespie K, O'Hare L, Young H, et al. Engaging parents in digital sexual and reproductive health education: evidence from the JACK trial. *Reprod Health.* 27 août 2020;17(1):132.
208. Dave G, Ritchwood T, Young TL, Isler MR, Black A, Akers AY, et al. Evaluating Teach One Reach One-An STI/HIV Risk-Reduction Intervention to Enhance Adult-Youth Communication About Sex and Reduce the Burden of HIV/STI. *Am J Health Promot.* nov 2017;31(6):465-75.
209. M Scull T, V Malik C, M Keefe E, Schoemann A. Evaluating the Short-term Impact of Media Aware Parent, a Web-based Program for Parents with the Goal of Adolescent Sexual Health Promotion. *J Youth Adolesc.* sept 2019;48(9):1686-706.
210. Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, Chattopadhyay SK, Jacob V, et al. The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. *Am J Prev Med.* mars 2012;42(3):272-94.
211. Santelli JS, Speizer IS, Edelstein ZR. Abstinence promotion under PEPFAR: the shifting focus of HIV prevention for youth. *Glob Public Health.* 2013;8(1):1-12.
212. Stanger-Hall KF, Hall DW. Abstinence-only education and teen pregnancy rates: why we need comprehensive sex education in the U.S. *PLoS One.* 2011;6(10):e24658.
213. Zellner Lawrence T, Henry Akintobi T, Miller A, Archie-Booker E, Johnson T, Evans D. Assessment of a Culturally-Tailored Sexual Health Education Program for African American Youth. *Int J Environ Res Public Health.* 24 déc 2016;14(1):E14.
214. Society for Adolescent Health and Medicine. Abstinence-Only-Until-Marriage Policies and Programs: An Updated Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. *J Adolesc Health.* sept 2017;61(3):400-3.
215. Renaud L, Sauvé L. Validation par les experts et évaluation de l'efficacité d'un jeu éducatif en ligne sur les attitudes des jeunes de 13 et 14 ans à l'égard de la santé sexuelle. *rse.* 2010;36(3):671-94.
216. Santé sexuelle des adolescentes : comment l'aborder en consultation ? [Internet]. *Revue Medicale Suisse.* [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2016/revue-medicale-suisse-522/sante-sexuelle-des-adolescentes-comment-l-aborder-en-consultation>

217. Fonquerne L. « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ». Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception. *Sante Publique*. 2021;33(5):663-73.
218. Lundgren PT, Detanne S, Dunais B, Bruno P, Bentz L, Khouri P, et al. Promoting primary care screening for Chlamydia trachomatis infection. *Sante Publique*. 12 août 2016;28(3):299-308.
219. Morrison-Beedy D, Passmore D, Carey MP. Exit interviews from adolescent girls who participated in a sexual risk-reduction intervention: implications for community-based health education promotion for adolescents. *J Midwifery Womens Health*. juin 2013;58(3):313-20.
220. Pound P, Denford S, Shucksmith J, Tanton C, Johnson AM, Owen J, et al. What is best practice in sex and relationship education? A synthesis of evidence, including stakeholders' views. *BMJ Open*. 2 juill 2017;7(5):e014791.
221. Bozon M. L'éducation à la sexualité, entre psychologie des différences, santé sexuelle et protection de la jeunesse. L'égalité introuvable ? *Sciences sociales et sante*. 2013;31(4):97-105.
222. Schalet AT, Santelli JS, Russell ST, Halpern CT, Miller SA, Pickering SS, et al. Invited commentary: broadening the evidence for adolescent sexual and reproductive health and education in the United States. *J Youth Adolesc*. oct 2014;43(10):1595-610.
223. IPPF. Youth Messaging Checklist. Dos and Don'ts in Information, Education and Communication [Internet]. 2019 [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: https://www.ippf.org/sites/default/files/youth_messaging_checklist.pdf
224. Douiller A. 25 techniques d'animation pour promouvoir la santé. 3 ème. Le Coudrier; 2020. 176 p.
225. Gaucher F, Janvre C, Tliba J. Animateur en milieu scolaire sur la vie affective et sexuelle : prévenir sans être pair. *Cahiers de l'action*. 2014;43(3):87-91.
226. Wilkins NJ, Rasberry C, Liddon N, Szucs LE, Johns M, Leonard S, et al. Addressing HIV/Sexually Transmitted Diseases and Pregnancy Prevention Through Schools: An Approach for Strengthening Education, Health Services, and School Environments That Promote Adolescent Sexual Health and Well-Being. *J Adolesc Health*. avr 2022;70(4):540-9.
227. Stephenson J, Bailey JV, Blandford A, Brima N, Copas A, D'Souza P, et al. An interactive website to aid young women's choice of contraception: feasibility and efficacy RCT. *Health Technol Assess*. nov 2020;24(56):1-44.
228. Danielson CK, McCauley JL, Gros KS, Jones AM, Barr SC, Borkman AL, et al. SiHLEWeb.com: Development and usability testing of an evidence-based HIV prevention website for female African-American adolescents. *Health Informatics J*. juin 2016;22(2):194-208.
229. Steinberg A, Griffin-Tomas M, Abu-Odeh D, Whitten A. Evaluation of a Mobile Phone App for Providing Adolescents With Sexual and Reproductive Health Information, New York City, 2013-2016. *Public Health Rep*. juin 2018;133(3):234-9.

230. Kalke KM, Ginossar T, Shah SFA, West AJ. Sex Ed to Go: A Content Analysis of Comprehensive Sexual Education Apps. Health Educ Behav. août 2018;45(4):581-90.
231. La revue Prescrire. Dispositifs intra uterins au cuivre idees vraies idees fausses. 2021.
232. La revue Prescrire. La pose d'un dispositif intra uterin. 2021.
233. La revue Prescrire. Choisir une pilule estroprogestative. 2021.
234. La revue Prescrire. Vous prenez une pilule estroprogestative. 2021.
235. La revue Prescrire. Le point sur les methodes de contraception. 2021.
236. La revue Prescrire. La contraception d'urgence. 2021.
237. La revue Prescrire. Relations sexuelles et contamination par le VIH.

7 Annexes

Annexe I: Quand commencer à utiliser des méthodes contraceptives spécifiques : les recommandations du CDC

How to Be Reasonably Certain That a Woman is Not Pregnant

A health-care provider can be reasonably certain that a woman is not pregnant if she has no symptoms or signs of pregnancy and meets any one of the following criteria:

- is ≤ 7 days after the start of normal menses
- has not had sexual intercourse since the start of last normal menses
- has been correctly and consistently using a reliable method of contraception
- is ≤ 7 days after spontaneous or induced abortion
- is within 4 weeks postpartum
- is fully or nearly fully breastfeeding (exclusively breastfeeding or the vast majority $\geq 85\%$ of feeds are breastfeeds), amenorrheic, and < 6 months postpartum

In situations in which the health-care provider is uncertain whether the woman might be pregnant, the benefits of starting the implant, depot medroxyprogesterone acetate (DMPA), combined hormonal contraceptives and progestin-only pills likely exceed any risk; therefore, starting the method should be considered at any time, with a follow-up pregnancy test in 2-4 weeks. For IUD insertion, in situations in which the health-care provider is not reasonably certain that the woman is not pregnant, the woman should be provided with another contraceptive method to use until the health-care provider can be reasonably certain that she is not pregnant and can insert the IUD.

When to Start Using Specific Contraceptive Methods

Contraceptive method	When to start (if the provider is reasonably certain that the woman is not pregnant)	Additional contraception (i.e., back up) needed	Examinations or tests needed before initiation ¹
Copper-containing IUD	Anytime	Not needed	Bimanual examination and cervical inspection ²
Levonorgestrel-releasing IUD	Anytime	If > 7 days after menses started, use back-up method or abstain for 7 days.	Bimanual examination and cervical inspection ²
Implant	Anytime	If > 5 days after menses started, use back-up method or abstain for 7 days.	None
Injectable	Anytime	If > 7 days after menses started, use back-up method or abstain for 7 days.	None
Combined hormonal contraceptive	Anytime	If > 5 days after menses started, use back-up method or abstain for 7 days.	Blood pressure measurement
Progestin-only pill	Anytime	If > 5 days after menses started, use back-up method or abstain for 2 days.	None

Abbreviations: BMI = body mass index; IUD = intrauterine device; STD = sexually transmitted disease; U.S. MEC = U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use

¹ Weight (BMI) measurement is not needed to determine medical eligibility for any methods of contraception because all methods can be used (U.S. MEC 1) or generally can be used (U.S. MEC 2) among obese women. However, measuring weight and calculating BMI (weight [kg]/height [m]²) at baseline might be helpful for monitoring any changes and counseling women who might be concerned about weight change perceived to be associated with their contraceptive method.

² Most women do not require additional STD screening at the time of IUD insertion. If a woman with risk factors for STDs has not been screened for gonorrhea and chlamydia according to CDC's STD Treatment Guidelines (<http://www.cdc.gov/std/treatment>), screening can be performed at the time of IUD insertion, and insertion should not be delayed. Women with current purulent cervicitis or chlamydial infection or gonococcal infection should not undergo IUD insertion (U.S. MEC 4).

Annexe II : Recommandations du CDC concernant la santé sexuelle chez les adolescents : pratiques cliniques fondées sur des données probantes

Service Domain (reference)	Evidence-based Clinical Practice(s)	Rationale
Contraceptive Access ^{12,34,5,6,7}	<ul style="list-style-type: none"> Offers same-day appointments Offers after-school hours appointments Offers appointments during the weekend Takes/updates sexual health history at every visit Offers a wide-range of contraception (via prescription and/or dispensed onsite) Offers hormonal contraception or IUD at every visit to the clinical provider regardless of reason for visit (e.g., urgent, preventive, school health, sports physical, pregnancy testing, emergency contraception, sexually transmitted disease [STD] testing, HIV testing) to ensure that there are no missed opportunities Prescribes hormonal contraception without prerequisite exams or STI testing (i.e., without first requiring any of the following: Pap smear, pelvic examination, breast examination, or STD testing) 	<ul style="list-style-type: none"> Preventive services should be offered/provided to adolescents at every visit to reduce rates of no-show follow-up visits and to minimize the risk of adolescents being lost to care. Clinic-level barriers (i.e., inconvenient hours, prerequisite screening) to providing preventive reproductive health services should be removed where feasible to facilitate timely provision of preventive services to adolescents.
Quick Start Provision of Hormonal Contraception/IUD ^{1,2,8,5,6,7,9}	<ul style="list-style-type: none"> Initiates hormonal contraception using the Quick Start method¹ Initiates hormonal contraception after the client has had a negative pregnancy test using Quick Start method Initiates hormonal contraception using the Quick Start method when an adolescent client is provided with emergency contraception where a pregnancy test is negative Offers Quick Start insertion of IUD 	<ul style="list-style-type: none"> Clinic protocols that require young women to delay initiation of hormonal contraception until their next menses present a barrier to initiation of contraception. Delaying initiation of hormonal contraception may increase the risk of unintended pregnancy.
Emergency Contraception ^{1,2,5,6,7,10,11}	<ul style="list-style-type: none"> Ensures emergency contraception is available to females Provides emergency contraception to females for future use (advance provision) Provides emergency contraception to males for future use (advance provision) 	<ul style="list-style-type: none"> Evidence indicates that adolescents use EC more frequently when barriers to access are removed, and that EC use is increased when provided through advance provision than when provided in the clinic. EC is an effective supplement to regular contraceptive methods.
Cervical Cancer Screening ^{12,13}	<ul style="list-style-type: none"> Adheres to current cervical cancer screening (Pap Smear) guidelines (i.e., initiate pap screening at age 21) 	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance data show a very low incidence of cancer in women less than 21 years of age. There is the risk that screening at earlier ages (before age 21) may increase anxiety and morbidity. Cancer screening and follow-up procedures are costly.
STI/HIV Testing and Treatment ^{1,14,15,16,17,18,19,20}	<ul style="list-style-type: none"> Provides Chlamydia screening at least annually, or based on diagnostic criteria, consistent with USPSTF and CDC recommendations Offers Chlamydia screening for females using a urine or vaginal swab specimen Offers Chlamydia screening for males using a urine specimen Offers Gonorrhea screening for both females and males Offers HIV rapid testing for females and males as per CDC recommendations Offers expedited, patient-delivered partner therapy as an option for the treatment of uncomplicated chlamydial infection 	<ul style="list-style-type: none"> Urine-based Chlamydia screening has comparable specificity to cervical and urethral specimens, while being less invasive. Data indicate patients with STIs have reduced risk for recurring infection when their sexual partners are treated in a timely manner or are treated at the same time as the patient.

