



IO1 Training Materials

LA PRÉVENTION DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Table des Matières

OBJECTIFS	2
1. Description générale des maladies sexuellement transmissibles 4	
1.1. Le contexte. Description/définition du thème 4	
1.2. L'impact des maladies sexuellement transmissibles sur la grossesse/la santé de la mère/de l'enfant 7	
1.3. La racine du comportement négatif – comment le comportement commence en général Maladies sexuellement transmissibles 7	
2. Principales recherches/études concernant les Maladies Sexuellement Transmissibles 9	
2.1. Conclusions sur les aspects négatifs des comportements des futurs parents concernant les maladies sexuellement transmissibles et l'impact sur la santé des enfants 9	
2.2. Conclusions sur les comportements positifs concernant les maladies sexuellement transmissibles et l'impact sur la santé des enfants 10	
3. Recommandations (OMS) Exemples d'interventions fondées sur des preuves 10	
4. Comment les comportements peuvent changer – le rôle des professionnels 13	
5. Éducation des futurs parents/de la population pour un mode de vie sain concernant les maladies sexuellement transmissibles et en général – le rôle des programmes éducatifs, le rôle de la communauté, les écoles. Comment diffuser l'information 15	
6. Bibliographie	23



OBJECTIFS

A la fin du module, les participants seront capables de :

1. Définir et décrire les maladies sexuellement transmissibles les plus rencontrées ;
2. Décrire les aspects les plus importants liés au comportement sexuel des adolescents et des jeunes;
3. Décrire les interventions les plus importantes visant à contribuer au changement de comportement des adolescents et des jeunes afin de prévenir les maladies sexuellement transmissibles ;
4. Décrire comment le comportement peut changer et quel est le rôle des professionnels dans le changement de comportement.

Abréviations

Dans le document, les termes Maladies sexuellement transmissibles (ci-après abrégé en MST) et Infections sexuellement transmissibles (ci-après abrégé en IST) sont utilisés de manière interchangeable et les auteurs sont partis du principe que, aux fins de ce document, ces termes ont le même sens et ont le même poids.



1. Description générale des maladies sexuellement transmissibles

1.1. Le contexte. Description/définition du thème

Selon l'OMS, les infections sexuellement transmissibles (IST) en général, et chez les adolescents en particulier, sont une préoccupation primordiale pour toutes les personnes qui travaillent à l'amélioration de l'état de santé des populations. Dans le monde, les taux d'IST les plus élevés signalés se trouvent chez les personnes âgées de 15 à 24 ans ; jusqu'à 60 % des nouvelles infections et la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde appartiennent à cette tranche d'âge. Les IST sont encore largement liées à la stigmatisation, à l'embarras et au déni chez les agents de santé comme chez les patients. La sexualité et les risques pour la santé qui y sont associés restent un tabou majeur dans de nombreuses sociétés. Cela est particulièrement vrai pour les jeunes. Alors que leurs droits et leurs besoins peuvent être reconnus en théorie, dans la pratique, ils sont toujours confrontés à de nombreux obstacles lorsqu'il s'agit d'obtenir le soutien pratique dont ils ont besoin pour éviter les problèmes. (OMS, 2005)

Les IST ne sont pas réparties uniformément parmi les nombreux jeunes qui se livrent à des activités sexuelles. Le sexe, la fréquence et le type de rapports sexuels, le nombre et les caractéristiques des partenaires sexuels, l'étendue de l'utilisation du préservatif, le risque de violence et l'épidémiologie des IST localement sont tous des facteurs qui influencent le risque d'IST. L'importance relative de chacun de ces facteurs de risque est déterminée par le contexte socioculturel et économique spécifique dans lequel vivent les jeunes. Les adolescents les plus exposés au risque d'IST sont généralement des travailleurs du sexe adolescents et leurs clients, des adolescents qui ont des rapports sexuels avec des hommes ou d'autres garçons, des enfants des rues et des enfants dans des maisons de correction. En général, les IST sont probablement plus fréquentes chez ceux qui ne vont pas à l'école que chez les adolescents scolarisés. Cependant, dans les régions à forte prévalence d'IST, telles que l'Afrique, les Caraïbes et, depuis les années 1990, certaines parties de l'Europe de l'Est, la plupart des adolescents - y compris ceux scolarisés en milieu rural - sont à risque de contracter des IST, même si des différences subsistent. Les filles sont biologiquement plus vulnérables aux IST que les garçons et, dans de nombreux contextes, sont plus à risque parce qu'elles ont des partenaires plus âgés (Oringanje et al., 2016).

Les interventions communautaires visant à promouvoir l'utilisation du préservatif sont considérées comme un outil précieux pour réduire la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). En particulier, un accent spécial a été mis sur la mise en œuvre de telles interventions par des changements structurels, un concept qui implique des actions de santé publique visant à améliorer la santé de la société par des modifications du contexte dans lequel les comportements à risque liés à la santé ont lieu. Cette stratégie tente d'augmenter l'utilisation du préservatif et à son tour de réduire la transmission du VIH et d'autres IST. (Moreno et al., 2014)

La maladie sexuellement transmissible est un terme utilisé pour décrire plus de 20 infections différentes qui sont transmises par l'échange de sperme, de sang et d'autres fluides corporels ; ou



par contact direct avec les zones corporelles affectées des personnes atteintes d'IST. Les maladies sexuellement transmissibles sont également appelées maladies vénériennes.

Certaines des MST/IST les plus courantes et potentiellement graves comprennent :

- **Chlamydia.** Cette MST est causée par la bactérie *Chlamydia trachomatis*, un organisme microscopique qui vit comme un parasite à l'intérieur des cellules humaines. Le CDC estime que près de trois millions de cas surviennent chaque année car 75 % des femmes et 50 % des hommes ne présentent aucun symptôme de la maladie après l'infection. Environ 40 % des femmes développeront une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) à la suite d'une infection à chlamydia, l'une des principales causes d'infertilité. La chlamydia est la MST à déclaration obligatoire la plus courante aux États-Unis. En 2017, les taux de cas signalés de chlamydia étaient les plus élevés parmi les AYA, représentant 62,6 % de tous les cas aux États-Unis. Chez les femmes, les taux les plus élevés selon l'âge étaient ceux âgés de 15 à 19 ans (3 266 cas pour 100 000) et de 20 à 24 ans (3 986 cas pour 100 000). Chez les hommes, les taux selon l'âge étaient les plus élevés chez les 20 à 24 ans (1705 cas pour 100 000). (Sieving et al., 2019)
- **Virus du papillome humain (VPH).** Le VPH provoque des verrues génitales et est le facteur de risque le plus important pour le cancer du col de l'utérus chez les femmes. Il existe plus de 100 types de VPH, mais seulement une trentaine d'entre eux peuvent provoquer des verrues génitales et se propager par contact sexuel. Dans certains cas, les verrues sont transmises de la mère à l'enfant pendant l'accouchement, ce qui peut entraîner une maladie potentiellement mortelle pour les nouveau-nés pour lesquelles les verrues se développent dans la gorge (papillomatose laryngée).
- **Herpès génital.** L'herpès est une infection virale incurable considérée comme l'une des MST les plus courantes aux États-Unis. Elle est causée par l'un des deux types de virus de l'herpès simplex : HSV-1 (causant généralement l'herpès oral) ou HSV-2 (causant généralement l'herpès génital). Le CDC estime que 45 millions d'Américains (un individu sur cinq de 12 ans ou plus) sont infectés par le HSV-2 ; ce nombre a augmenté de 30 % depuis les années 1970. L'infection à HSV-2 est plus fréquente chez les femmes (une femme sur quatre) que chez les hommes (un homme sur cinq) et chez les Afro-Américains (45,9 %) que chez les Caucasiens (17,6 %).
- **Gonorrhée.** La bactérie *Neisseria gonorrhoeae* est l'agent causal de la gonorrhée et peut se propager par contact vaginal, oral ou anal. Le CDC rapporte qu'environ 650 000 personnes sont infectées par la gonorrhée chaque année aux États-Unis, avec 132,2 infections pour 100 000 personnes en 1999. Environ 75 % des infections gonococciques américaines surviennent chez des personnes âgées de 15 à 29 ans. En 1999, 75 % des cas de gonorrhée signalés sont survenus chez des Afro-Américains. En 2017, les cas signalés de gonorrhée étaient les plus élevés chez les adolescents et les jeunes adultes, représentant 44,7 % de tous les cas aux États-Unis. Chez les femmes, les taux les plus élevés selon l'âge étaient ceux âgés de 15 à 19 ans (557 cas pour 100 000) et de 20 à 24 ans (685 cas pour 100 000). Chez les hommes, les taux selon l'âge étaient les plus élevés chez les 20 à 24 ans (705 cas pour 100 000) (Sieving et al., 2019)



