



HAL
open science

Stratégies de repérage et interventions de réduction des comportements à risque d'infections sexuellement transmissibles proposées en soins premiers dans les pays de l'OCDE : revue systématique de la littérature

Racha Onaisi-Chantrel, Camille Pontgratz

► To cite this version:

Racha Onaisi-Chantrel, Camille Pontgratz. Stratégies de repérage et interventions de réduction des comportements à risque d'infections sexuellement transmissibles proposées en soins premiers dans les pays de l'OCDE : revue systématique de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02498644

HAL Id: dumas-02498644

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02498644>

Submitted on 4 Mar 2020

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Année 2019

Thèse n° 133a et 133b

**Stratégies de repérage et interventions de réduction des
comportements à risque d'infections sexuellement transmissibles
proposées en soins premiers dans les pays de l'OCDE**
Revue systématique de la littérature

Présentée et soutenue publiquement
Le 19 Septembre 2019

par Racha ONAISI CHANTREL, née le 20/06/1991 à Rueil-Malmaison (92)
et par Camille PONTGRATZ, née le 06/03/1990 à Fontainebleau (77)

Directeur de thèse : Professeur Jean-Philippe JOSEPH

JURY

Monsieur le Professeur François DABIS
Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA
Monsieur le Docteur Guillaume CONORT
Madame Diana BARGER

Président
Rapporteur
Assesseur
Assesseur
Membre invité



REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur François DABIS,
Merci de nous faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et de la gentillesse avec laquelle vous avez accepté notre demande.

À Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE,
Merci infiniment d'avoir accepté d'être le rapporteur de notre thèse et de juger notre travail. C'est un honneur et un plaisir de vous compter parmi notre jury. Soyez assuré de notre reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Philippe CASTERA,
Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de faire partie du jury de notre thèse.

À Monsieur le Docteur Guillaume CONORT,
Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse, et d'être ainsi présent pour l'aboutissement de ce travail après nous avoir accompagnées dans ses prémices.

À Madame Diana BARGER,
Merci d'avoir accepté notre demande d'intégrer le jury de notre thèse malgré les échéances prochaines de votre travail de thèse de sciences, pour lequel nous vous adressons tous nos vœux de réussite.

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,
Merci de nous avoir fait l'honneur de diriger notre travail et d'avoir été à l'origine de ce projet. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profonde considération.

À Madame Emmanuelle FLOCH-GALAUD et à Madame Évelyne MOUILLET,
Nous tenons à vous exprimer notre reconnaissance pour votre aide et vos conseils si précieux pour la rédaction de nos équations de recherche et la réalisation de ce travail.

À Madame le Docteur Michelle MUNRO-KRAMER et Madame le Docteur Kristy MARTYN,
Merci d'avoir accepté de partager votre travail avec nous.

À mes parents, les mots ne suffisent pas pour vous exprimer mon amour et ma reconnaissance,

À mon frère, qui entre deux chamailleries de plus en plus espacées est un frère en or (peut-être même le meilleur frère au monde mais tu risquerais de prendre la grosse tête),

À Gauthier, mon cher et tendre, pour m'avoir supportée dans les deux sens du terme durant ce travail,

À Camille, compagnon de route syndical et de thèse, et amie, merci pour ton aide précieuse sans laquelle ce travail aurait difficilement vu le jour !

À mes amis,

Camille T., chère Madame la Présidente, merci d'être toujours là pour moi dans les bons comme les mauvais moments, ton amitié est tellement précieuse, intégrer l'aventure isnarienne a été une des meilleures décisions de ma vie rien que pour m'avoir permis de te rencontrer

Marie-Charlotte, pour tous les fous rires, pour les délires et la meilleure ambiance de coloc' possible, pour ton soutien sans failles dans les moments difficiles,

Marie, malgré un faux départ, des hauts et des bas, merci pour cette belle amitié qui dure pour mon plus grand plaisir,

Camille C., d'avoir bien ri à ma blague nullissime sur la tequila paf, puisque cela a contribué à faire de toi une aussi bonne amie depuis plus de dix ans maintenant,

Alex, pour ton extrême gentillesse et ta loyauté sans failles, les amis comme toi ne courent pas les rues,

Aux Licornes, je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui sans vous, merci pour tout ce que vous m'avez apporté

Au SIMGA et à l'ISNAR-IMG, qui m'ont tant appris et faite grandir,

À ceux qui m'ont supportée comme co-interne,

À Jean-François et Thierry pour m'avoir guidée dans mes premiers pas en médecine générale et m'avoir transmis votre passion pour cette superbe spécialité avec tant de bienveillance, j'ai tant appris avec vous, je ne vous remercierai jamais assez pour mon stage exceptionnel à vos côtés ! À tous ceux qui m'ont guidée avec bienveillance pour devenir le médecin que je suis aujourd'hui durant mes nombreux stages.

Au Docteur David Ferreira, merci infiniment pour ton aide et tes conseils si précieux pour ce travail,

Aux soignants que j'ai eu la chance de rencontrer durant mon parcours et qui m'ont prouvé que quelles que soient les difficultés il est possible de rester en toutes circonstances humain et bienveillant, envers les autres et envers soi-même, merci infiniment,

À mon chat Hermès d'être aussi mignon.

MERCI !