1. Beginning contraception at the time of the visit rather than waiting for next menses (Gavin L, Moskosky S, Carter M, et al. Providing Quality Family Planning Services: Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs. *MMWR* 2014; 63(4):1-54).

Service Domain (reference)	Evidence-based Clinical Practice(s)	Rationale
Cost, Confidentiality, Consent ^{1,2,3,4,5,6,7,8}	<ul style="list-style-type: none"> Provides low-cost or no-cost contraceptive and reproductive health care services Provides confidential contraceptive and reproductive health care to adolescents without need for parental or caregiver consent (in accordance with state policy) 	<ul style="list-style-type: none"> Data indicate that requiring parental consent for reproductive and health services is a barrier to care for adolescents. Adolescents' concerns about confidential provision of reproductive health services are a barrier to care.
Health Center Infrastructure ^{9,10,11,12}	<ul style="list-style-type: none"> Participates in the federal 340B drug discount purchasing program Uses electronic medical records (e.g., eClinical Works, Centricity, Epic, NextGen) Has systems in place to facilitate billing third party payers for contraceptive and reproductive health care services provided 	<ul style="list-style-type: none"> Infrastructure that minimizes or removes financial barriers to reproductive health services facilitates adolescent access of these services. Evidence suggests that when there is inadequate reimbursement for provision of services, providers are less likely to adhere to agency guidelines on service provision. Use of EMRs has been linked to more accurate reporting of client-level data, improved protection of client confidentiality, and increased clinic efficiency.
Health Center Environment ^{13,14,15,16,17}	<ul style="list-style-type: none"> Has a counseling area that provides both visual and auditory privacy Has an examination room that provides visual and auditory privacy Has teen-focused magazines in the waiting room or examination areas Displays information on issues related to adolescent sexual and reproductive health (e.g., confidentiality, cost, what services are available to adolescents) Has brief evidence-based or evidence-informed video or other interventions designed for adolescents 	<ul style="list-style-type: none"> Evidence shows that providing adolescents with opportunities to speak privately with a clinician influences their receipt of sexual health assessments Provision of informational materials on adolescent contraceptive and reproductive health in waiting or exam rooms has been shown to positively influence adolescents' attitudes and willingness to discuss reproductive health with providers

References

- American College of Obstetricians and Gynecologists, Guidelines for adolescent health care. 2011, ACOG: Washington DC.
- American Medical Association, Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS): recommendations monograph. 1997: American Medical Association.
- McEneaney MJ, Hong GA. Preventing unintended pregnancy. *The Journal for Nurse Practitioners*, 2009. 5(6): p. 431-439.
- Secura GM, Allworth JF, Madden T, et al. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2010. 203(2): p. 115.e1-115.e7.
- American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, Contraception and adolescents. *Pediatrics*, 2007. 120(5): p. 1135-1148.
- American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, Emergency Contraception: policy statement. *Pediatrics*, 2005. 116: p. 1038-1047.
- Society for Adolescent Medicine, Provision of Emergency Contraception to adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 2004. 35: p. 66-70.
- Westhoff C, Heartwell S, Edwards S, et al. Initiation of oral contraceptives using a Quick Start compared with a conventional start: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2007. 109(6): p. 1270-1276 10.1097/01.AOG.0000264550.41242.12.
- Rickett W, Tieszl L, Lipschitz J, et al. Depo Now: Preventing unintended pregnancies among adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 2007. 40(1): p. 22-28.
- Harper CC, Cheong M, Rocca CH, et al. The effect of increased access to emergency contraception among young adolescents. *Obstetrics & Gynecology*, 2005. 106(3): p. 483-491 10.1097/01.AOG.0000174000.37962.a1.
- Wesaver MA, Raymond EG, Baecher L. Attitude and behavior effects in a randomized trial of increased access to emergency contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 2009. 113(1): p. 107-116 10.1097/AOG.0b013e318190c09e.
- Kahn JA, Chou V, Allen JD, et al. Beliefs about Papanicolaou smears and compliance with Papanicolaou smear follow-up in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999. 153: p. 1046-1054.
- ACOG Committee on Practice Bulletins—Gynecology, ACOG Practice Bulletin No. 109: Cervical cytology screening. *Obstet Gynecol*, 2009. 114: p. 1409-1470.
- Centers for Disease Control and Prevention, STD Treatment Guidelines. *MMWR*, 2010. 59: p. RR-12.
- Cook R, Hutchinson SL, Ostergaard L, et al. Systematic review: noninvasive testing for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. *Annals of Internal Medicine*, 2005. 142(11): p. 914-925.
- McChare JB, Scholes D, Grothaus I, et al. *Chlamydia* screening in at-risk adolescent females: an evaluation of screening practices and modifiable screening correlates. *Journal of Adolescent Health*, 2006. 38(6): p. 776-783.
- Fang J, Husman C, DeSilva I, et al. Evaluation of self-collected vaginal swab, first void urine, and endocervical swab specimens for the detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria Gonorrhoeae* in adolescent females. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2008. 21(6): p. 355-360.
- Meyers D, Wolff T, Gregory K, et al. USPSTF recommendations for STI screening. *American Family Physician*, 2008. 77(6): p. 819.
- Centers for Disease Control and Prevention, STD Treatment Guidelines—HIV Infection: Detection, Counseling, and Referral. 2010 [cited 2013 July 8]; Available from: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/hiv.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention, STD Treatment Guidelines—Special Populations. 2010 [cited 2014 July 8]; Available from: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/specialpop.htm>
- Brindis CD, Gelesstanger SP, Wilcox N, et al. Evaluation of a peer provider reproductive health service model for adolescents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2007. 37(2): p. 85-91.
- Morrison A, Mackie CM, Elliott L, et al. *The Sexual Health Help Centre: a service for young people*. *Journal of Public Health*, 1997. 19(4): p. 457-463.
- Reddy D, Fleming R, Swain C. Effect of mandatory parental notification on adolescent girls' use of sexual health services. *Journal of the American Medical Association*, 2002. 288(6): p. 710-714.
- Lane M, McCright J, Garrett K, et al. Features of sexually transmitted disease services important to African American adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999. 153: p. 829-833.
- Edman JC, Adams SH, Park MJ, et al. Who gets confidential care? Disparities in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2010. 46(4): p. 393-395.
- English A, Ford CA. More evidence supports the need to protect confidentiality in adolescent health care. *Journal of Adolescent Health*, 2007. 40(3): p. 199-200.
- Ford CA, Milstein SG, Halpern-Felsher BL, et al. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 1997. 278(12): p. 1029-1034.
- Lim SW, Chabra R, Rosen A, et al. Adolescents' views on barriers to health care: a pilot study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 2012. 3(2): p. 99-103.
- Spooner SA. Special requirements of electronic health record systems in pediatrics. *Pediatrics*, 2007. 119(3): p. 631-637.
- Brindis CD, Kapphahn C, McCarter V, et al. The impact of health insurance status on adolescents' utilization of school-based clinic services: implications for health care reform. *Journal of Adolescent Health*, 1995. 16(1): p. 18-25.
- McInerney TK, Cutl W, Yudkowsky BK. Physician reimbursement levels and adherence to American Academy of Pediatrics well-visit and immunization recommendations. *Pediatrics*, 2005. 115(4): p. 833-838.
- National Association of Community Health Centers. NACHC Study: benefits of the 340B drug pricing program for health centers. In Federal Regulatory Policy Report, 2011, National Association of Community Health Centers: Bethesda, MD
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Primary and preventive health care for female adolescents, in Tool Kit for Teen Care. 2009, ACOG: Washington DC.
- Morzel C, Vandevanter NI, Middlestadt S, et al. Attitudinal and contextual factors associated with discussion of sexual health issues during adolescent health visits. *Journal of Adolescent Health*, 2004. 35: p. 108-115.
- Kharbanda, EO, Levine SB, Barstein GR. Delivering adolescent preventive services in an office setting. *Adolescent Medicine: State of the art reviews*, 2011. 22(3): p. 482.
- Lindberg C, Lewis-Sprull C, Crowmower, R. Barriers to sexual and reproductive health care: urban male adolescents speak out. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 2006. 29(2): p. 73-88.

Annexe III : Guide/Critères de Frasser

- The young person understands the professional's advice.
- The young person cannot be persuaded to inform their parents.
- The young person is likely to begin, or to continue having, sexual intercourse with or without contraceptive treatment.
- Unless the young person receives contraceptive treatment, their physical or mental health, or both, are likely to suffer.
- The young person's best interests require them to receive contraceptive advice or treatment with or without parental consent

Annexe IV : Exemple de conduite à tenir concernant la notification de partenaires en fonction de l'IST du patient au Royaume-Unis.

Table 1: Look back intervals for STI partner notification and recommendations for epidemiological treatment (adapted from Ref 1 with permission)		
Infection	Look-back intervals for partner notification*	Epidemiological treatment*
Chancroid	All contacts since and in the 10 days prior to onset of symptoms.	Yes
Chlamydial infection	<ul style="list-style-type: none"> ■ Male index cases with urethral symptoms: all contacts since, and in the four weeks prior to, the onset of symptoms† ■ All other index cases (i.e. all females, asymptomatic males and males with symptoms at other sites, including rectal, throat and eye): all contacts in the six months prior to presentation† 	Yes
Epididymo-orchitis	Use the look-back intervals for Chlamydial infection or gonorrhoea, if these are detected. If these infections are not detected, the look-back interval is for all contacts since, and in the six months prior to, the onset of symptoms.†	Yes
Gonorrhoea	<ul style="list-style-type: none"> ■ Male index cases with urethral symptoms: all contacts since, and in the two weeks prior to, the onset of symptoms† ■ All other index cases (i.e. all females, asymptomatic males and males with symptoms at other sites, including rectal, throat and eye): all contacts in the three months prior to presentation† 	Yes
Hepatitis A‡	<p>Index cases with jaundice: all contacts in the two weeks prior to, and one week after, the onset of jaundice.</p> <p>Index cases without jaundice: if possible, estimate when infection is likely to have occurred based on a risk assessment.</p> <p>Notify the local CCDC§, or equivalent, if an outbreak is suspected, there are household contacts, there are concerns about food or water borne infection, or the index case is a food handler.</p>	No

Annexe V : l'éducation à la santé sexuelle dans les écoles aux Etats-Unis selon les Etats et Districts

GENERAL REQUIREMENTS FOR SEX* AND HIV EDUCATION									
STATE	SEX EDUCATION [†] MANDATED	HIV EDUCATION MANDATED	WHEN PROVIDED, SEX OR HIV EDUCATION MUST				PARENTAL ROLE		
			Be Medically Accurate	Be Age Appropriate	Be Culturally Appropriate and Unbiased	Cannot Promote Religion	Notic e	Conse nt	Opt-out allowed
Alabama		X		X					X
Alaska							X		X
Arizona			HIV	X			X	Sex	HIV
Arkansas		X							
California	X	X	X	X	X	X	X		X
Colorado			X	X	X	X	X		X
Connecticut		X							X
Delaware	X	X							
Dist. of Columbia	X	X		X			X		X
Florida	X	X		X					X
Georgia	X	X					X		X
Hawaii	X	X	X	X					X
Idaho									X
Illinois [†]		X	X	X	X	X			X
Indiana [†]		X					X		X
Iowa	X	X	X	X	X		X		X
Kansas	X								
Kentucky	X	X							
Louisiana			X			X			X
Maine	X	X	X	X					X
Maryland	X	X					X		X
Massachusett s					X		X		X
Michigan		X					X		X
Minnesota	X	X							
Mississippi [‡]	X			X			X	X	
Missouri		X	X	X			X		X
Montana	X	X		X					X
Nevada	X	X		X			X	X	
New Hampshire	X	X					X		X
New Jersey	X	X	X	X	X		X		X
New Mexico	X	X		X					X
New York		X		HIV					HIV
North Carolina	X	X	X	X					
North Dakota	X	X							
Ohio	X	X							X
Oklahoma		X	HIV				X		X
Oregon	X	X	X	X	X		X		X
Pennsylvania		X		HIV			HIV		HIV
Rhode Island	X	X	X	X	X				HIV
South Carolina	X	X		X			X		X
Tennessee	X [¶]	X	X	X	X		X	X	
Texas				X			X	X	
Utah [‡]	X	X	X				X	X	
Vermont	X	X		X					HIV
Virginia			X	X			X		X
Washington	X	X	X	X	X		X		X
West Virginia	X	X							X
Wisconsin		X					X		X
TOTAL	28+DC	37+DC	17	26+DC	10	4	25+DC	6	35+DC

Annexe VI : Exemple d'une activité proposée dans le guide « It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV, and Human Rights Education »

la vérité sur le désir



APERÇU : Les élèves répondent à un questionnaire « vrai ou faux » sur le désir sexuel et le genre.