- **Syphilis.** La syphilis est une infection potentiellement mortelle qui augmente la probabilité de contracter ou de transmettre le VIH. En 2018, aux États-Unis, selon les CDC, le nombre total de cas de syphilis déclarés (tous stades confondus : primaire et secondaire, précoce non primaire non secondaire, durée inconnue ou tardive, et congénitale) était le plus élevé enregistré depuis 1991. Le nombre total de cas déclarés de syphilis (tous stades confondus) a augmenté de 13,3 % en 2017-2018 (de 101 584 cas à 115 045 cas). La syphilis congénitale cause des problèmes de santé irréversibles ou la mort chez jusqu'à 40 % de tous les bébés vivants nés de femmes atteintes de syphilis non traitée. Contrairement à la chlamydia et à la gonorrhée, les taux de syphilis primaire et secondaire sont considérablement plus élevés chez les hommes américains que chez les femmes (Sieving et al., 2019).

- **Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).** En 2000, le CDC a signalé que 120 223 personnes aux États-Unis sont séropositives et 426 350 vivent avec le sida. En outre, environ 1 000 à 2 000 enfants naissent chaque année avec une infection par le VIH. On estime également que 33 millions d'adultes et 1,3 million d'enfants dans le monde vivaient avec le VIH/SIDA en 1999 avec 5,4 millions de personnes nouvellement infectées cette année-là. Les adolescents et les jeunes adultes américains représentent un nombre substantiel d'infections à VIH. En 2016, le taux de diagnostics de VIH était de 5,8 pour 100 000 chez les adolescents âgés de 13 à 19 ans et de 30,5 pour 100 000 chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans. La plupart des nouvelles infections ont été attribuées à des contacts sexuels entre hommes, dont 92 % chez les adolescents de sexe masculin et 91 % chez les jeunes adultes de sexe masculin. Chez les femmes, la plupart des nouvelles infections ont été attribuées à des contacts hétérosexuels, dont 85 % chez les adolescents et 88 % chez les jeunes adultes. De 2011 à 2016, le taux d'infections diagnostiquées a diminué chez les adolescents et est resté stable chez les 20 à 24 ans. (Sieving et al., 2019)

- **Hépatites B et C.** Chez les adultes, la transmission de l'hépatite B se produit principalement chez les adultes non vaccinés ayant des comportements à risque de transmission de l'hépatite B, notamment le fait d'avoir des partenaires sexuels multiples et des partenaires sexuels de personnes infectées par l'hépatite B chronique. L'hépatite B se transmet facilement par l'activité sexuelle. Le contact sexuel est le moyen le plus courant de propagation de l'hépatite B aux États-Unis. Parmi les adultes cherchant un traitement dans les cliniques de traitement des MST, jusqu'à 10 % à 40 % présentent des signes d'infection passée ou actuelle par le virus de l'hépatite B. Bien qu'elle ne soit pas courante, l'hépatite C peut être transmise par l'activité sexuelle. Le fait d'avoir une maladie sexuellement transmissible ou le VIH, des relations sexuelles avec plusieurs partenaires ou des relations sexuelles brutales semblent augmenter le risque d'hépatite C. Des études cas-témoins ont rapporté une association entre l'infection par l'hépatite C et l'exposition à un contact sexuel avec l'hépatite C ou exposition à plusieurs partenaires sexuels. De nouvelles recherches montrent que les hommes gais séropositifs et ayant plusieurs partenaires sexuels peuvent augmenter leur risque d'hépatite C. Il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C. La meilleure façon de prévenir l'hépatite C est d'éviter les comportements qui peuvent propager la maladie, en particulier partager des aiguilles ou d'autres équipements pour s'injecter des drogues. Le CDC recommande désormais un test



unique de l'hépatite C pour tous les adultes (18 ans et plus) et toutes les femmes enceintes au cours de chaque grossesse. Le CDC continue de recommander aux personnes présentant des facteurs de risque, y compris les personnes qui s'injectent des drogues, de se faire tester régulièrement.

- **La trichomonase** est une maladie sexuellement transmissible très courante. Elle est causée par une infection par un parasite protozoaire appelé *Trichomonas vaginalis*. Bien que les symptômes de la maladie varient, la plupart des personnes infectées ne peuvent pas dire qu'elles sont infectées. La trichomonase est la MST curable la plus courante. Aux États-Unis, on estime que 3,7 millions de personnes sont infectées. Cependant, seulement environ 30% développent des symptômes de trichomonase. L'infection est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Les femmes plus âgées sont plus susceptibles que les femmes plus jeunes d'avoir été infectées par la trichomonase.

En 2000, Panchaud C et al., ont montré dans une étude réalisée dans 14 pays en Europe, aux États-Unis et au Canada que les données d'incidence calculées sur 100 000 pour les adolescents, les jeunes adultes et la population totale ont généralement diminué entre 1990 et 2000, à la fois dans la population générale et chez les adolescents, sur trois MST bactériennes courantes : la syphilis, la gonorrhée et la chlamydia. Les données d'incidence ont été obtenues à partir de statistiques officielles, de sources nationales publiées ou d'articles scientifiques et de données gouvernementales non publiées. Cependant, l'étude a montré que la Fédération de Russie est une exception importante : la syphilis a considérablement augmenté dans les années 1990. À l'exception de la Fédération de Russie et de la Roumanie, le taux de syphilis au milieu des années 90 était assez faible, avec des taux inférieurs à sept cas signalés pour 100 000 adolescents dans la plupart des pays développés. L'étude a également montré que l'incidence de la gonorrhée est plusieurs fois supérieure à celle de la syphilis dans plusieurs pays, et cette maladie affecte de manière disproportionnée les adolescents et les jeunes adultes. Les taux de gonorrhée chez les adolescents peuvent atteindre 600 pour 100 000 (en Fédération de Russie et aux États-Unis), bien que dans de nombreux pays, le taux signalé chez les adolescents soit inférieur à 10 pour 100 000. Dans tous les pays où la notification est bonne, l'incidence de la chlamydia est extrêmement élevée chez les adolescents (entre 563 et 1 081 cas pour 100 000). Une explication de ces résultats pourrait être que dans le cas de la chlamydia, les stratégies de dépistage visent principalement les femmes, de sorte que les hommes ont moins de chance d'être dépistés ou testés. L'incidence déclarée des trois MST est généralement plus élevée chez les adolescentes que chez les hommes du même âge; cela est particulièrement vrai pour la chlamydia. La conclusion de l'étude était que des programmes de prévention, des stratégies de dépistage actif et un meilleur accès aux services de diagnostic et de traitement des MST, en particulier pour les adolescents et les jeunes adultes, sont nécessaires afin de réduire l'incidence et le fardeau des MST chez les jeunes.

1.2. L'impact des maladies sexuellement transmissibles sur la grossesse/la santé de la mère/de l'enfant

Les infections sexuellement transmissibles affectent les femmes du monde entier à différents âges. Les plus fréquentes sont la syphilis, 6 millions de nouveaux cas en 2012, par exemple. La



même année, 78 millions de cas de *Neisseria gonorrhoeae* (NG) ont été enregistrés, 131 millions de cas de *Chlamydia trachomatis* (CT) et 143 millions de cas d'infections à *Trichomonas vaginalis* (TV) ! Les pays les plus touchés au monde se trouvaient en Afrique, en Asie et en Amérique latine.

Les statistiques montrent que les IST curables sont associées à différentes issues défavorables de la grossesse et du nouveau-né : morbidité maternelle, naissance prématurée, faible poids à la naissance ou mortinatalité. La prématurité entraîne différentes complications, qui conduisent à la morbidité et la mortalité des enfants. Environ 50 % des infections maternelles TG et CT non traitées sont transmises à l'enfant, au cours du processus d'accouchement, provoquant des infections des yeux et des voies respiratoires inférieures. La gonorrhée pendant la grossesse peut être associée chez la mère à une bartholinite post-partum (infection et inflammation des principales glandes vestibulaires également appelées glandes de Bartholin), une péri-hépatite, une arthrite, une endocardite et une endométrite, et de la fièvre pendant la puerpéralité. Pour l'enfant, il existe un risque plus élevé de prématurité, de rupture prématurée des membranes, de pertes fœtales et de retard de croissance intra-utérine. L'infection oculaire gonococcique pourrait entraîner des lésions cornéennes et la cécité si elle n'est pas traitée, et l'infection infantile à *Chlamydia* pourrait produire une pneumopathie interstitielle atypique, une bronchite et une otite moyenne. Environ 25 % des femmes atteintes de gonorrhée ou de chlamydia deviennent infertiles.

La principale cause de l'incidence des MST chez les femmes enceintes dans le monde est le manque de tests prénataux de routine pour les infections CT, NG et TV.

La syphilis pendant la grossesse peut entraîner un avortement, la prématurité, la mort néonatale ou le développement de la maladie chez le nouveau-né (syphilis congénitale précoce et tardive). La gravité de la syphilis congénitale est due au fait que l'infection transplacentaire est massive.

Bien que le dépistage de la syphilis prénatale soit recommandé par l'OMS et disponible dans la plupart des pays, il existe encore des défis liés à l'application de ces recommandations.

Pour l'herpès génital, il existe des cas où la primo-infection maternelle peut entraîner un avortement, une microcéphalie, un retard de croissance intra-utérine, un herpès congénital, un herpès néonatal et la mort fœtale. Lorsque la transmission transplacentaire peut se produire (1 sur 3500 grossesses), les études ont montré qu'avec les accouchements naturels, 50 % des infections des nouveau-nés surviennent lorsqu'il y a une lésion vaginale active. La contamination fœtale se produit plus fréquemment par voie génitale conduisant à l'herpès néonatal, une maladie à forte morbi-mortalité.

1.3. La racine du comportement négatif - comment le comportement commence en général Maladies sexuellement transmissibles

Dans ce chapitre, l'accent sera mis sur le comportement des adolescents et des jeunes adultes et sur les IST. Bien qu'il existe aujourd'hui un concept remarquablement uniforme de l'adolescence dans de nombreux pays en termes de marqueurs biologiques, tels que la cohorte d'âge et la maturation, le sens d'être un adolescent doit prendre en compte les différences socio-économiques et les divisions rurales-urbaines. L'urbanisation a joué un rôle important dans l'émergence de l'adolescence. Les circonstances dans lesquelles vivent les jeunes des zones rurales peuvent être



caractérisées par leur manque d'accès à une éducation adéquate, à un emploi formel, à des revenus en espèces ou à du temps libre. En revanche, l'exode des jeunes vers les zones urbaines, soit à cause de la pauvreté, soit de plus en plus à cause de la guerre civile, a ajouté des éléments encore nouveaux, tels que l'emploi informel et la vie dans la rue. Le grand nombre d'enfants des rues et d'adolescents employés de manière informelle, y compris ceux employés comme professionnel(le)s du sexe dans les centres urbains, ne sont presque par définition pas scolarisés. Les enfants et les jeunes qui travaillent dans les villes sont souvent obligés d'accepter des conditions mal rémunérées ou non rémunérées et dangereuses pour leur santé. Des descriptions ont été publiées par le Bureau international du travail et l'UNICEF de l'exploitation économique telle que le travail forcé en servitude et l'exploitation sexuelle commerciale, en particulier des filles (GTZ, 1997).

Ainsi, par exemple, dans les villes indiennes de New Delhi, Mumbai et Calcutta, environ 100 000 enfants effectuent des travaux « informels » tels que laver des voitures, pousser des charrettes à bras, nettoyer des gouttières, ou survivre en mendiant ou en collectant des aliments dans les décharges (MOW, PNUD, UNICEF, OMS et NACO, 1996). En Thaïlande, on estime que 800 000 filles de moins de 20 ans gagnent leur vie en tant que travailleuses du sexe (International Clearinghouse on Adolescent Fertility, 1991). Dans de nombreux pays d'Europe de l'Est, des dizaines de milliers de jeunes ne seraient pas scolarisés ou n'auraient pas d'emploi formel. Au lieu de cela, ils se livrent au trafic (et à la consommation) de drogue, à la prostitution ou à une série d'activités criminelles associées à un risque accru d'IST et de VIH (UNICEF, 1999). En Afrique, de nombreux adolescents sont touchés par la guerre, les troubles civils et les migrations forcées, les garçons étant attirés ou contraints de s'enrôler dans l'armée et les filles victimes de violences et d'abus sexuels (UNICEF, 1996 ; OMS, 2005).

L'émergence d'un style de vie adolescent distinct a toujours été associée à l'effondrement graduel de la vie familiale traditionnelle, à la diminution du rôle des parents et de l'unité familiale élargie, et à un rôle croissant des pairs. La famille devient beaucoup moins importante dans le développement individuel des jeunes tandis que les pairs et les médias sont devenus plus influents. *« Les parents ont de plus en plus de mal à remplir leur rôle de conseil et d'éducation des jeunes dans la société. »* (Mkandawire, 1994)

Les rues et les abris temporaires sont devenus le « foyer » de quelque 100 à 200 millions d'enfants et d'adolescents dans le monde, dont beaucoup sont coupés de leurs parents et de leur famille élargie (OMS, 2000). Laissés à compter sur leurs propres ressources, ces jeunes développent leurs propres moyens de survie, valeurs, réseaux et structures, souvent en réaction à la menace de violence (GTZ, 1997).

La sexualité des adolescents est aujourd'hui considérée avec beaucoup d'ambiguïté dans une grande partie du monde. Dans les pays développés, la sociologie et la psychologie situent souvent la sexualité adolescente dans un cadre de comportements déviants, et le débat public sur la sexualité adolescente et la procréation décrit en conséquence l'adolescence comme étant chargée de problèmes (McCauley et al., 1995).



Bien que l'atteinte de l'âge adulte soit plus tardive dans la plupart des régions du monde, l'âge au premier rapport sexuel continue d'être précoce. Dans certaines parties du monde, par exemple dans les pays musulmans d'Afrique du Nord et dans certaines régions d'Asie, la plupart des activités sexuelles signalées il y a dix ans seulement parmi les jeunes avaient encore lieu dans le cadre du mariage (Singh et Wulf, 1990). Dans l'ensemble, cependant, l'âge au mariage semble avoir augmenté plus rapidement que l'âge à la première expérience sexuelle, augmentant ainsi de manière significative le nombre de jeunes ayant des relations sexuelles avant le mariage. Dans seulement quatre des 27 pays étudiés dans toutes les régions, l'écart entre la proportion de femmes sexuellement actives et celles mariées avant l'âge de 18 ans a diminué (Blanc et Way, 1998).

Chez les filles de certaines régions d'Afrique et d'Asie du Sud, par exemple, la première expérience sexuelle a généralement lieu entre 15 et 16 ans. En Afrique du Sud, parmi un large échantillon de filles du KwaZulu Natal, près de la moitié avaient déjà eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 16 ans (Manzini, 2001). De même, dans une étude plus petite à Maputo au Mozambique, l'âge moyen au premier rapport sexuel pour les filles des classes socio-économiques pauvres et moyennes était de 15 ans (Machel, 2001). Dans certains sous-groupes de population, par ex. les jeunes des zones périurbaines en Zambie (CARE International, 1997) ou au Zimbabwe (ONUSIDA, 1999), les premiers rapports sexuels pour les garçons comme pour les filles peuvent avoir lieu dès l'âge de neuf ans. En revanche, dans d'autres régions d'Afrique (par exemple au Rwanda et au Burundi) et en Amérique latine, en partie à cause de l'influence de l'Église catholique romaine, l'âge moyen au premier rapport sexuel pour les filles est plus élevé, à 18-20 ans.