OBJECTIFS : Apprendre aux élèves à distinguer le vrai du faux sur le désir sexuel.

INSTRUCTIONS

1 Dites aux élèves :

- Nous allons parler aujourd'hui de la question du désir sexuel et dissiper quelques mythes courants à son sujet.
- Nous allons commencer par un exercice « vrai ou faux ».

2 Distribuez la feuille d'exercice et demandez aux élèves d'y répondre rapidement.

3 Invitez un volontaire à lire le premier énoncé et encouragez la discussion en demandant :

- Combien d'entre vous pensent que cet énoncé est vrai ?
- Qui pense qu'il est faux ?

Si personne ne répond correctement, posez des questions qui aident le groupe à arriver à la bonne réponse. Ne la révélez vous-même que si personne ne la propose. Ne manquez pas de demander s'il reste des questions ou commentaires à émettre.

4 Répétez l'approche pour chaque énoncé.

5 Consacrez les 10 dernières minutes aux questions suivantes :

- Y a-t-il des choses que vous croyiez vraies au début de la classe et qui se sont avérées être des mythes ?
- Quel est l'effet de cette désinformation sur les sentiments qu'on a de soi et de sa sexualité ?
- Que remarquez-vous dans les messages de la société sur le désir masculin, par rapport au désir féminin ?
- Quel effet ce genre de mythes répandus peut-il avoir, selon vous, sur les relations intimes ?
- Pourquoi pensez-vous que nous recevons des messages différents sur le désir masculin et le désir féminin ? Est-ce justifié ?

DURÉE :

45 minutes

MATÉRIEL :

Tableau noir + craie ; une copie de la feuille à distribuer aux élèves « le désir sexuel » (ou copie des questions au tableau) ; « Clé pour l'enseignant ».

PRÉPARATION :

Lisez et, au besoin, adaptez la feuille d'exercice. Veillez à disposer de l'information nécessaire à la clarification des réponses.

LE DÉSIR SEXUEL : VRAI OU FAUX ?

Lisez chaque énoncé. Inscrivez dans la case de droite s'il vous paraît vrai (V) ou faux (F).		V ou F?
1	La plupart des femmes ne désirent pas vraiment les rapports sexuels.	
2	Quand on désire des rapports sexuels, il faut en avoir.	
3	L'attente sociale qui veut que les femmes ne désirent pas les rapports sexuels peut affecter leur niveau de désir.	
4	Si un garçon a une érection, c'est qu'il désire des rapports sexuels. Même chose pour une fille dont le vagin se lubrifie.	
5	Certaines femmes désirent des rapports sexuels plus que leur partenaire n'en désire.	
6	On peut avoir des fantasmes sexuels sans désirer les vivre dans la réalité.	
7	La peur d'une grossesse ou d'une IST peut affecter le désir sexuel.	
8	Tout le monde connaît un désir sexuel changeant dans le temps et suivant les circonstances.	
9	Les hommes désirent toujours avoir des rapports sexuels.	
10	La plupart des personnes âgées ressentent encore un désir sexuel.	
11	Un homme qui n'a pas d'érection dans une situation sexuelle ne désire pas la personne avec laquelle il se trouve.	
12	Certains médicaments affectent le désir sexuel.	
13	Une personne peut ressentir un désir sexuel pour une autre pour laquelle elle n'éprouve pas d'amour.	
14	Il est parfois normal pour les hommes de ne pas désirer de rapports sexuels.	
15	Une personne qui désire des rapports sexuels devient sexuellement excitée.	

CLÉ POUR L'ENSEIGNANT

réponses à la feuille d'exercice « le désir sexuel : vrai ou faux ? »

- 1 Faux** La plupart des femmes désirent les rapports sexuels, mais si elles n'y trouvent pas de plaisir, elles peuvent s'en désintéresser.
- 2 Faux** Le désir sexuel ne doit pas mener à l'activité sexuelle. En fait, on peut aimer le sentiment d'excitation sans désirer passer à l'acte.
- 3 Vrai** Les attentes sociales affectent le désir sexuel. Si une femme pense qu'elle ne doit pas désirer les rapports sexuels, elle peut supprimer ou nier son désir.
- 4 Faux** L'érection et la lubrification peuvent se produire sans raison ou pour des raisons autres que le désir. Par exemple, la plupart des hommes ont une érection le matin parce que leur vessie est pleine. Les adolescents ont souvent des érections spontanées sans désir ni excitation sexuelle.
- 5 Vrai** Le niveau de désir varie suivant la personne et les circonstances. Dans certains couples, à certains moments de la vie, la femme peut avoir un désir sexuel supérieur à celui de son partenaire.
- 6 Vrai** Les fantasmes ne sont souvent ... que des fantasmes, que la personne ne désire pas réaliser.
- 7 Vrai** Les états affectifs, de peur par exemple, peuvent affecter le désir sexuel d'une personne.
- 8 Vrai** Les niveaux « normaux » de désir sexuel varient et changent suivant différents facteurs, de nature physique, affective, sociale ou autre. Si le niveau de désir sexuel d'une personne est problématique, cette personne peut consulter un professionnel de la santé sexuelle.
- 9 Faux** Les hommes ne désirent pas toujours avoir des rapports sexuels. Leur niveau de désir varie, comme pour tout le monde.
- 10 Vrai** Le désir sexuel peut diminuer avec l'âge. Si la société accepte mal la sexualité des personnes âgées, l'opprobre peut affecter leur désir. Beaucoup de personnes ressentent un certain désir sexuel tout au long de leur vie.
- 11 Faux** Un homme peut ne pas avoir d'érection dans une situation sexuelle pour de nombreuses raisons, y compris d'ordre médical (diabète ou maladie cardiaque, par exemple), médicamenteux ou affectif (anxiété relative à sa performance sexuelle, colère ou simple préoccupation).
- 12 Vrai** L'amointrissement du désir sexuel peut être un effet secondaire de certains médicaments. D'autres, comme le Viagra, accroissent la fonction érectile et sont pris précisément dans ce but. Les médecins omettent souvent de parler de ces effets à leurs patients. Rien n'empêche de poser la question à un médecin ou à un pharmacien.
- 13 Vrai** On confond souvent le désir sexuel et l'amour. On peut aimer quelqu'un sans désirer avoir de rapports sexuels avec lui ou elle, ou bien désirer avoir des rapports sexuels avec quelqu'un qu'on n'aime pas nécessairement.
- 14 Vrai** Personne, homme ou femme, ne désire toujours avoir des rapports sexuels.
- 15 Faux** On désire parfois avoir des rapports sexuels mais l'excitation ne vient pas. Cela peut arriver à tout le monde. Il n'y a pas lieu de s'en inquiéter.

Annexe VII : Résumé des recommandations des Nations Unis pour concevoir une action de prévention sur la santé sexuelle

Phase préparatoire

1. Impliquer des experts spécialisés en sexualité humaine, changement des comportements et pédagogie en la matière.
2. Impliquer les jeunes, les parents/membres de la famille et d'autres acteurs de la communauté.
3. Évaluer les besoins et les comportements sociaux et en matière de santé sexuelle et reproductive des enfants et des jeunes ciblés par le programme, en fonction de l'évolution de leurs capacités.
4. Évaluer les ressources (humaines, financières et en temps) disponibles pour l'élaboration et la mise en œuvre du programme scolaire.

Élaboration du contenu

5. Se concentrer sur des objectifs, des résultats et des apprentissages clés clairs pour définir le contenu, l'approche et les activités.
6. Couvrir les thèmes dans un ordre logique.
7. Concevoir des activités adaptées au contexte et promouvoir la réflexion critique.
8. Aborder la question du consentement et les compétences pour la vie courante.
9. Dispenser une information scientifiquement exacte sur le VIH, le SIDA et les autres IST, la prévention des grossesses, les grossesses précoces et non désirées, et l'efficacité et la disponibilité des différentes méthodes de protection.
10. Aborder l'incidence des expériences biologiques et des normes culturelles et de genre sur la manière dont les enfants et les jeunes vivent leur sexualité et leur santé sexuelle et reproductive en général.
11. Aborder les facteurs spécifiques de risque et de protection qui ont une influence sur des comportements sexuels particuliers.
12. Aborder les stratégies à employer pour faire face à des situations spécifiques pouvant conduire à une infection à VIH ou à d'autres IST, à des rapports sexuels non désirés ou non protégés ou à des violences sexuelles.
13. Aborder les attitudes individuelles et les normes des pairs concernant le préservatif et l'ensemble des moyens de contraception.
14. Donner des informations sur les services disponibles pour répondre aux besoins de santé des enfants et des jeunes, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive.

Annexe VIII : Standards pour l'éducation sexuelle en Europe OMS : âge > 15 ans

15 et +	Information Informer l'adolescent-e sur	Compétences Permettre à l'adolescent-e de	Attitudes Aider l'adolescent-e à développer
Sexualité	<p>la relation sexuelle comme plus qu'un simple coït</p> <p>la signification des relations sexuelles aux différents âges et selon qu'on est une femme ou un homme</p> <p>la sexualité et le handicap, l'influence de certaines pathologies sur la sexualité (diabète, cancer, etc.)</p> <p>les relations sexuelles de nature transactionnelle (prostitution, mais aussi sexe en échange de petits cadeaux, repas, sorties, petites sommes d'argent), la pornographie, l'addiction ou la dépendance sexuelle</p> <p><i>les variations dans le comportement sexuel; les différentes phases de l'excitation</i></p>	<p>discuter des différents types de relations et des raisons qui poussent à avoir ou non des relations sexuelles</p> <p>faire son <i>coming out</i> (parler de ses sentiments homosexuels ou bisexuels)</p> <p>développer des compétences de communication et de négociation dans les relations intimes</p> <p><i>gérer les difficultés lors d'une prise de contact; gérer des désirs conflictuels</i></p> <p><i>être capable d'exprimer respectueusement ses propres souhaits et limites, et prendre en compte ceux des autres</i></p> <p><i>réfléchir aux dimensions de pouvoir inhérentes à la sexualité</i></p>	<p>une approche positive envers la sexualité et le plaisir</p> <p><i>l'idée qu'il existe différentes orientations et identités sexuelles</i></p> <p><i>l'acceptation de l'idée que la sexualité est présente sous diverses formes à chaque âge</i></p> <p><i>la transformation d'éventuels sentiments négatifs, de dégoût ou de haine envers l'homosexualité en acceptation des différences sexuelles</i></p>
Emotions	<p>les différentes sortes d'émotions (amour, jalousie); la différence entre ressentis et actions</p> <p><i>la prise de conscience de la différence entre pensées rationnelles et ressentis</i></p> <p><i>les sentiments d'insécurité que peuvent provoquer les débuts d'une relation</i></p>	<p>gérer le fait d'être amoureux, l'ambivalence, la déception, la colère, la jalousie, la trahison, la confiance, la culpabilité, la peur, le sentiment d'insécurité; parler de ses émotions</p> <p><i>gérer des émotions, des sentiments, des désirs différents ou conflictuels</i></p>	<p>accepter le fait que les ressentis des gens peuvent varier (selon leur sexe, leur culture, leur religion, etc., et leur interprétation de ceux-ci)</p>
Relations et styles de vie	<p>les comportements, attentes et malentendus liés aux rôles sexuels</p> <p><i>les structures familiales et leurs transformations, les mariages forcés; l'homosexualité/la bisexualité/l'asexualité, la monoparentalité</i></p> <p><i>comment développer et maintenir des relations</i></p>	<p>aborder l'injustice, la discrimination et l'inégalité</p> <p><i>remettre en question l'injustice, et cesser ou faire cesser l'utilisation d'un vocabulaire dégradant ou de blagues dénigrantes</i></p> <p><i>explorer ce que signifie être mère ou père</i></p> <p><i>rechercher une relation équilibrée</i></p> <p><i>devenir un-e partenaire soutenant-e et rempli-e de sollicitude</i></p>	<p>une ouverture d'esprit par rapport à différents types de relations et modes de vie;</p> <p><i>comprendre les déterminants historiques et sociaux des relations</i></p>