Cependant, certains segments de la population jeune peuvent également être sexuellement actifs à un plus jeune âge. Par exemple, dans un petit échantillon de jeunes au Chili, 32 % avaient déjà eu des relations sexuelles à l'âge de 15 ans (ONUSIDA, 1999). De même, dans de nombreux pays asiatiques, par exemple en Indonésie, aux Philippines et en Thaïlande, bien que l'âge médian au premier rapport sexuel chez les jeunes femmes se situe au début de la vingtaine, une minorité substantielle a commencé à avoir des relations sexuelles beaucoup plus tôt, y compris un grand nombre d'adolescentes travaillant dans la prostitution (McCauley et Salter, 1995). Dans une étude menée auprès de jeunes célibataires âgés de 15 à 22 ans à Shanghai, en Chine, 31 % des filles et 44 % des garçons étaient sexuellement actifs, avec un âge moyen des débuts sexuels d'un peu moins de 20 ans pour les garçons et d'un peu moins de 19 ans pour les filles, avec le plus jeune âge étant de 12 ans (Cui N et al., 2001). Dans certains pays africains, comme le Libéria et le Botswana, plus de 60 % des adolescentes célibataires déclarent avoir eu des relations sexuelles, alors que dans la plupart des pays d'Amérique latine, cette proportion était beaucoup plus faible, inférieure à 10 %, et aux Philippines, elle était inférieure à 1 % (McCauley et Salter, 1995). Une autre série d'enquêtes semblait suggérer que ces proportions étaient plus élevées, avec entre 10 et 20 % d'adolescentes célibataires en Amérique centrale, et des proportions encore plus élevées au Brésil et dans les Caraïbes (par exemple 59 % en Jamaïque) (Morris, 1995).

On sait très peu de choses sur la fréquence des rapports sexuels chez les adolescents sexuellement actifs, le nombre de partenaires sexuels qu'ils ont eus ou leurs pratiques sexuelles, y compris s'ils ont des rapports sexuels protégés par l'utilisation du préservatif. Les schémas d'activité sexuelle semblent varier selon :



- religion,
- classe sociale,
- scolarité,
- groupe ethnique,
- situation familiale
- circonstances individuelles.

Il existe des preuves que les jeunes des zones urbaines sont plus sexuellement actifs que ceux des zones rurales. Quelques études qualitatives et quantitatives semblent suggérer que les filles non scolarisées peuvent être sexuellement plus actives, avoir des relations sexuelles plus fréquemment et avec un plus grand nombre de partenaires que les filles scolarisées.

2. Principales recherches/études concernant les Maladies Sexuellement Transmissibles

2.1. Conclusions sur les aspects négatifs des comportements des futurs parents concernant les maladies sexuellement transmissibles et l'impact sur la santé des enfants

Les comportements sexuels à risque (RSB), tels que les rapports sexuels non protégés et la multiplicité des partenaires sont plus fréquents chez les adolescents et les jeunes adultes (entre 15 et 24 ans). Les facteurs associés à l'admission à l'université peuvent augmenter la survenue de RSB, car ils impliquent une série de changements sociaux dans la vie de l'individu. Le RSB peut entraîner des IST et des grossesses non planifiées. Les IST sont parmi les affections aiguës les plus répandues dans le monde, avec environ un million de nouveaux cas par jour. Une étude réalisée au Brésil en 2020 a montré que le pays connaît une résurgence des IST, notamment du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de la syphilis, avec une augmentation significative chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans.

Les principales conséquences des IST sont l'infertilité, les grossesses extra-utérines, les mortinaissances, les maladies inflammatoires pelviennes et les implications neurologiques et cardiovasculaires chez l'adulte. D'un autre côté, les grossesses non planifiées sont particulièrement problématiques dans les groupes d'âge plus jeunes, car elles compromettent l'achèvement de la vie scolaire et universitaire, en plus d'augmenter le risque de complications pendant la grossesse elle-même. Au Brésil, l'évaluation d'un échantillon représentatif d'élèves du secondaire a indiqué que 32 % des élèves n'ont pas utilisé de préservatif lors des rapports sexuels qui ont eu lieu le mois précédant l'enquête.



Parmi les étudiants de premier cycle, la non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel variait de 85,7% à 38,6%. La fréquence des étudiants ayant eu entre un et trois partenaires sexuels dans les trois mois précédant l'enquête était de 95 % chez les femmes et de 89 % chez les hommes. La consommation de substances psychoactives chez les étudiants brésiliens de premier cycle avant le dernier rapport sexuel était d'environ 15 %. Dans la commune de Pelotas, une enquête auprès d'adolescents âgés de 15 à 18 ans a indiqué que 10,7 % avaient ingéré des boissons alcoolisées avant le dernier rapport sexuel et que seulement 56 % des adolescents avaient utilisé des préservatifs lors des trois derniers rapports sexuels. La non-utilisation de préservatifs chez les étudiants du secondaire et de premier cycle était positivement associée aux hommes, à la consommation d'alcool et à la multiplicité des partenaires et inversement associée à l'âge de l'individu et au niveau socio-économique. Les études évaluant les comportements sexuels à risque au Brésil concernaient principalement des adolescents scolarisés et avaient une approche descriptive axée sur l'évaluation des résultats liés aux comportements sexuels selon le niveau de connaissance des IST. De plus, l'impact des caractéristiques psychosociales des étudiants de premier cycle, telles que l'orientation sexuelle et l'identité de genre, la variabilité entre les domaines de connaissances et le rôle de la technologie sur les comportements sexuels ont été peu abordés. L'étude a identifié les principales caractéristiques du comportement sexuel des étudiants de première année selon le sexe et a vérifié la prévalence des comportements sexuels à risque, ainsi que les principaux facteurs sociodémographiques et comportementaux associés, dans un recensement des étudiants de première année de l'Universidade Federal de Pelotas (UFPel), dans le sud du Brésil (Gräf DD et al., 2020).

Des études menées aux États-Unis ont montré que 48 % des étudiants de premier cycle ont utilisé des préservatifs lors du dernier rapport sexuel et que la prévalence des comportements sexuels à risque était de 14 %, si l'on considère ceux qui ont déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel et avoir eu plus d'un partenaire dans les 12 derniers mois précédant l'enquête. Une étude menée dans 31 établissements d'enseignement supérieur aux États-Unis a indiqué que 44% des étudiants avaient eu plus d'un partenaire dans les trois mois précédant l'enquête, et 16% avaient consommé des substances psychoactives (alcool ou drogues illicites) avant le dernier rapport sexuel.

2.2. Conclusions sur les aspects positifs des comportements des futurs parents concernant les maladies sexuellement transmissibles et l'impact sur la santé des enfants

3. Recommandations (OMS) Exemples d'interventions fondées sur des preuves

Les jeunes accèdent à l'information sur la santé sexuelle à partir de diverses sources, notamment les fournisseurs de soins de santé, les parents, les écoles, les organismes communautaires et les médias numériques. Les parents ont une influence considérable sur les valeurs et les croyances sexuelles des adolescents et des jeunes adultes. La recherche montre qu'une communication parent-jeune de qualité sur la santé sexuelle peut entraîner des pratiques sexuelles plus sûres chez les jeunes (Widman L et al., 2016). Cependant, près d'un quart des jeunes déclarent ne pas discuter de



sujets sexuels avec un parent (Widman L et al., 2016). Dans le contexte de la prestation de services confidentiels, les cliniciens peuvent faciliter la communication parents-jeunes au sujet de la santé sexuelle. Par exemple, les cliniciens peuvent aider leurs patients adolescents et jeunes adultes à voir les avantages potentiels de la communication avec leurs parents et proposer d'entamer des discussions parents-jeunes de manière à soutenir le jeune. Les cliniciens peuvent également fournir aux parents des conseils d'anticipation généraux sur la communication parents-jeunes et les sujets liés à la santé sexuelle des jeunes sans divulguer spécifiquement les informations confidentielles de leurs patients adolescents et jeunes adultes (Ford CA et al., 2011).