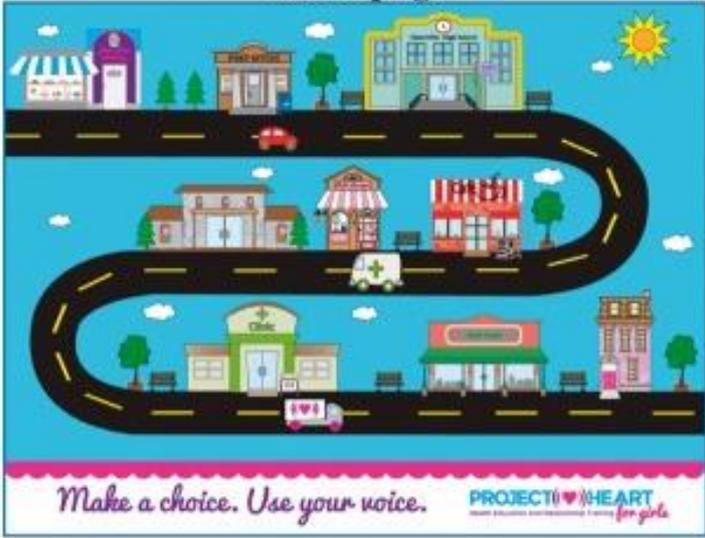
Annexe IX : Caractéristiques des programmes basés sur des données probantes aux Etats-Unis

Populations and Setting Characteristics

	School Based	Community Based	Ages 12-14 (middle school age)	Ages 14-18 (high school age)	Multiple Racial/Ethnic Populations	Gender Specific
All4You!						
All4You2!						
Becoming a Responsible Teen (BART)						
Be Proud! Be Responsible! (BPBR)						
Be Proud! Be Responsible! Be Protective! (BPBRBP)						 (female)
iCuidate!			 (Gr 8)			
Draw the Line (DTL)						
Get Real						
HealthSmart Sexual Health Units						
It's Your Game						
Making a Difference! (MAD)						
Making Proud Choices! (MPC)						
Promoting Health Among Teens! Abstinence Only (PHAT-AO)						
Promoting Health Among Teens! Comprehensive (PHAT-C)						
Project IMAGE						 (female)
Reducing the Risk (RTR)			 (Gr 8)	 (Gr 9 &10)		
Respecting the Circle of Life						
Safer Choices				 (Gr 9 &10)		
Sisters Saving Sisters						 (female)
STRIVE						

* Green light adaptations would be required for populations other than African American.

Homepage



Make a choice. Use your voice. PROJECT HEART
Health Education and Empowerment Training for girls

Knowledge Module



Make a choice. Use your voice. PROJECT HEART
Health Education and Empowerment Training for girls

STD Knowledge Quiz

Pop quiz!

See how much you know about sexually transmitted diseases by matching the description with the correct STD. Good luck!

This is a virus that can cause painless bumps around the vagina or penis (known as genital warts). It can also cause changes in a girl's cervix that lead to cervical cancer. This is the most common of all STDs.

HIV/AIDS
 Herpes
 HPV
 Chlamydia/Gonorrhea

LEARN MORE ABOUT HPV

Sexual Communication Skill Practice



Listen to the Clip

▶ 0:11 ◀



Record Yourself

Listen to Yourself

▶ 0:14 ◀

- 1) Did you clearly refuse unsafe behavior?
 Yes
 No
- 2) Did you give a reason why?
 Yes
 No
- 3) Did you sound clear and confident?
 Yes
 No

TRY AGAIN

CONTINUE

Give that another try. Make sure to say "no", give a reason, and be confident about what you want.

Annexe XI changement ou instauration d'une contraception : site formagyn

Changement ou instauration d'une contraception

FormaGyn

Situation antérieure ou contraception avant changement		Oestroprog.	Microprog. oral	Implant	SIU au LNG	Depoprovera	DIU Cuivre
Instauration							
Jour 1-5 d'un cycle naturel		😊	😊	😊	😊	😊	😊
> 5e jour sans rapports depuis les règles		Psv 7j	Psv 2j	Psv 7j	Psv 7j	Psv 7j	😊
> 5e jour + rapports depuis les règles		± QS + Psv 7j + HCG 21j	± QS + Psv 2j + HCG 21j	± QS + Psv 7j + HCG 21j	😞 ¹	± QS + Psv 7j + HCG 21j	😞 ²
Aménorrhée + rapports 3 dernières sem. + HCG neg.							
Oestroprogestatifs							
Semaine 2, 3, jours libres 1 ou 2		😊	😊	😊	😊	😊	😊
Semaine 1, jours libres 3 à 7 sans rapports depuis les jours libres		Psv 7j	Psv 2j	Psv 7j	Psv 7j	Psv 7j	😊
Semaine 1, jours libres 3 à 7 + rapports depuis les jours libres		Poursuivre OP jusqu'à 7 jours consécutifs puis conseils comme semaine 2 à 3					😊
Progestatifs							
Implant in situ efficace		😊	😊	😊	😊	😊	😊
Depoprovera < 14 semaines		😊	😊	😊	😊	😊	😊
Depoprovera > 14 semaines sans rapports depuis la 14e semaine		Psv 7j	Psv 2j	Psv 7j	Psv 7j	Psv 7j	😊
Depoprovera > 14 semaines + rapports depuis la 14e semaine		Voir instauration d'une contraception >5e jour + rapports.					
Microprogestatif oral au lévonorgestrel (LNG) + prise correcte		Psv 7j	😊	Psv 7j	Psv 7j	Psv 7j	😊
Microprogestatif oral au désogestrel (DSG) + prise correcte		😊	😊	😊	😊	😊	😊
Contraceptions intra-utérines							
Système intra-utérin (SIU) au LNG sans rapport depuis 7 jours		Psv 7j	Psv 2j	Psv 7j	Psv 7j	😊	😊
Système intra-utérin (SIU) au LNG + rapport depuis 7 jours		Garder SIU 7j	Garder SIU 7j	Garder SIU 7j	😞 ³	Garder SIU 7j	😞 ³
DIU cuivre Jours 1 à 5 du cycle		😊	😊	😊	😊	😊	😊
DIU > 5e jour sans rapports depuis 7 jours		Psv 7j	Psv 2j	Psv 7j	Psv 7j	Psv 7j	😊
DIU > 5e jour + rapports depuis 7 jours		Garder DIU 7j	Garder DIU 2j	Garder DIU 7j	😞 ^{3+ PSV 7j}	Garder DIU 7j	😞 ³
Utilisation incorrecte							
Utilisation incorrecte ou périmé sans rapport depuis 21 j + HCG neg		Psv 7j	Psv 2j	Psv 7j	Psv 7j	Psv 7j	😊
Utilisation incorrecte ou périmé + rapport depuis 21 j + HCG neg		Voir instauration d'une contraception >5e jour + rapports.					
Contraception d'urgence							
Ulipristal (EllaOne®)		Ne pas commencer avant 5 j (+5 j)			😞	+ 5j	😞 ²
5 jours après prise d'Ulipristal (EllaOne®)		Voir instauration d'une contraception >5e jour + rapports.					
Lévonorgestrel 1,5 mg		Voir instauration d'une contraception >5e jour + rapports.					
Légende							
1	Utiliser une autre méthode en attendant...	QS	Qui kls tart. Commencer la contraception		😊	Switch possible sans contraception complémentaire	
2	Si rapport dans les 5 derniers jours ou dans les 5 jours suivant l'ovulation la plus précoce => Instauration possible. Sinon utiliser une autre méthode en attendant.	Rapport	Rapports sexuels à risque de grossesse		😞	Switch non recommandé	
3	Idéalement s'abstenir pendant 7 jours encore avant le changement.	Psv	Utilisation complémentaire d'une méthode barrière (préservatif) ou absence de rapport pendant...		Garder	Poursuivre la contraception antérieure pendant (chevauchement)	

V 2020.1.1. L'inet et le collectif Formagyn, d'après FSRH. Switching or Starting Methods of Contraception 2019

Annexe XII : Applications anglaises complètes sur la santé sexuelle

Scores of CSEA Overall and for Comprehensive Components, BCTs, and Health Literacy

App Title	Developer	Category	Age Group	Rating	Comprehensive Components Score (out of 9)	Behavior Change Techniques Score (N= 6)	Health Literacy Score (N=23)	Overall Score (N=38)
Get SMART	ImpactAspen	Books & Reference	Unrated	3	9	4	20	33
It Matters	Big Yellow Star	Health & Fitness	Everyone	5	8	6	18	32
Safe	Amphibia	Health & Fitness	Unrated	4.2	9	5	18	32
My Sex Doctor	MYSD LTD	Lifestyle	Teen	3.7	8	5	16	29
The Real Deal	Youth and Family Education Resources	Education	Unrated	3	9	5	14	28
Sex Positive	University of Oregon	Education	Mature 17+	3.8	7	5	16	28
gpower	Georgia Campaign	Health & Fitness	Everyone 10+	4.3	3	4	20	27
ReproHealth	WHARC	Health & Fitness	Everyone	4.5	6	1	15	22
Ask Without Shame	Social Innovation Academy	Health & Fitness	Everyone	4	6	1	13	20
SayWhatsApp	Webstudio	Health & Fitness	Everyone	2.8	6	3	11	20
Sex Education	Ar Soft	Education	Everyone	4.4	5	1	13	19
Sexual Health Guide	AIDS West	Education	Unrated	4	5	3	11	19
Shared Sexuality	Android-aplicaciones-divertidas	Entertainment	Mature 17+	3.8	3	0	14	17
Healthwise	Noble Microsystems	Health & Fitness	Unrated	4.4	3	3	11	17
iGirl	Pip90	Health & Fitness	Unrated	3.3	2	3	11	16

Annexe XIII : Tableau des documents inclus dans la revue de la littérature

Recommandations et Guides

Titre du document	Lieu de la recherche	Date de publication	Pays	Type	Populations	Objectif de la recommandation	Évaluation de l'étude
Addressing Health Risks of Noncoital Sexual Activity	ACOG		États-Unis	Recommandation		Recommandation sur les risques IST en dehors des rapports sexuelles	AGREE II : 55 %
Confidentiality in Adolescent Health Care	ACOG	May 2014	États-Unis	Recommandation		Recommandation afin de respecter la confidentialité d'une consultation avec l'adolescent	AGREE II : 57 %
Promoting Healthy Relationships in Adolescents	ACOG	2020	États-Unis	Recommandation		Promouvoir la santé sexuelle auprès des adolescents	AGREE II : 57 %
Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices	ACOG	2020	États-Unis	Recommandation		Recommandation concernant les méthodes de contraception à longue durée d'action chez les adolescents	AGREE II : 55.5%
Counseling Adolescents About Contraception	ACOG	2019	États-Unis	Recommandation		Recommandations sur les conseils à apporter aux adolescents sur la contraception	AGREE II : 59 %
The Initial Reproductive Health Visit October 2020	ACOG	2020	États-Unis	Recommandation		Recommandations concernant la consultation concernant la santé sexuelle	AGREE II : 58 %
Contraception Resources from the CDC: 2016 U.S. Medical Eligibility Criteria	CDC	2016	Etats-Unis	Recommandation		Recommandations sur les critères d'éligibilité à la contraception aux Etats -Unis	AGREE II : 77.%

for Contraceptive Use							
When to Start Using Specific Contraceptive Methods	CDC	2016	Etats-Unis	Recommandation		Recommandations pour débuter la contraception et comment être sûr qu'une femme n'est pas enceinte	AGREE II : 77 %
US Selected Practice Recommendations (US SPR) for Contraceptive Use, 2016	CDC	2016	Etats-Unis	Recommandation		Recommandations sur les pratiques courantes concernant la contraception	AGREE II : 77 %
Screening Recommendations and Considerations Referenced in Treatment Guidelines and Original Sources	CDC	2021	Etats-Unis	Recommandation		Recommandations de dépistage des maladies sexuellement transmissibles	AGREE II : 78%
Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021	CDC	2021	Etats-Unis	Recommandation		Recommandations de prise en charge des maladies sexuellement transmissibles	AGREE II : 78 %
Contraceptive and Reproductive Health Services for Teens: Evidence-based Clinical Best Practices	CDC	2015	Etats-Unis	Recommandation		Recommandations concernant la santé sexuelle chez les adolescents : tableau récapitulatif	AGREE II : 76 %
Clinical Guidance Contraceptive Choices for Young People	FSRH	2019	Grande Bretagne	Recommandation		Recommandations pour les jeunes concernant la contraception en Grande Bretagne	AGREE II : 77 %
UK medical eligibility criteria for contraceptive use	FSRH	2019	Grande Bretagne	Recommandation		Recommandations sur les critères d'éligibilité à la contraception en Grande Bretagne	AGREE II : 77%
Service-standards-for-srh-consultation	FSRH	2019	Grande Bretagne	Recommandation		Recommandations concernant les consultations sur la contraception	AGREE II : 77%