Les résultats de plus de 3 décennies d'évaluation des programmes d'éducation sexuelle dans une variété de contextes scolaires et communautaires sont remarquablement solides. De nombreuses études indiquent que la participation à une éducation sexuelle complète est liée à une diminution des comportements à risque d'IST, notamment des retards dans les premiers rapports sexuels, une réduction du nombre de partenaires sexuels et une diminution des rapports sexuels non protégés. (Chin et al., 2012)

Des programmes complets d'éducation sexuelle mettent l'accent sur l'abstinence comme comportement le plus sûr et promeuvent également l'utilisation de préservatifs et d'autres formes de contraception pour les jeunes qui ont des rapports sexuels. Des preuves considérables démontrent également que l'éducation sexuelle axée uniquement sur l'abstinence n'est pas associée à la prévention des comportements à risque liés aux MST. Des enquêtes sur la pratique de l'éducation à la santé aux États-Unis documentent les baisses récentes du nombre d'adolescents recevant une éducation sexuelle formelle (Lindberg et al., 2016).

La technologie numérique, y compris Internet et les médias sociaux, représente un nouveau moyen important pour l'éducation sexuelle. La possession d'un smartphone est devenue presque universelle pour les jeunes, 95% des adolescents aux États-Unis déclarant avoir facilement accès à un smartphone. L'anonymat offert par la technologie numérique dans la recherche de sujets sensibles en fait une source probable d'informations sur la santé sexuelle et reproductive. Bien que les ressources sexuelles et reproductives en ligne soient souvent inexactes, des sites tels que Bedsider.org, StayTeen.org et Scarleteen.com fournissent des informations complètes et médicalement exactes sur la santé sexuelle, adaptées aux adolescents et aux jeunes adultes.

En fin de compte, des approches élargies, intégrées et à plusieurs niveaux sont justifiées pour inverser les augmentations récentes des MST et améliorer les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes adultes aux États-Unis. De telles approches doivent aller au-delà des cliniques et des salles de classe ; capitaliser sur des technologies de pointe adaptées aux jeunes ; et changer les contextes sociaux de manière à encourager les jeunes à prendre des décisions sexuelles saines.

Il est de plus en plus évident que la réduction de l'incidence du VIH dans certains pays peut être liée à des changements de comportement résultant de programmes d'intervention comportementale (ONUSIDA 2001b ; Darbes 2009). Il existe de nombreuses théories et modèles sur la façon dont le changement de comportement se produit. Les modèles et théories les plus courants sur lesquels



reposent les interventions comportementales comprennent le modèle Information-Motivation-Comportement (IMB) (Fisher 2009), la Théorie Sociale Cognitive (Bandura 2001) et la Théorie de l'action raisonnée (Ajzen 2007). Même si les détails des théories sont différents, ils ont des idées similaires. Ils visent à modifier les facteurs considérés comme des prédicteurs du comportement, tels que les croyances en matière de santé (le risque de contracter le VIH est négligeable), les cognitions (le VIH n'est pas un risque important pour moi), les attitudes (rien de mal avec plusieurs partenaires), les normes sociales (pas de relations sexuelles avant le mariage) ou des compétences (négociation pour des relations sexuelles protégées). Cela implique de transmettre des informations aux groupes cibles par le biais d'une éducation, d'une formation et d'un conseil qui pourraient être effectués au niveau individuel ou au niveau du groupe. Dans le même ordre d'idées, les interventions comportementales de prévention du VIH visent à modifier ces facteurs afin de réduire les comportements sexuels à risque. En outre, sur la base de la théorie économique, des incitations telles que des stimuli monétaires ou non monétaires peuvent être utilisées pour influencer des comportements tels que des préservatifs gratuits. En 2011, une revue a été réalisée concernant les comportements sexuels à risque tels que les relations sexuelles non protégées avec un partenaire dont le statut est inconnu, les partenariats sexuels multiples, la consommation d'alcool avant d'avoir des relations sexuelles et les relations sexuelles avec des professionnel(le)s du sexe (OIT 2002). Cette revue s'est concentrée sur les interventions comportementales visant à réduire les comportements sexuels à risque des travailleurs afin de réduire la transmission hétérosexuelle de l'infection à VIH. L'une des conclusions était qu'il y avait de faibles preuves que les interventions éducatives, lorsqu'elles étaient basées sur le modèle IMB, réduisaient les maladies sexuellement transmissibles, les rapports sexuels non protégés et les rapports sexuels avec des professionnel(le)s du sexe, mais il n'y avait pas de diminution significative des rapports sexuels avec plusieurs partenaires sexuels ni de leur utilisation. d'alcool avant les rapports sexuels (Ojo_O., et al., 2011).

Dans une autre revue réalisée par Morenoi et al., en 2014, les auteurs ont évalué neuf études, impliquant 75 891 participants d'une durée allant de un à neuf ans. Sept de ces études ont été menées en Afrique subsaharienne, une au Pérou et une dans plusieurs pays. La promotion du préservatif a été mise en œuvre dans toutes les études. Les résultats n'ont pas fourni de preuves claires que la promotion du préservatif dans ces contextes spécifiques conduisait à une diminution de la transmission du VIH et d'autres IST. Cependant, les connaissances sur le VIH et les autres IST ont augmenté, tout comme l'utilisation déclarée du préservatif. Une raison probable des résultats négatifs de cette revue est que les comportements sexuels sont difficiles à changer. L'étude n'a trouvé aucune différence dans le nombre de partenaires sexuels où l'intervention a été mise en œuvre. De plus, s'il n'y a pas d'utilisation régulière du préservatif, le risque de transmission du VIH et d'autres IST demeure. La qualité des preuves a été jugée modérée. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence car la plupart des études de la revue ont été menées en Afrique subsaharienne, une région très diversifiée et dont les caractéristiques sociales et culturelles sont différentes de celles des autres pays en développement.



Mason-Jones et al., (2016) ont évalué les effets des programmes de santé sexuelle et reproductive en milieu scolaire, sur les infections sexuellement transmissibles (telles que le VIH, le virus de l'herpès simplex et la syphilis) et la grossesse chez les adolescentes. Huit essais en groupes ont été inclus qui ont recruté 55 157 participants. Cinq essais ont été menés en Afrique subsaharienne (Malawi, Afrique du Sud, Tanzanie, Zimbabwe et Kenya), un en Amérique latine (Chili) et deux en Europe (Angleterre et Écosse). Les auteurs ont conclu qu'il existe actuellement peu de preuves que les programmes éducatifs seuls sont efficaces pour réduire les IST ou les grossesses chez les adolescentes. Les interventions incitatives axées sur le maintien des jeunes, en particulier des filles, à l'école secondaire peuvent réduire les grossesses chez les adolescentes, mais d'autres essais de haute qualité sont nécessaires pour le confirmer.

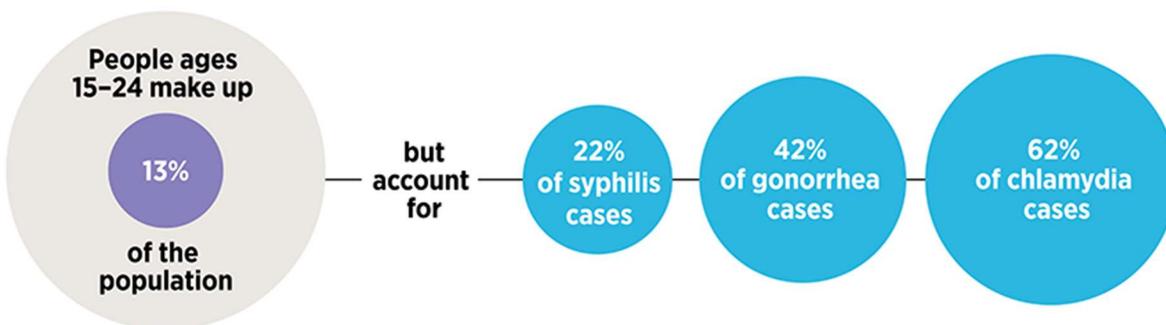
4. Comment les comportements peuvent changer – le rôle des professionnels

L'adolescence est un concept assez nouveau historiquement, comprenant une longue période de transition de l'enfance à l'âge adulte, associée à une prise de conscience émergente de la sexualité et à une volonté spécifique selon l'âge, d'expérimenter le sexe. (OMS, 2005).