Guideline-progestogen-only-pills-april-2019	FSRH	2019	Grande Bretagne	Recommandation		Recommandations concernant la pilule progestative	AGREE II : 77 %
Guideline-progestogen only injectable	FSRH	Oct 2020	Grande Bretagne	Recommandation		Recommandations concernant les injections de progestérone	AGREE II : 77 %
Guideline emergency contraception	FSRH	03 dec 2020	Grande Bretagne	Recommandation		Recommandations concernant la contraception d'urgences	AGREE II : 77 %
Guideline combined hormonal contraception	FSRH	2020	Grande Bretagne	Recommandation		Recommandation concernant la POP	AGREE II : 77 %
Recommended actions after incorrect use of chc	FSRH	2020-revu en 2021	Grande Bretagne	Recommandation		Conduite à tenir en cas d'oubli	AGREE II : 77 %
Guideline_Quick Starting Contraception	FSRH	2017	Grande Bretagne	Recommandation		Guide pour le quick start	AGREE II : 77 %
Contraceptive services for under 25s	NICE	2015	GB	Recommandation		Recommandation pour les plannings familiaux qui accueillent les moins de 25 ans	AGREE II : 82 %
Consensus canadien sur la contraception 1ere partie 2eme partie 3eme partie 4eme partie	JOGC	2015 2015 2016 2017	Canada	Recommandation		Recommandations concernant la contraception au Canada	AGREE II : 79 %
Lignes directrices canadiennes sur les infections transmises sexuellement : résumé des recommandations pour les infections à Chlamydia trachomatis, à Neisseria gonorrhoeae et la syphilis	PHAC	2020	Canada	Recommandation		Recommandations concernant les IST chez les adolescents au Canada	AGREE II : 62 %

Soins des enfants et des adolescents : Santé des adolescents	PHAC	2011	Canada	Guide		Guide de pratique clinique du personnel médical en soins primaires pour les jeunes	X
Republication de : Contraception de l'adolescente. RPC Contraception CNGOF	CNGOF	2018	France	Recommandation		Recommandations concernant la contraception chez les adolescents en France	AGREE II : 75%
Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG)	HAS	Sept-2019	France	Recommandation		Recommandations concernant la contraception chez les adolescents en France	AGREE II : 51%
IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes	HAS	Oct-2018	France	Recommandation/communiqué de presse		Recommandations concernant le dépistage des infections à chlamydiae chez les jeunes	X
Contraception hormonale orale : dispensation en officine	HAS	Sep-2019	France	Recommandation		Recommandation concernant la dispensation des méthodes contraceptives aux adolescentes	AGREE II : 50%
Sexually Transmitted Infections in Primary Care	Issus de la lecture bibliographique	2013	Royaume-Unis	Recommandation		Les infections sexuellement transmissibles	AGREE II : 69%
La contraception chez les adolescents canadiens	Issus de la lecture bibliographique	2018	Canada	Recommandation		Recommandations de la SCP concernant la contraception chez les adolescentes au Canada	AGREE II : 53%
Principes directeurs	ESCRH	2018	International	Guides		Guides pour ceux qui souhaitent faire une	X

internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle						action de prévention sur la sexualité en milieu scolaire : quelques principes fondamentaux	
Principes directeurs et programmes internationaux sur l'éducation complète à la sexualité en milieu extrascolaire	ESCRH	2020	International	Guides		Guides pour ceux qui souhaitent faire une action de prévention sur la sexualité en milieu extra-scolaire : quelques principes fondamentaux	X
Standards pour l'éducation sexuelle en Europe	ESCRH	Nov-2020	Europe	Guides		Guide pour les actions de prévention sur la santé sexuelle : les informations à donner, les compétences que les participants doivent acquérir et les attitudes qu'ils doivent avoir en fonction de l'âge	X
It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV, and Human Rights Education volume 2	ESCRH	2011	International	Guides		Le guide présente des méthodes d'enseignement efficaces pour l'éducation à la santé sexuelle. Regroupe plein d'outils pour animer des séances.	X
National Sexuality Education Standards	Issus de la lecture bibliographique	2020	Etats-Unis	Guides		Guides des connaissances et comportements à acquérir en fonction de l'âge des participants	X

Titre du document	Lieu de la recherche	Date de publication	Pays	Type	Populations	Objectif de l'étude	Évaluation de l'étude
Évaluation d'une campagne d'éducation à la vie sexuelle et affective chez l'adolescent étude sur 792 élèves de collèges et lycées de la région nantaise	Sudoc	2013	France	Thèse	Collégiens et lycéens	Evaluer la mise en place des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle dans les collèges et lycées de la région nantaise	
Evaluation de l'impact d'une action de prévention sur les IST adaptée aux adolescents sourds de 11 à 19 ans	Sudoc	2018	France	Thèse	Jeunes 11-19 ans	Evaluer l'amélioration des connaissances sur les IST après une action de prévention adaptée pour les adolescents sourds de 11 à 19 ans.	CASP cohort : 57 %
Les moyens d'information et d'accès à la contraception mis à disposition des mineurs en France.	Sudoc	2021	France	Thèse	Mineur.e.s	Synthétiser les moyens d'information à disposition des mineurs concernant la contraception à disposition des mineurs en France (éducation, planning familial, brochure site web, applications ...)	
Pharmaciens, adolescents et contraception élaboration d'une action éducative pour répondre a un besoin de sante publique chez les 14 15 ans.	Sudoc	2015	France	Thèse	Jeunes de 14-15 ans	Réalisation d'une action de prévention dans un collège de Lille. Résultats de l'action de prévention menée et les conclusions déduites.	

	Lieu de la recherche	Date de publication	Pays	Type	Etudes/Populations	Objectif de l'étude	Évaluation de l'étude
Brief educational strategies for improving contraception use in young people	Cochrane	2016	Etats-Unis et Chine	Méta-analyse	Jeunes de moins de 25 ans 11 études	Identifier les interventions éducatives courtes visant à améliorer l'utilisation de la contraception chez les jeunes et pouvant être mises en œuvre dans une clinique ou un établissement similaire disposant de ressources limitées.	R-AMSTAR : 90%
Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents	Cochrane	2016	Etats Unis Royaume Unis Canada, Italie et Mexique	Méta-analyse	Adolescents de 10 à 19 ans. 41 essais randomisés contrôlés	Évaluer les effets des interventions de prévention primaire (en milieu scolaire, communautaire/à domicile, en clinique et professionnelle) sur les grossesses non désirées chez les adolescentes.	R-AMSTAR : 84%
School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents	Cochrane	2016	Etats-Unis Mexique Canada Afrique	Revue systématique	Adolescent de moins de 19 ans 11 essais contrôlés randomisés	Identifier les interventions en milieu scolaire qui ont amélioré l'utilisation des contraceptifs chez les adolescents	R-AMSTAR : 75%
School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents	Cochrane	2016	Afrique du Sud Chili Angleterre Ecosse	Méta-analyse	Jeunes de 10 à 20 ans 8 essais contrôlés en grappes	Évaluer les effets des programmes scolaires de santé sexuelle et reproductive sur les infections sexuellement transmissibles (telles que le VIH, le virus de l'herpès simplex et la syphilis) et la grossesse chez les adolescentes.	R-AMSTAR : 75.5 %
Targeted client communication via mobile devices for improving sexual	Cochrane	2020	Pays à revenus élevés	Méta-analyse	Adolescents 40 essais	Évaluer les effets de l'utilisation des mobiles sur les connaissances des adolescents et sur le comportement des adolescents et des	R-AMSTAR : 81%

and reproductive health						adultes en matière de santé sexuelle et reproductive	
Theory-based interventions for contraception	Cochrane	2016	Etats-Unis	Revue systématique	10 essais adolescents	Examiner les essais contrôlés randomisés qui ont testé une approche théorique pour éclairer le choix contraceptif et encourager ou améliorer l'utilisation de la contraception.	R-AMSTAR : 75 %
Evidence-based and promising interventions to prevent sexually transmitted diseases: a literature review	CAIRN	2013	Etats-Unis	Revue systématique	Jeunes de 10 à 18 ans 27 interventions	Synthèse de la littérature concernant les Interventions validées ou prometteuses en prévention des Infections Sexuellement transmissibles	R-AMSTAR : 50 %
Association of Sexual Health Interventions With Sexual Health Outcomes in Black Adolescents	Pub med	2020	Etats Unis	Méta-analyse	29 études portant sur 11 918 adolescents noirs	Les interventions de santé sexuelle sont-elles associées à de meilleurs résultats de santé sexuelle chez les adolescents noirs ?	R-AMSTAR : 70%
Blended Learning for Sexual Health Education: Evidence Base, Promising Practices, and Potential Challenges	Pub med	2019	États-Unis, Europe Royaume-Uni.	Méta-analyse	9 études Adolescents	Synthèse et résultat de l'apprentissage mixte dans les programmes d'éducation en santé sexuelle	R-AMSTAR : 48 %
Condom Availability Programs in Schools: A Review of the Literature	Pub med	2019	États-Unis	Revue de la littérature	12 articles Jeunes âgés de 13 à 24 ans	Synthèse des revues qui ont évalué les programmes de disponibilité des préservatifs dans les écoles secondaires.	R-AMSTAR : 57 %
Development of Contextually-relevant Sexuality Education: Lessons from a Comprehensive	Pub med	2019	États-Unis, le Royaume-Uni, Chine continen	Revue de la littérature	Jeunes âgés de 15 à 25 ans	Fournir une revue complète de la littérature sur les programmes de sexualité existants dans des endroits sélectionnés dans des	R-AMSTAR : 36 %

Review of Adolescent Sexuality Education Across Cultures			tale, Hong Kong et Taïwan			contextes anglophones (c'est-à-dire les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni) et chinois (c'est-à-dire Hong Kong, la Chine continentale, et Taïwan).	
Examining LGBTI+ inclusive sexual health education from the perspective of both youth and facilitators: a systematic review	Pub med	2021	Etats-Unis, Royaume-s-Unis, Pays-Bas, Australie	Revue de la littérature	24 études	Évaluer et synthétiser des preuves relatives à la fois à la réception et à la prestation d'une éducation inclusive à la santé sexuelle LGBTI+	R-AMSTAR :66 %
Programs to improve adolescent sexual and reproductive health in the US: a review of the evidence	Pub med	2015	Etats-Unis	Revue de la littérature	52 programmes efficaces jeunes de 9 à 19 ans	Synthèse des programmes efficaces visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents aux États-Unis.	R-AMSTAR : 50 %
Programs to Reduce Teen Pregnancy, Sexually Transmitted Infections, and Associated Sexual Risk Behaviors: A Systematic Review	Pub med	2015	Etats-Unis	Revue de la littérature	88 études chez les adolescents	Synthèses des programmes efficaces visant à réduire les grossesses chez les adolescentes, les infections sexuellement transmissibles et les comportements sexuels à risque associés aux États-Unis	R-AMSTAR :54 %
Interventions using social networking sites to promote contraception in women of reproductive age	Pub med	2019	Etats-Unis	Revue de la littérature	2 études chez les femmes en âge de procréer	Évaluer l'efficacité des interventions utilisant les SRS pour promouvoir l'adoption et l'adhésion à la contraception chez les femmes en âge de procréer.	R-AMSTAR : 79 %
Sex Ed to Go: A Content Analysis of Comprehensive Sexual Education Apps	Pub med	2018	Internationale	Revue de la littérature	2 693 applications Adolescents	Description et analyse des applications sur la santé sexuelle efficaces	R-AMSTAR : 59 %

Technology-Based Interventions to Reduce Sexually Transmitted Infections and Unintended Pregnancy Among Youth	Pub med	2019	Etats-Unis, Chine Pays bas	Méta-analyse	16 études Jeunes âgés de 13 à 24 ans 16 études	Synthèse de la littérature sur les interventions technologiques en matière de santé sexuelle chez les jeunes.	R-AMSTAR : 73 %
What is best practice in sex and relationship education? A synthesis of evidence, including stakeholders' views	Pub med	2017	États-Unis, du Canada, d'Australie, de Nouvelle-Zélande, d'Europe, d'Afrique, d'Asie et d'Amérique du Sud	Revue de la littérature	92 études	Identifier ce qui rend les programmes de santé sexuelle efficaces, acceptables, durables	R-AMSTAR : 39 %

Articles d'études scientifiques

Titre du document	Lieu de la recherche	Date de publication	Pays	Type	Populations	Objectif de l'étude	Évaluation de l'étude
A Media Literacy Education Approach to High School Sexual Health Education: Immediate Effects of Media Aware on Adolescents' Media, Sexual Health, and Communication Outcomes	Pub med	2022	Etats unis	Essai contrôlé randomisé	1 ^{ère} et 2 ^{ème} année de lycée (14-16ans)	Evaluation d'un programme : Media Aware auprès de lycéens	JADAD : 3/5

A Mobile Health Contraception Decision Support Intervention for Latina Adolescents: Implementation Evaluation for Use in School-Based Health Centers	Pub Med	2019	Los-Angeles	Etude descriptive d'une application	1400 adolescentes latines sexuellement actifs de 14 à 18 ans	Description de la mise en œuvre de l'application Health-E You dans les milieux cliniques : efforts et obstacles	X
Developing an SMS text message intervention on sexual and reproductive health with adolescents and youth in Peru	Pub med	2020	Pérou	Etude descriptive du développement d'un programme	172 jeunes de 13 à 24 ans et 20 adultes	Description du développement du contenu d'une plateforme SMS avec jeunes de trois régions du Pérou dans le cadre de l'ARMADILLO (Adolescent/Youth Étude sur l'accès et la livraison mobiles en matière de reproduction pour les résultats de l'amour et de la vie).	X
The ARMADILLO text message intervention to improve the sexual and reproductive health knowledge of adolescents in Peru: Results of a randomized controlled trial	Issus de la lecture bibliographique	2022	Pérou	Essai contrôlé randomisé	712 jeunes de 13 à 17 ans	Déterminer si les adolescents qui ont accès aux informations de santé sexuelle à la demande via SMS sont plus à même de rejeter les idées fausses liés à la contraception par rapport aux adolescents recevant des SMS poussés ou aucune intervention.	JADAD : 3/5
A peer education program: delivering highly reliable sexual health promotion messages in schools	Pub med	2013	Caroline du nord	Etude observationnelle cohorte	62 pairs éducateurs et 678 participants de 15 à 19 ans	Evaluer la mise en œuvre d'un programme scolaire d'éducation par les pairs sur la santé sexuelle pour les jeunes du secondaire.	CASP cohort : 50 %
A positive approach to adolescent sexual health promotion: a	Pub med	2019	Australie	Etude observationnelle	Jeunes de plus de 15 ans et animate	Evaluation qualitative de la conférence PASH	CASP cohort : 50 %

qualitative evaluation of key stakeholder perceptions of the Australian Positive Adolescent Sexual Health (PASH) Conference				corhort e	urs de la conférence		
A Randomized Controlled Trial Comparing Computer-Assisted Motivational Intervention to Didactic Educational Counseling to Reduce Unprotected Sex in Female Adolescents	Pub med	2015	Etats Unis	Essai contrôlé randomisé longitudinal de 9 mois	572 jeunes de 13 et 21 ans	Examiner une intervention motivationnelle assistée par ordinateur et guidée par un conseiller visant à réduire le risque de rapports sexuels non protégés.	JADAD : 3/5
A school-based social-marketing intervention to promote sexual health in English secondary schools: the Positive Choices pilot cluster RCT	Pub med	Janv 2021	Angleterre	Étude de faisabilité	1166 Élèves en 8e année au départ	Optimiser et tester la faisabilité de Positive Choices,	X
The Positive Choices trial: study protocol for a Phase-III RCT trial of a whole-school social marketing intervention to promote sexual health and reduce health inequalities	Pub med	Nov21 21	Angleterre	Description d'un futur ECR	Adolescents	Description de l'Essai contrôlé en grappes prévu pour évaluer le programme The positive Choice	X
Feasibility and acceptability of a whole-school	Pub med	Mars 2022	Angleterre	Essai contrôlé	573 adolescents de	Evaluation intégrale du programme impliquant quatre écoles	JADAD : 3/5

social-marketing intervention to prevent unintended teenage pregnancies and promote sexual health: evidence for progression from a pilot to a phase III randomised trial in English secondary schools				randomisé pilote	12-14 ans	d'intervention et deux écoles témoins dans le sud-est de l'Angleterre.	
A sexual health quality improvement program (SHIMMER) triples chlamydia and gonorrhoea testing rates among young people attending Aboriginal primary health care services in Australia	Pub med	2015	Australie	Etude observationnelle exposé non exposé	4410 jeunes de 15 à 29 ans	Evaluer si un programme d'amélioration de la qualité de la santé sexuelle : SHIMMER pouvait augmenter le dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée chez les jeunes fréquentant des services de soins de santé	CASP cas témoin : 75 %
Abstinence-only education and teen pregnancy rates: why we need comprehensive sex education in the U.S	Pub med	2011	Etats Unis	Etude observationnelle avec une approche corrélative	50 États américains	Démontrer que l'importance croissante accordée à l'éducation à l'abstinence est positivement corrélée aux taux de grossesse et de natalité chez les adolescentes	CASP cohort : 71 %
Acceptability of a Computer-Tailored Safer Sex Intervention for Heterosexually Active African Americans Attending an STI Clinic	Pub med	2020	Etats-Unis	Essai contrôlé randomisé à deux bras	274 afro-américain hétérosexuels	Evaluation du programme d'information sur mesure pour des relations sexuelles plus sûres qui utilise l'ordinateur	JADAD : 3/5

Addressing the Sexual Health of Delaware Teens through Evidence-based and Promising Education	Pub med	2018	Etats-Unis	Etude observationnelle à l'aide de pré- et post-enquêtes	609 adolescents de 11 à 18 ans	Evaluation de 3 programmes basés sur des données probantes sur l'amélioration des connaissances et des attitudes concernant les comportements sexuels à risque.	CASP cohort : 57 %
An interactive website to aid young women's choice of contraception: feasibility and efficacy RCT	Pub med	2020	Londres	Essai parallèle randomisé en simple aveugle	927 jeunes filles 15 à 30 ans	Evaluation du site web https://www.contraceptionchoices.org/ pour aider à choisir une contraception	JADAD : 3/5
An Interactive Web-Based Sexual Health Literacy Program for Safe Sex Practice for Female Chinese University Students: Multicenter Randomized Controlled Trial	Pub med	2021	Hong Kong	Essai contrôlé randomisé multicentrique	781 étudiantes âgées de 18 à 25 ans	Evaluation d'une intervention en ligne sur la littératie en santé sexuelle appelée "Smart Girlfriend"	JADAD : 3/5
Assessing the Effects of a Complementary Parent Intervention and Prior Exposure to a Preadolescent Program of HIV Risk Reduction for Mid-Adolescents	Pub med	2014	Caraïbes	Essai randomisé contrôlé	2 564 jeunes bahamiens de 10e année	Évalué l'impact d'un programme de prévention du VIH fondé sur des données probantes avec et sans composante parentale chez des adolescents vivant dans les Caraïbes	JADAD : 1/5
Assessment of a Culturally-Tailored Sexual Health Education Program for African American Youth	Pub med	2016	Atlanta, en Géorgie.	Essai randomisé contrôlé	763 afro-Américains âgés de 12 à 18 ans	Evaluer l'efficacité du To Help Young People Establish (2 HYPE) Abstinence Club, une intervention comportementale conçue pour promouvoir l'activité sexuelle retardée chez	JADAD : 2/5

						les jeunes Afro-Américains âgés de 12 à 18 ans à Atlanta, en Géorgie.	
Behavioral and Psychosocial Effects of Two Middle School Sexual Health Education Programs at Tenth-Grade Follow-Up	Pub med	2014	Etats-Unis	Essai randomisé contrôlé	1233 élèves de 10 -ème année âge moyen 12,6 ans.	Evaluation d'un programme d'évitement des risques et d'un programme de réduction des risques dans le retard à l'initiation des rapports sexuels	JADAD : 1/5
"Be Straight Up and So Will He": Evaluation of a Novel HIV Prevention Condom Distribution and Health Communication Intervention Targeting Young African American Females	Pub med	2018	Etats Unis	Etude observationnelle de cohorte sur 3 mois à l'aide de pré- et post-test	195 jeunes filles afro-américaines au début puis 188 à 3 mois d'intervention	Evaluation d'une intervention de distribution de préservatif dans une établissement + message	CASP cohort : 79 %
C-SAFE: A Computer-Delivered Sexual Health Promotion Program for Latinas	Pub med	2017	Californie et Floride	Essai contrôlé randomisé	321 au début et 278 à la fin de l'étude âgés de 19 à 25 ans	Évaluation de C-SAFE (Sexual Awareness for Everyone), un programme de promotion de la santé sexuelle par ordinateur pour les Latinas	JADAD : 1/5
Comprehensive sexuality education in Hong Kong: study protocol for process and outcome evaluation	Pub med	2021	Hong Kong	Description d'une future Etude observationnelle prospective	6 écoles	Evaluer l'efficacité d'un programme complet d'éducation sexuelle en milieu scolaire à Hong Kong.	X
Education of Adolescents in the Prevention of	Pub med	2021	République tchèque	Etude observationnelle	1210 Élèves âgés de	Evaluer l'efficacité du programme éducatif interactif Playfully about STDs	CASP cohort : 64 %

HIV/AIDS in the Czech Republic				e de cohorte	13 à 19 ans	(PaSTDs), dans la sensibilisation et la connaissance de la prévention du VIH et des MST chez les adolescents.	
Educators' Perspectives on Integrating Technology Into Sexual Health Education: Implementation Study	Pub med	2022	Fresno, en Californie	Etude observationnelle de cohorte	Age moyen de 15,5 ans	Évaluer les perceptions et les expériences des éducateurs de santé concernant l'intégration de la technologie dans un programme d'éducation à la santé sexuelle conçu pour les jeunes	CASP cohort : 43 %
Effectiveness of school-based education on HIV/AIDS knowledge, attitude, and behavior among secondary school students in Wuhan, China	Pub med	2012	Wuhan, en Chine	Enquête quasi-expérimentale milieu scolaire utilisant un questionnaire auto-administré	Jeunes âgés de 11 à 18 ans.	L'éducation sanitaire en milieu scolaire sur le VIH/SIDA peut être un moyen efficace de prévenir la propagation du SIDA chez les adolescents.	CASP cohort : 71 %
Effectiveness Evaluation of It's Your Game: Keep It Real, a Middle School HIV/Sexually Transmitted Infection/Pregnancy Prevention Program	Pub med	2019	Californie	Etudes observationnelles prospective exposés- non exposés	4 562 élèves en 7e et 8e année	Evaluer l'efficacité du programme de prévention du VIH/infections sexuellement transmissibles/grossesse, C'est votre jeu : Keep It Real (IYG).	CASP cas/témoin : 71 %
Effects of a school-based sexuality education program on peer educators: the Teen PEP model	Pub med	2014	New Jersey	Essai quasi-expérimental, non randomisé	157 étudiants en moyenne de 16 ans	Evaluation de du programme Teen Prevention Education Program (Teen PEP), un programme d'éducation sexuelle dirigé par des pairs conçu pour prévenir les grossesses non désirées et des IST	JADAD : 1/5