L'adolescence est généralement associée à des changements physiologiques se produisant avec la progression de l'apparition des caractères sexuels secondaires (puberté) jusqu'à atteindre la maturité sexuelle et reproductive (OMS, 1995).

Les adolescents sont vulnérables aux IST ; Les Centres de Contrôle et de Prévention des Maladies (CDC) des États-Unis ont montré qu'en 2018, les personnes âgées de 15 à 24 ans représentaient une proportion substantielle de toutes les personnes atteintes de chlamydia (62 %), de gonorrhée (43 %) et de syphilis (22 %).

2 Young people are disproportionately burdened by STIs



Sources: Centers for Disease Control and Prevention and U.S. Census Bureau.

www.guttmacher.org

Les jeunes sont accablés de façon disproportionnelle par les MSTs



Les jeunes de 15-24 ans représentent 13% de la population

-mais compte pour-

-22% des cas de syphilis-42%des cas de gonorrhée-62% des cas de chlamydia

Les principales orientations que les professionnels peuvent prendre pour prévenir les IST et réduire l'incidence des infections chez les jeunes sont :

- Fournir des informations sur la santé sexuelle d'une part par des programmes qui offrent des informations précises sur la prévention, la transmission, les principaux symptômes et le traitement des IST, et d'autre part en promouvant un comportement sain et des relations saines en se concentrant sur l'autonomie sexuelle des adolescents, la compréhension du consentement et la capacité à plaider en faveur de l'utilisation du préservatif ;
- Adapter les programmes d'éducation sexuelle afin qu'ils soient cohérents avec l'âge, respectueux des différents contextes et spécificités culturels et répondant aux besoins éducatifs réels des jeunes. Se concentrer uniquement sur les programmes d'abstinence n'offre pas de solution aux adolescents qui deviendront sexuellement actifs indépendamment de ces programmes ;
- Assurer des conseils dans les écoles ou dans les services spéciaux pour les adolescents afin de les aider à faire le choix le plus sain et le plus sûr concernant leurs comportements sexuels ;
- Rendre disponibles et abordables des tests et des traitements pour les IST, adaptés à l'emploi du temps scolaire ou professionnel des jeunes, y compris les jeunes marginalisés qui ont abandonné l'école, dans le respect de la confidentialité et sans discrimination ;
- Offrir des soins préventifs en prévenant les IST et leur propagation. Les professionnels de la santé des écoles, en coopération avec le personnel éducatif, devraient promouvoir l'utilisation du préservatif et le traitement des partenaires.

Afin de comprendre comment changer le comportement des adolescents vis-à-vis des IST, il faut comprendre ce qui est important du point de vue du comportement humain, à savoir ce qu'est le conditionnement classique et le conditionnement opérant.

Le **conditionnement classique** a d'abord été expliqué par Ivan Pavlov qui a étudié la salivation chez le chien dans le cadre de son projet de recherche sur la digestion.

Le conditionnement classique est efficace lorsqu'un stimulus conditionné précède le stimulus inconditionné. Dans les études de Pavlov, par exemple, une cloche ou un buzzer était un signal que la viande arrivait et la salivation du chien était la préparation pour digérer la nourriture. À partir des expériences de Pavlov, c'est John B. Watson qui croyait que l'ensemble des émotions et des comportements humains pouvaient être expliqués par des principes de conditionnement. Il semble que, selon Watson, le conditionnement classique affecte nos préférences, nos émotions, notre comportement et joue un rôle important dans nos réponses émotionnelles aux objets, symboles, événements et lieux. Le conditionnement classique peut expliquer les émotions



positives et négatives. Nous avons appris les émotions positives ou négatives car, dans le passé, certains objets, événements, situations ont été associés à des sentiments positifs ou négatifs (Tavris C et al., 2001).

La théorie du conditionnement opérant explique que le comportement devient plus ou moins probable, selon ses conséquences. Dans le conditionnement opérant, la réponse de l'organisme opère ou produit des effets sur l'environnement qui, à leur tour, influencent si la réponse se reproduira.

La modification du comportement représente l'utilisation de techniques opérantes pour aider les gens à changer des habitudes indésirables, dangereuses ou autodestructrices dans des contextes réels.

Certains des succès attribués à la modification du comportement comprennent :

- *Apprendre aux parents à enseigner la propreté à leurs enfants
- Enseigner aux enseignants à être des « agents de changement de comportement »
- Former les adultes perturbés et déficients mentaux à communiquer, s'habiller, se mêler socialement aux autres et à gagner leur vie
- Apprendre aux patients atteints de lésions cérébrales à contrôler les comportements inappropriés, à concentrer leur attention et à améliorer leurs capacités linguistiques
- Aider les gens à éliminer les habitudes indésirables, comme fumer et se ronger les ongles, ou à acquérir celles qu'ils désirent, comme pratiquer le piano ou étudier.

Un professionnel formé au comportement devrait commencer par étudier systématiquement le comportement de l'adolescent et les renforcements qui semblent le maintenir, comme l'attention ou la stimulation sensorielle. Il est également important de considérer les techniques de renforcement et de punition qui peuvent être positives et négatives, par ex. un renforcement positif, quelque chose d'agréable suit une réponse ; dans le renforcement négatif, quelque chose de désagréable est supprimé. Dans la punition positive, quelque chose de désagréable suit la réponse ; dans la punition négative, quelque chose d'agréable est supprimé (Tavris C et al., 2001).

Le renforcement dans le conditionnement opérant est tout événement qui renforce ou améliore le comportement. Il existe deux sortes de renforcements. Dans ces deux cas de renforcement, le comportement s'améliore.

1. Les renforcements positifs sont des événements ou des résultats favorables qui sont présentés après le comportement. Dans les situations de renforcement positif, une réponse ou un comportement est renforcé par l'ajout d'éloges ou d'une récompense directe. Si vous faites un bon travail à l'école et que votre professeur vous donne une note plus élevée, cette note est un renforcement positif.

2. Les renforcements négatifs impliquent la suppression d'événements ou de résultats défavorables après l'affichage d'un comportement. Dans ces situations, une réponse est renforcée



par la suppression de quelque chose considéré comme désagréable. Par exemple, si votre enfant commence à crier au milieu d'un restaurant, mais s'arrête une fois que vous lui donnez une friandise, votre action a conduit à la suppression de la condition désagréable, renforçant négativement votre comportement (pas celui de votre enfant).

Dans le **conditionnement opérant**, les programmes de renforcement sont une composante importante du processus d'apprentissage. Quand et à quelle fréquence nous renforçons un comportement peuvent avoir un impact considérable sur la force et le taux de réponse.

Un **programme de renforcement** est essentiellement une règle indiquant quels cas de comportement seront renforcés. Dans certains cas, un comportement peut être renforcé à chaque fois qu'il se produit. Parfois, un comportement peut ne pas être renforcé du tout.

Le renforcement positif ou le renforcement négatif peut être utilisé dans le cadre du conditionnement opérant. Dans les deux cas, l'objectif du renforcement est de renforcer un comportement afin qu'il se reproduise probablement.

Les programmes de renforcement ont lieu aussi bien dans des situations d'apprentissage naturelles que dans des situations de formation plus structurées. Dans le monde réel, les comportements ne seront probablement pas renforcés à chaque fois qu'ils se produisent. Dans les situations où vous essayez intentionnellement de renforcer une action spécifique (comme à l'école, dans un sport ou dans le dressage d'animaux), vous suivez un programme de renforcement spécifique.

Certains horaires sont mieux adaptés à certains types de situations d'entraînement. Dans certains cas, la formation peut exiger un horaire, puis passer à un autre une fois que le comportement souhaité a été enseigné.