Effects of a Sexual Risk-Reduction Intervention for Teenagers: A Cluster-Randomized Control Trial	Pub med	2022	Colombie	Essai contrôlé randomisé	2047 adolescents âgés de 12 à 19 ans	Evaluation du programme COMPAS dans sa version colombienne du programme immédiatement après sa mise en œuvre et après 6 mois	JADAD : 2/5
Efficacy of It's Your Game-Tech: A Computer-Based Sexual Health Education Program for Middle School Youth	Pub med	2016	Texas	Essai contrôlé randomisé	1,374 élèves de 13 – 15 ans	Evaluer l'efficacité de It's Your Game (IYG)-Tech, un programme d'éducation à la santé sexuelle entièrement informatisé pour retarder l'initiation sexuelle en neuvième année sur l'abstinence	JADAD : 3/5
Engaging parents in digital sexual and reproductive health education: evidence from the JACK trial	Pub med	2010 2011	Royaume-Unis	Etude observationnelle de cohorte	109 adolescents, enseignants, parents et experts en politique de SSR 134 parents 3179 adolescents	Etudier l'acceptabilité et de la faisabilité de l'utilisation des technologies en ligne et mobiles pour impliquer les parents dans l'éducation à la santé sexuelle	CASP cohort : 71 %
Evaluating Teach One Reach One-An STI/HIV Risk-Reduction Intervention to Enhance Adult-Youth Communication About Sex and Reduce the Burden of HIV/STI	Pub med	2020	Fresno, en Californie	Essai pré-intervention-post-intervention, quasi-expérimental, contrôlé et communautaire.	249 parents, soignants ou figures parentales de jeunes afro-américains âgés de 10 à 14 ans.	Évaluation de Teach One Reach One - Une intervention de réduction des risques d'ITS/VIH pour améliorer la communication adultes-jeunes sur la sexualité auprès des parents	JADAD : 0/5

Evaluating the Effectiveness of an Intervention Integrating Technology and In-Person Sexual Health Education for Adolescents (In the Know): Protocol for a Cluster Randomized Controlled Trial	Pub med	2020	Etats-Unis	Protocole pour un essai contrôlé randomisé en grappes	1260 participants d'âge moyen de 15.73 ans	Évaluation de l'efficacité d'une intervention intégrant la technologie et l'éducation à la santé sexuelle en personne pour les adolescents : in the know	X
Evaluating the Short-term Impact of Media Aware Parent, a Web-based Program for Parents with the Goal of Adolescent Sexual Health Promotion	Pub med	2020	Etats-Unis	Essai contrôlé randomisé en intention de traiter, pré-test / post-test avec un groupe témoin actif	355 paires parent-enfant	Évaluation de l'impact à court terme de Media Aware Parent, un programme Web pour les parents dans le but de promouvoir la santé sexuelle des adolescents	JADAD : 2/5
Evaluation of a Mobile Phone App for Providing Adolescents With Sexual and Reproductive Health Information, New York City, 2013-2016	Pub med	2018	New York	Essai contrôlé randomisé	1 application	Analysé les données sur les recherches de la section Où aller de l'application Teens in New-York pour étudier son utilisation	JADAD : 3/5
Examining the efficacy of an mHealth media literacy education program for sexual health promotion in older adolescents attending	Pub med	2019	Sud-Est des Etats Unis	Essai contrôlé randomisé	184 étudiants des collèges communautaires (âgés de 18 à 19 ans)	Déterminer la faisabilité d'un programme d'éducation aux médias sur la santé sexuelle (mHealth), Media Aware , pour améliorer les résultats en matière de santé sexuelle chez les étudiants adolescents	JADAD : 3/5

community college						plus âgés des collèges communautaires.	
Exit interviews from adolescent girls who participated in a sexual risk-reduction intervention: implications for community-based health education promotion for adolescents	Pub med	2013	Etats-Unis	Etude observationnelle de cohorte	26 filles afro-américaines à faible revenu âgées de 15 à 19 ans	Convier les filles qui ont participé à une intervention sexospécifique de réduction des risques sexuels à décrire leurs expériences et à identifier les caractéristiques du programme les plus ou les moins bénéfiques à leur participation.	CASP cohort : 50 %
Exploring the Use of Technology for Sexual Health Risk-Reduction among Ecuadorean Adolescents	Pub med	2019	Equateur	Etude observationnelle de cohorte	204 adolescents 15 à 18 ans et formateurs en santé sexuelle	Déterminer les connaissances de base en matière de santé sexuelle et l'acceptation d'un programme technologique de réduction des risques en matière de santé sexuelle chez les adolescents équatoriens.	CASP cohort : 50 %
Feasibility study of peer-led and school-based social network Intervention (STASH) to promote adolescent sexual health	Pub med	2021	Ecosse	Étude de faisabilité non randomisée	680 Adolescents âgées de 14–16 ans au départ puis 603 à 6 mois	Evaluer la faisabilité, l'acceptabilité, la fidélité et la portée de l'intervention STASH : une intervention sur les réseaux sociaux dirigée par des pairs et en milieu scolaire	X
Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of a Brief Online Sexual Health Program for Adolescents	Pub med	2019	États-Unis	Etude de faisabilité, d'acceptabilité et d'efficacité préliminaire Randomisée	226 lycéens d'âge moyen de 16.3 ans	Evaluation de la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité d'un programme de santé sexuelle interactif en ligne pour les adolescents : Health Education and Relationship Training (HEART)	X

Feasibility and acceptability of a web-based HIV/STD prevention program for adolescent girls targeting sexual communication skills	Pub med	2017	Sud-est des États-Unis	Etude de faisabilité et d'acceptabilité : information provenant d'un essai contrôlé randomisé en cours	222 filles de 10e année (âge moyen de 15,26 ans)	Évaluer la faisabilité et l'acceptabilité du programme Health Education and Relationship Training for girl et examiner si l'acceptabilité perçue variait selon l'origine ethnique des participants, leur orientation sexuelle ou leur statut d'activité sexuelle.	X
Feasibility, acceptability, and process indicators for Guy2Guy, an mHealth HIV prevention program for sexual minority adolescent boys	Pub med	2019	Etats-Unis	Essai contrôlé randomisé	302 jeunes garçons de minorités sexuelles âgés de 14 à 18 ans	Evaluer la faisabilité et l'acceptabilité du programme Guy2Guy	JADAD : 2/5
Impact of an Intervention Designed to Reduce Sexual Health Risk Behaviors of African American Adolescents: Results of a Randomized Controlled Trial	Pub med	2016	Etats-Unis	Essai contrôlé randomisé	850 jeunes âgés de 14 à 18 ans	Evaluation du programme Becoming a Responsible Teen	JADAD : 3/5
Increasing boys' and girls' intentions to avoid teenage pregnancy: a cluster randomised controlled feasibility trial of an interactive	Pub med	2017	Irlande du Nord	Essai de faisabilité contrôlé randomisé en grappes	831 élèves 14 à 16 ans et 40 enseignants et 10 parents	Déterminer la faisabilité de mener un essai d'efficacité du programme : If I Were Jac	X

video drama-based intervention in post-primary schools in Northern Ireland							
Improving STD testing behavior among high-risk young adults by offering STD testing at a vocational school	Pub med	2011	Pays-Bas	Etudes observationnelles de cohorte à l'aide d'analyse univariée et multivariée,	345 élèves de lycées professionnels de 18 à 20 ans	Evaluation de la mise à disposition de kit d'auto-prélèvement pour la recherche de chlamydiae dans un lycée professionnel	CASP cohort : 79 %
Long term effects of community-based STI screening and mass media HIV prevention messages on sexual risk behaviors of African American adolescents	Issus de la lecture bibliographique	2011	Etats-Unis	Etude observationnelles de cohorte	1383 Adolescents afro-américains âgés de 14 à 17 ans	Evaluation à long terme des effets du dépistage pour tous les participants des IST et des messages médiatiques de prévention du VIH sur les comportements sexuels à risque des adolescents afro-américains	CASP cohort : 86 %
Mass Media as an HIV-Prevention Strategy: Using Culturally Sensitive Messages to Reduce HIV-Associated Sexual Behavior of At-Risk African American Youth	Pub med	2009	États-Unis	Etude observationnelles de cohorte	1657 jeunes âgés de 14 à 17 ans	Evaluation de l'utilisation des messages adaptés à la culture pour réduire les comportements sexuels associés au VIH chez les jeunes afro-américains à risque	CASP cohort : 85.7 %
Pilot testing Fostering Open eXpression among Youth (FOXY), an arts-based HIV/STI prevention	Pub med	2016	Canada	Etude pilote	199 jeunes s'identifiant comme de femmes,	Evaluation d'une intervention basée sur l'art : FOXY : Fostering Open eXpression among Youth	JADAD : 3/5

approach for adolescent women in the Northwest Territories, Canada					autochtones et du Nord âgées de 13 à 17 ans		
Preventing Pregnancy in High School Students: Observations From a 3-Year Longitudinal, Quasi-Experimental Study	Pub med	2016	Texas	Etude quasi-expérimentale de 3 ans	1437 élèves en 9e année puis 10e et 11e années	Évaluer si une intervention d'éducation à la santé sexuelle réduit les taux de grossesse chez les élèves du secondaire.	JADAD : 3/5
Promoting Sexual Health in High School: A Feasibility Study of A Web-based Media Literacy Education Program	Pub med	2021	États-Unis	Essai contrôlé randomisé pré-post pour évaluer la faisabilité	331 élèves d'une école secondaire	Evaluer la faisabilité du programme Media Aware	JADAD : 3/5
Results from e-KISS: electronic-KIOSK Intervention for Safer Sex: A pilot randomized controlled trial of an interactive computer-based intervention for sexual health in adolescents and young adults	Pub med	2019	Washington	Essai pilote randomisé contrôlé	272 patients de la clinique STI, à Seattle, âgées de 14 à 24 ans	Evaluation de faisabilité et l'acceptabilité d'une intervention interactive informatisée pour promouvoir la santé sexuelle des adolescents et des jeunes adultes, et l'efficacité de l'intervention pour réduire les rapports sexuels non protégés, les IST et les grossesses non désirées.	JADAD : 3/5
Sex Ed by Brown Med: A Student-Run Curriculum and Its Impact on Sexual Health Knowledge	Pub med	2017	Rhode Island	Etude observationnelle à l'aide de pré et post test	120 élèves de 7e année	Evaluation d'un programme de santé sexuelle mener avec des étudiants en médecine	CASP cohort : 36 %

Sexual risk avoidance and sexual risk reduction interventions for middle school youth: a randomized controlled trial	Pub med	2016	Etats-Unis	Essai contrôlé randomisé à trois bras	1 258 élèves de septième année,	Évaluer l'efficacité de deux programmes multimédias d'éducation sexuelle au collège fondés sur la théorie pour retarder l'initiation sexuelle.	JADAD : 2/5
SiHLEWeb.com: Development and usability testing of an evidence-based HIV prevention website for female African-American adolescents	Pub med	2016	Etats-Unis	Etude observationnelle de cohorte	18 femmes afro-américaines de 13 à 18 ans	Description du développement du programme et Présentation les résultats qualitatifs et quantitatifs des tests d'utilisabilité de SiHLE Web	CASP cohort : 43 %
Text Messaging, Teen Outreach Program, and Sexual Health Behavior: A Cluster Randomized Trial	Pub med	2016	Denver, Colorado	Essai contrôlé randomisé	632 jeunes âgés de 14 à 18 ans	Examiner si Youth All Engaged! (une intervention par message texte) a intensifié les effets du programme de prévention de la grossesse chez les adolescentes Teen Outreach (témoin) pour les jeunes.	JADAD : 2/5
The use of Facebook in health education: perceptions of adolescent students	Pub med	2018	Brésil	Etude observationnelle de cohorte	14-18 ans	Comprendre les perceptions des étudiants adolescents concernant l'utilisation des médias sociaux Facebook dans l'apprentissage de la santé sexuelle et reproductive dans la stratégie de santé familiale.	CASP cohort : 36 %
Using Media Literacy Education for Adolescent Sexual Health Promotion in Middle School:	Pub med	2019	Etats-Unis	Essai contrôlé randomisé	880 étudiants âge moyen 13 ans	Examiner l'efficacité à court terme de Media Aware,	JADAD : 3/5