Les deux formes fondamentales de programmes de renforcement sont appelées renforcement continu et renforcement partiel.

Renforcement continu. Dans le renforcement continu, le comportement souhaité est renforcé à chaque fois qu'il se produit. Ce programme est mieux utilisé pendant les premières étapes de l'apprentissage pour créer une forte association entre le comportement et la réponse.

Imaginez, par exemple, que vous essayez d'apprendre à un chien à vous serrer la main. Au cours des premières étapes de l'apprentissage, vous vous en tiendrez à un programme de renforcement continu pour enseigner et établir le comportement. Cela peut impliquer de saisir la patte du chien, de la secouer, de dire « secouer », puis d'offrir une récompense à chaque fois que vous effectuez ces étapes. Finalement, le chien commencera à effectuer l'action tout seul.

Les programmes de renforcement continu sont les plus efficaces lorsque vous essayez d'enseigner un nouveau comportement. Il dénote un modèle auquel chaque réponse bien définie est suivie d'une conséquence bien définie.

Renforcement partiel. Une fois que la réponse est fermement établie, un programme de renforcement continu est généralement remplacé par un programme de renforcement partiel. Dans le cadre d'un renforcement partiel (ou intermittent), la réponse n'est renforcée qu'une partie du temps. Les comportements appris sont acquis plus lentement avec un renforcement partiel,



mais la réponse est plus résistante à l'extinction. (<https://www.verywellmind.com/what-is-a-schedule-of-reinforcement>)

La punition, lorsqu'elle est utilisée correctement, peut être efficace pour décourager un comportement indésirable, mais elle est souvent mal utilisée et a des conséquences imprévues et peut provoquer la peur et la rage. L'extinction des comportements indésirables, combinée au renforcement des comportements souhaités, est généralement préférable au recours à la punition (Tavris C et al., 2001).

Punition dans le conditionnement opérant

La punition est la présentation d'un événement ou d'un résultat indésirable qui entraîne une diminution du comportement. Il existe deux sortes de punitions. Dans ces deux cas, le comportement diminue.

1. **La punition positive**, parfois appelée punition par application, présente un événement ou un résultat défavorable afin d'affaiblir la réponse. La fessée pour mauvaise conduite est un exemple de punition par application.
2. **La punition négative**, également connue sous le nom de punition par suppression, survient lorsqu'un événement ou un résultat favorable est supprimé après qu'un comportement se soit produit. Le retrait du jeu vidéo d'un enfant à la suite d'une mauvaise conduite est un exemple de punition négative.

En conclusion, le conditionnement opérant repose sur une prémisse assez simple : les actions qui sont suivies d'un renforcement seront renforcées et plus susceptibles de se reproduire à l'avenir. Si vous racontez une histoire amusante en classe et que tout le monde rit, vous aurez probablement plus de chances de raconter cette histoire à nouveau à l'avenir.

Si vous levez la main pour poser une question et que votre professeur fait l'éloge de votre comportement poli, vous aurez plus de chances de lever la main la prochaine fois que vous aurez une question ou un commentaire. Parce que le comportement a été suivi d'un renforcement, ou d'un résultat souhaitable, l'action précédente est renforcée.

3. Inversement, les actions qui entraînent des sanctions ou des conséquences indésirables seront affaiblies et moins susceptibles de se reproduire à l'avenir. Si vous racontez à nouveau la même histoire dans une autre classe mais que personne ne rit cette fois-ci, vous aurez moins de chances de répéter l'histoire à l'avenir. Si vous criez une réponse en classe et que votre professeur vous gronde, vous risquez moins d'interrompre à nouveau le cours. (<https://www.verywellmind.com/operant-conditioning>)

Pour prévenir



En 2011, une revue systématique a été réalisée afin de déterminer la sensibilisation et les connaissances des adolescents et adolescentes scolarisés en Europe sur les IST et, si possible, comment ils perçoivent leur propre risque de contracter une IST. Au total, 15 études ont été incluses dans la revue. Toutes étaient des enquêtes transversales menées auprès d'adolescents scolarisés âgés de 13 à 20 ans. En général, la sensibilisation et les connaissances variaient parmi les adolescents selon le sexe. Six MST ont été ciblées dans les études incluses dans la revue, la sensibilisation et les connaissances étant évaluées en profondeur principalement pour le VIH/SIDA et le VPH, et dans une certaine mesure pour la chlamydia. Pour la syphilis, la gonorrhée et l'herpès, seule la sensibilisation a été évaluée. La sensibilisation était généralement élevée pour le VIH/SIDA (au-dessus de 90 %) et faible pour le VPH (fourchette de 5,4 % à 66 %). Bien qu'ils sachent que l'utilisation de préservatifs aide à se protéger contre les MST, certains adolescents considèrent toujours les préservatifs comme une méthode de contraception provisoire avant d'utiliser la pilule. En général, les études ont fait état de faibles niveaux de sensibilisation et de connaissance des maladies sexuellement transmissibles, à l'exception du VIH/SIDA. Bien que, comme le montrent certaines des conclusions sur l'utilisation du préservatif, les connaissances ne se traduisent pas toujours par un changement de comportement, l'éducation sexuelle des adolescents est importante pour la prévention des MST et le cadre scolaire joue un rôle important. Au-delà du VIH/SIDA, il faut prêter attention aux infections telles que la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis. (Samkange-Zeeb et al., 2011)

4. Éducation des futurs parents/de la population pour un mode de vie sain concernant les maladies sexuellement transmissibles et en général – le rôle des programmes éducatifs, le rôle de la communauté, les écoles. Comment diffuser l'information

Les adolescents se renseignent sur le sexe, la reproduction, la contraception et les IST auprès de diverses sources : parents, frères et sœurs, pairs, radio, télévision, presse écrite, potins et observation des autres. Dans de nombreuses cultures et contextes, les parents et autres parents adultes, par ex. les tantes ou les oncles, ne parlent pas de ces problèmes à leurs enfants, et beaucoup ne se sentent pas informés ou à l'aise de donner des conseils (Görge 1994). Hughes et McCauley (1998) citent des enquêtes qui montrent que les parents comme les jeunes préfèrent souvent que les parents soient la principale source d'information des adolescents sur la sexualité et la santé reproductive (Castillo, 1993 ; Hawkins et Ojaka, 1992 ; Kumah et al., 1992). Ces études ont montré que les parents se sentent trop gênés, confus ou mal informés sur ces sujets pour être une source efficace d'information et de soutien (Kumah et al., 1992, UNFPA, 1993).

Les pairs et, dans certains cas, les médias de masse semblent être devenus les principales sources d'information sur les IST pour la plupart des adolescents, par ex. au Burkina Faso (Conseil de la population, 1998). De même, au Zimbabwe et en Tanzanie, les jeunes avaient reçu la plupart de leurs informations sur les IST de leurs pairs et/ou des médias (CRHCS, sans date a,b). En Tanzanie, les jeunes auraient néanmoins préféré recevoir plus d'informations de leurs parents que des médias (CRHCS, sd b).

Les enseignants, les autres membres du personnel scolaire et les prestataires de soins de santé ont le potentiel de devenir une source majeure d'information sur les IST. A Nairobi, au Kenya, les médias étaient la principale source d'information sur les IST telles que la gonorrhée et la syphilis, suivis par les enseignants, les amis et les parents (Lema et Hassan, 1994). En Colombie, les



enseignants des écoles étaient la source d'information la plus courante sur les IST, et les filles mentionnent aussi fréquemment leur mère ; les services de santé n'étaient décrits comme une source d'information importante que par 5 % des jeunes (Profamilia, 1996). En Afrique du Sud, les amis étaient considérés comme une source d'information précieuse, mais près des trois quarts des jeunes ont indiqué qu'ils préféreraient parler de sexualité à un adulte. Les cliniques auraient été leur source préférée d'informations, de services et de produits de santé reproductive, mais malheureusement, la plupart des cliniques n'avaient pas un environnement dans lequel les jeunes se sentaient à l'aise pour rechercher les conseils et les services dont ils avaient besoin et qu'ils auraient voulu (Transgrud, 1998).

Les adolescents éprouvent souvent des sentiments de culpabilité et de honte lorsqu'ils réalisent qu'ils ont contracté une IST, et nombre d'entre eux n'ont peut-être pas acquis les compétences nécessaires pour dire à quelqu'un qu'ils ont un problème de santé sexuelle (Brabin, 1998).

Pour les adolescentes, contracter une IST est parfois associée à la prostitution. En conséquence, même s'ils ont un écoulement inhabituel ou une plaie, ils ne peuvent confier à personne qu'il y a un problème. Lorsque les adolescents se présentent dans une clinique, leurs rapports sont souvent vagues, surtout s'il s'agit de relations sexuelles non désirées ou d'abus sexuels.

Facteurs empêchant les adolescents atteints d'IST d'obtenir un traitement efficace (Adapté de Brabin 1998)

Nature des IST et des méthodes de diagnostic

- * Infection souvent asymptomatique
- * Manque de tests de dépistage abordables
- * Évaluations des risques inexactes

Connaissances, attitudes et compétences des adolescents concernant les IST et la recherche de soins

- * Manque de connaissance des symptômes
- * Le traitement des IST n'est pas prioritaire
- * Je ne sais pas où aller pour le traitement
- * N'ont pas les compétences nécessaires pour exprimer un problème de santé sexuelle
- * Peur des examens
- * Peur que les parents et autres adultes découvrent

Accès aux services

- Longues distances vers les cliniques ou manque de (d'argent pour le) transport
- Horaires d'ouverture peu pratiques pour les adolescents (ex. clinique fermée après l'école)
- Restrictions légales/politiques (par exemple, consentement parental; besoin d'amener un partenaire)
- Fournisseurs inamicaux/jugement



- Coût élevé du traitement

Mauvaise gestion des dossiers

- Pénuries de médicaments
- Médicaments inefficaces ou doses sous-optimales utilisées
- Échec des prestataires informels à éduquer, promouvoir et offrir des préservatifs, et à informer les partenaires

Les recommandations de bonnes pratiques pour la prévention des IST chez les adolescents et les jeunes adultes comprennent :

- utilisation correcte et cohérente du préservatif ;
- thérapie partenariale accélérée pour la gonorrhée et la chlamydia ;
- prophylaxie pré-exposition pour la prévention du VIH ;
- Approches de prévention fondées sur des données probantes en milieu communautaire
- Interventions de conseil courtes utilisant des plans personnalisés de réduction des risques.

Peterman TA a mentionné dans son éditorial publié en 2016 que les interventions contre les IST incluent à la fois des approches traditionnelles et des interventions plus larges. Les approches traditionnelles comprennent : la notification des partenaires et les programmes de dépistage dans les établissements cliniques, les écoles et les établissements de proximité, tandis que les interventions plus larges incluent le marketing social, le conseil comportemental, la liaison et l'orientation vers les soins et les interventions politiques.

Les programmes de dépistage fonctionnent étonnamment bien s'ils sont effectués automatiquement, comme le dépistage de routine de la syphilis chez les HSH infectés par le VIH lorsqu'ils font prélever du sang pour déterminer le nombre de CD4 ou la charge virale. Convaincre les prestataires de mettre en œuvre de tels changements systématiques serait probablement une intervention peu coûteuse et très efficace pour la prévention de la syphilis. D'autres approches de dépistage de la syphilis, telles que les tests de proximité, sont beaucoup plus coûteuses et moins productives.

La notification aux partenaires reste une méthode efficace pour trouver les cas importants, mais le coût est élevé et ce n'est souvent pas la méthode la plus efficace pour trouver les personnes infectées. Un défi pour les services aux partenaires est de savoir comment s'assurer que les partenaires des personnes atteintes de gonorrhée ou de chlamydia sont traités à un coût raisonnable. Il a été prouvé que donner aux patients des médicaments à apporter à leurs partenaires aide à réduire les taux de réinfection. Les nouvelles approches telles que la messagerie texte ont un grand potentiel, mais ne sont pas entièrement évaluées.

Les changements de politique peuvent avoir un impact à long terme, mais changer une politique ne change pas immédiatement la pratique. Les lois autorisant les patients à apporter des médicaments à leurs partenaires sont une étape importante dans le traitement du partenaire, mais



la baisse à différents niveaux de la cascade de traitement démontre que davantage de travail est nécessaire à différents niveaux.

Un bref conseil comportemental fonctionne souvent, en particulier pour les jeunes hommes et femmes hétérosexuels à risque modérément élevé. Il s'est avéré efficace à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des cliniques MST, mais il nécessite d'aller au-delà de l'enseignement didactique.

La prestation de soins aux personnes atteintes d'IST va au-delà du traitement des 35 infections sexuellement transmissibles et comprend la prise en charge d'autres affections couramment observées chez les personnes atteintes d'IST, en tenant compte du fait que l'orientation passive des patients atteints d'IST vers les services médicaux ou sociaux est peu susceptible d'être efficace. (Peterman T.A., 2016).



6. Bibliographie

1. Chin HB, Sipe TA, Elder R, 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* 2012;42(3):272–94.
2. Dehne, K. L. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services / Karl L. Dehne, Gabriele Riedner; edited by Marge Berer. ISBN 92 4 156288 9 (NLM classification: WA 330), WHO 2005.
3. Ford CA, Davenport AF, Meier A, Partnerships between parents and health care professionals to improve adolescent health. *J Adolesc Health* 2011;49(1): 53–7.
4. Gräf DD, Mesenburg MA, Fassa AG. Risky sexual behavior and associated factors in undergraduate students in a city in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2020 Apr 17;54:41. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001709. PMID: 32321057; PMCID: PMC7135094.
5. Kamb ML, Fishbein M, Douglas, Jr JM, et al. Efficacy of Risk-Reduction Counseling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 1998;280(13):1161–1167. doi:10.1001/jama.280.13.1161.
6. Lindberg LD, Maddow-Zimet I, Boonstra H. Changes in adolescents' receipt of sex education, 2006–2013. *J Adolesc Health* 2016;58(6):621–7.
7. 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* 2016, Issue 11. Art. No.: CD006417. DOI: 10.1002/14651858.CD006417.pub3.
8. Moreno_R, Nababan_HY, Ota_E, Wariki_WMV, Ezoe_S, Gilmour_S, Shibuya_K. Structural and community-level interventions for increasing condom use to prevent the transmission of HIV and other sexually transmitted infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 7. Art. No.: CD003363. DOI: 10.1002/14651858.CD003363.pub3.
9. Ojo_O, Verbeek_JH, Rasanen_K, Heikkinen_J, Isotalo_LK, Mngoma_N, Ruotsalainen_E. Interventions to reduce risky sexual behaviour for preventing HIV infection in workers in occupational settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD005274. DOI: 10.1002/14651858.CD005274.pub3.
10. Oranganje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD005215. DOI:10.1002/14651858.CD005215.pub3.
11. Peterman T.A., Effective Interventions to Reduce Sexually Transmitted Disease: Introduction to the Special Issue Sexually Transmitted Diseases, Volume 43, Supplement 1, February 2016.
12. Samkange-Zeeb FN, Spallek L, Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of



- published literature. BMC Public Health. 2011 Sep 25;11:727. doi: 10.1186/1471-2458-11-727. PMID: 21943100; PMCID: PMC3189891.
13. Travis C, Wade C. Psychology in Perspective. Third Edition. Prentice-Hall. 2001
 14. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: a meta-analysis. JAMA Pediatr 2016; 170(1):52–61.
 15. Wynn, Adriane PhD, MPP; Bristow, Claire C. PhD, MPH, MSc; Cristillo, Anthony D. PhD, et al, Sexually Transmitted Infections in Pregnancy and Reproductive Health: Proceedings of the STAR Sexually Transmitted Infection Clinical Trial Group Programmatic Meeting Sexually Transmitted Diseases: January 2020 - Volume 47 - Issue 1 - p 5-11
 16. Panchaud C, Singh S, Feivelson D and Darroch J.E. Family Sexually Transmitted Diseases Among Adolescents in Developed Countries. Family Planning Perspectives, Volume 32, Number 1, January/February 2000.