Randomized Control Trial of Media Aware							
Video Intervention to Increase Perceived Self-Efficacy for Condom Use in a Randomized Controlled Trial of Female Adolescents	Pub med	2018	Ohio, la Pennsylvanie et la Virginie-Occidentale.	Essai contrôlé randomisé multisite.	674 Adolescents de 14 à 19ans	Évaluer les effets de la vidéo interactive Seventeen Days sur l'auto-efficacité perçue des jeunes femmes pour l'utilisation de préservatifs 6 mois après avoir reçu l'intervention, par rapport à un témoin.	JADAD : 3/5
'We expected more about sex in the sex week' - A qualitative study about students' experiences with a sexual health education programme, from a health-promotion perspective	Pub med	2021	Norvège	Etude observationnelle de cohorte	31 adolescents âgés de 15 à 16 an	Explorer les expériences des adolescents avec la participation à un programme d'éducation à la santé sexuelle nommé «Semaine 6»	CASP cohort : 36%
Promotion du dépistage d'infection à chlamydiae trachomatis en soins primaires	CAIRN	2016	France	Etude observationnelle de cohorte	105 médecins généralistes	Mettre en œuvre et évaluer une intervention visant d'abord à informer puis à inciter des médecins généralistes à promouvoir le dépistage de l'infection à CT chez les patients de 18 à 24 ans	CASP cohort : 50%
Validation par les experts et évaluation de l'efficacité d'un jeu éducatif en ligne sur les attitudes des jeunes de 13 et 14 ans à l'égard de la santé sexuelle	Persée	2010	Québec	Etude observationnelle de cohorte	173 jeunes de 13 à 14 ans	Evaluer la pertinence d'un jeu éducatif en ligne intervenant sur les attitudes en matière de santé sexuelle.	CASP cohort : 71 %

Autres

Titre du document	Lieu de la recherche	Date de publication	Pays	Type	Populations	Objectif de l'article	Évaluation de l'étude
L'éducation à la sexualité entre psychologie des différences, santé sexuelle et protection de la jeunesse. L'égalité introuvable.	CAIRN	2013	France	Article de revue		Est-ce possible de faire une intervention de santé sexuelle sans inégalité de genre et sociales ?	x
Animateur en milieu scolaire sur la vie affective et sexuelle : prévenir sans être pair	CAIRN	2014	France	Article de revue		Outils et conseils pour les animateurs en milieu scolaire sur la vie affective et sexuelle	X
« Ce n'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ». Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception	CAIRN	2021	France	Article de revue		Conseils à destination des professionnels de santé pour éviter les violences gynécologiques	X
Abstinence-Only-Until-Marriage Policies and Programs: An Updated Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine	Pub med	2017	Etats Unis	Article D'expert		Avis d'experte sur la politique et les programmes d'abstinence uniquement jusqu'au mariage	X
Abstinence promotion under PEPFAR: the shifting focus of HIV prevention for youth	Pub med	2013	Etats Unis	Comme ntaire		Description de l'évolution du rôle de l'abstinence jusqu'au mariage dans le financement et la politique de prévention	

						du gouvernement des Etats-Unis	
Adaptation Guidance for Evidence-Based Teen Pregnancy and STI/HIV Prevention Curricula: From Development to Practice	Pub med	2014	Etats Unis	Conseils d'expert		Description du processus utilisé pour développer les kits pour les adaptations de programme d'éducation à la santé sexuelle, y compris les principales fonctionnalités et outils.	X
Addressing HIV/Sexually Transmitted Diseases and Pregnancy Prevention Through Schools: An Approach for Strengthening Education, Health Services, and School Environments That Promote Adolescent Sexual Health and Well-Being	Pub med	2020	Etats-Unis	Article D'expert		Description d'un modèle de programme scolaire développé par la Division de la santé des adolescents et des écoles du CDC	X
Invited commentary: broadening the evidence for adolescent sexual and reproductive health and education in the United States	Pub med	2014	Etats-Unis	Article D'expert		Etude du financement fédéral de l'éducation sexuelle aux Etats-Unis	X
Behavioral Decision Research Intervention Reduces Risky Sexual Behavior	Pub med	2015	Etats-Unis	Mises à jour d'un essai		Mises à jour spécifiques du programme Seventeen Days	X
Santé sexuelle	OMS		International	Article		Définitions de la santé sexuelle par l'OMS	X

Santé des adolescents et des jeunes adultes	OMS	2022	International	Article		Points sur la santé des adolescents et jeunes adultes dans le monde	X
Grossesse chez les adolescentes	OMS	2022	International	Article		Synthèse des grossesses chez les adolescentes dans le monde	X
La délégation des tâches pour améliorer l'accès aux méthodes de contraception	OMS	2013	International	Directives de l'OMS		Permettre à des catégories supplémentaires d'agents de santé de fournir des services de planification familiale par le biais d'une formation axée sur les compétences	X
La santé des femmes en France	DRESS	Mars 2013	France	Publication		Intéressant : taux de recours aux IVG selon âge	X
Santé sexuelle à quels professionnels s'adresser ?	Santé publique France	2013	France	Dossier de revue		Quels sont les lieux d'information, d'accueil, de prévention, de prise en charge et d'accès aux soins en France pour la santé sexuelle et les professionnels de santé vers qui s'orienter ?	X
Question d'ado c'est quoi l'amour	Santé publique France	2020	France	Brochure		Réponses à des questions sur la sexualité	x
Les premières fois à chacun son rythme	Santé publique France	2020	France	Brochure		Réponses sur des questions sur la santé sexuelle	X
La distance et l'anonymat de Fil Santé Jeunes un cadre propice pour parler intimité	Santé publique France	2019	France	Entretien avec la directrice générale de l'école des parents et des éducateurs		Description du site Fil santé jeune	X

				eurs de Paris			
Aider une adolescente à choisir sa contraception reco aux professionnels	Santé publique France	2006	France	Article de synthèse		Résumé des recommandations de pratique clinique intitulée « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme »	X
Santé sexuelle et de la reproduction	Santé publique France	2016	France	Dossier		État des lieux et problématiques en santé sexuelle chez les adolescents, Conseils à destination des acteurs en santé sexuelle.	X
Outils « Santé sexuelle » Education à la sexualité	Santé publique France	2021	France	Article		Synthèse des brochures et outils dispo pour une action de prévention	X
Baromètre santé 2016. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre	Santé publique France	2016	France	Résultats d'une Etudes et enquêtes		Faire le point sur l'évolution des comportements sexuels en France	X
Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle	Ministère des solidarités et de la santé	2018	France	Feuille de route		Stratégie nationale pour l'éducation à la sexualité entre 2018 et 2020	X
Choisir une pilule oestroprogestative	Prescrire	2021	France	Fiches infos/patients		Description des différentes catégories de POP qui existent en France	X
Dispositifs intra utérins au cuivre idées vraies idées fausses	Prescrire	2021	France	Fiches infos/patients		Réponses aux idées reçues concernant le DIU	x
La contraception d'urgence	Prescrire	2022	France	Fiches infos/patients		Description des méthodes de Contraception d'urgences qui existent	X
La pose d'un dispositif intra utérin	Prescrire	2021	France	Fiches infos/patients		Description de comment se déroule la pose d'un DIU	X

Le point sur les méthodes de contraception	Prescrire	2021	France	Fiches infos/patients		Description des méthodes de contraception qui existent	X
Relations sexuelles et contamination par le VIH	Prescrire	2021	France	Fiches infos/patients		Description des contaminations par VIH prévention et traitement	X
Vous prenez une pilule estroprogestative	Prescrire	2021	France	Fiches infos/patients		Effet 2 ^e aire de la POP observance et CAT si oublié	X

Sites Web

Titre du document	Lieu de la recherche	Pays	Type	Populations	Objectif du site	Évaluation de l'étude
https://www.sexandu.ca/	ESCRH	Canada	Sites Web		Informations utiles pour les adolescents sur la sexualité	X
http://teenhealthsource.com/	ESCRH	Canada	Sites Web		Informations utiles pour les adolescents sur la sexualité	X
https://www.mysize.ch/	ESCRH	Suisse	Sites Web		Trouver la bonne taille de préservatifs	x
https://www.sex-i.ch/fr/home	ESCRH	Suisse	Sites Web		Informations utiles pour les adolescents sur la sexualité	X
https://www.cecinfo.org	ESCRH	Etats-Unis	Sites Web		Information sur la contraception d'Urgences	X
https://sexetc.org/	ESCRH	Etats-Unis	Sites Web		Informations utiles pour les adolescents sur la sexualité	X
https://www.carleteen.com/	ESCRH	Etats-Unis	Sites Web		Obtenir des informations sur la santé sexuelle et notamment LGBTQ	X
https://amaze.org/	ESCRH	Etats-Unis	Sites Web		Outils pour les formateurs en santé sexuelle	X
https://www.fpa.org.uk/	ESCRH	Royaumes-Unis	Sites Web		Ventes d'outils pour les formateurs en santé sexuelle	x

www.onsexpri me.fr	Issus de la lectur e bibliog raphiq ue	France	Sites Web		Informations utiles pour les adolescents sur la sexualité	X
www.onsexpri me.fr	Issus de la lectur e bibliog raphiq ue	France	Sites Web		Informations utiles pour les adolescents sur la sexualité	X
www.ivg.gouv. fr	Issus de la lectur e bibliog raphiq ue	France	Sites Web		Informations sur les IVG	X
www.filsanteje unes.com	Issus de la lectur e bibliog raphiq ue	France	Sites Web		Réponses aux questions en ligne sur la santé sexuelle	X

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction : La prévention à la santé sexuelle chez les adolescents est devenue indispensable. L'objectif principal était de rechercher dans la littérature internationale scientifique et numérique les moyens de prévention efficaces en santé sexuelle chez les adolescents.

Matériels et méthode : Revue de la littérature. Recherche de 2011 à 2022, chez les jeunes 12 à 25 ans, dans les recommandations officielles, littérature grise, SUDOC, Cochrane Library, PubMed et les revues médicales Exercer et Prescrire. Les documents étaient analysés à l'aide des grilles AGREE II, R-AMSTAR, CASP et JADAD.

Résultats : 18 648 documents ont été identifiés, dont 161 inclus : 33 recommandations, 4 thèses, 20 articles issus de la littérature grise, 6 articles de la Cochrane Library, 73 articles PubMed, 7 articles issus de revues médicales, 9 sites web et 9 issus de la lecture bibliographique. L'analyse des documents a permis de démontrer l'importance des programmes éducatifs complets et positifs à la santé sexuelle. L'inclusion de la technologie, des médias, des jeux éducatifs est essentielle. Les pairs et parents peuvent aussi jouer un rôle important. La distribution de kits d'auto-prélèvement et de préservatifs est pertinente si elle est accompagnée d'une intervention. Les semaines et les conférences consacrées à la santé sexuelle sont appréciées des participants.

Discussion : Pour être efficace un programme doit être adaptable, approprié pour l'âge, complet, positif, interactif, engageant et dans un environnement sûr. Les forces de cette revue sont le grand nombre de publications analysées et la méthodologie. Les limites sont la sélection et la recherche par une seule personne ainsi que l'hétérogénéité des articles.

Conclusion : Il a été possible de trier et de sélectionner les moyens les plus pertinents pour la prévention à la santé sexuelle chez les adolescents.

Mots-clés : Contraception, Maladies sexuellement transmissibles, Programmes d'éducation pour la santé, Santé sexuelle, Adolescent.