Racha

À Racha. Merci de m'avoir proposé de te rejoindre dans ce projet, merci pour ta confiance. Travailler avec toi a toujours été un plaisir, que ce soit dans le cadre du syndicat ou de cette thèse. J'en éprouve d'autant plus de gratitude que j'y ai gagné une amie.

À Sarah. Merci d'avoir été ma partenaire d'aventure pendant ces dix années riches en rebondissements. Merci pour ta force, ton courage, ton esprit rebelle et tes dessins de crânes qui m'ont toujours énormément inspirée. Je suis fière de ce que nous sommes devenues et, en l'honneur d'une promesse scellée entre deux P1 mais surtout au nom de tout ce que tu m'as apporté au cours de cette décennie, je te dédie cette thèse.

A ma famille, merci pour votre soutien et votre confiance tout au long de mon parcours. À mes parents, merci de m'avoir aidée à cultiver l'ambition, l'assurance et la force sans lesquelles je n'en serais pas là aujourd'hui. À mon frère, pour notre complicité de toujours. À mes grands-parents, pour leur fierté si précieuse et mon premier stétho.

À Eddine, Inès, Khalil, Moazam, Namiko, Ophélie et Grand-Mère Feuillage. Merci pour tous ces moments passés au fin fond du 93, aux quatre coins du monde, autour d'une table à Thanksgiving ou le long du canal de l'Ourcq. Votre présence m'a été essentielle, fondamentale et inestimable tout au long de ces années qui nous ont vus grandir. Vous êtes ma famille de cœur. Vive l'ODS !

À Angela, à notre amitié complice qui transcende le temps et l'espace. À Sylvie, Thien-An et Ying, en l'honneur des liens solides qui peuvent naître de moments d'insouciance. À Minaxi, pour tout ce qu'on a partagé. À Laura, à nos discussions si riches et à nos combats associatifs. Au Tutorat. À Boboche et sa magie.

Aux bergeracois, aux premiers pas dans la cour des grands que nous avons faits ensemble, aux épreuves et aux joies, à nos soirées de dingues et à ce lien si particulier qui persiste encore des années plus tard. A notre team de warriors des urgences. À Manue, à ce premier verre sur ton balcon avec vue sur la Dordogne qui a marqué le début d'une nouvelle étape et d'une belle amitié. À Camille, tu as été ma force pendant cette première année d'internat mouvementée passée sous les mêmes toits. Tu es une personne formidable et la meilleure conductrice de camionnette que je connaisse, je suis très fière et chanceuse de t'avoir dans ma vie.

Aux marmandais, à ce semestre d'été de folie qui a lui aussi laissé en moi un souvenir indélébile. Un merci tout particulier à mes co-internes de choc d'alors, Alexia et Elodie.

À Pauline, Cédric et Augustin. Un stage à l'U34 sans vous aurait été comme un service de gériatrie sans eau gélifiée.

Au SIMGA, à celles et ceux qui l'ont fait et le font vivre.

À Gauthier, merci pour ton soutien et ta sympathie pendant les longues journées de travail qui ont permis à cette thèse de voir le jour.

À Samia, merci de m'avoir fait découvrir et aimer cette belle spécialité qu'est la médecine générale. À Catherine, Christophe, Pierre-Luc, Bruno et Imad, merci pour tout ce j'ai appris à vos côtés pendant ces stages dont je garde de très bons souvenirs, merci pour votre bienveillance et votre humanité.

Aux patient-es, aux soignant-es dont j'ai eu la chance de croiser le chemin, à toutes ces rencontres qui me bousculent parfois, m'interrogent souvent et m'enrichissent toujours.

Camille

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIÈRES	5
TABLE DES FIGURES	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
PRÉAMBULE	9
JUSTIFICATION DU TRAVAIL DE RECHERCHE	10
ÉPIDÉMIOLOGIE	10
ÉTAT DES LIEUX DES RECOMMANDATIONS	11
LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LA PRÉVENTION EN SANTÉ SEXUELLE	12
PLACE DES OUTILS DANS LA STRATÉGIE DE SANTÉ SEXUELLE EN SOINS PRIMAIRES	13
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	15
INTRODUCTION	19
MÉTHODES	21
STRATÉGIE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	21
CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	22
COLLECTE DES DONNÉES ET ANALYSE	23
RÉSULTATS	24
RESULTATS RELATIFS AU REPERAGE	24
RESULTATS RELATIFS AUX INTERVENTIONS	28
DISCUSSION	38
PRINCIPAUX RÉSULTATS, FORCES ET LIMITES	38
UN MANQUE D'ÉTUDES AU-DELÀ DE 50 ANS	42
UNE UTILISATION D'OUTILS DEVANT S'INTÉGRER DANS UNE PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE	42
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXE 1 : LISTE DES EQUATIONS DE RECHERCHE	55
ANNEXE 2 : LISTE DES PAYS MEMBRES DE L'OCDE	56
ANNEXE 3 : TABLEAU DE PRESENTATION DES ETUDES INCLUSES POUR LE REPERAGE DES COMPORTEMENTS A RISQUE D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	57
ANNEXE 4 : TABLEAU DE PRESENTATION DES ETUDES INCLUSES POUR LES INTERVENTIONS DE REDUCTION DES COMPORTEMENTS A RISQUE D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	66
ANNEXE 5 : STRATEGIES/OUTILS DE REPERAGE DES COMPORTEMENTS A RISQUE D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE	93
ANNEXE 6 : ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES DANS LES PAYS D'ETUDE	97

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1: DIAGRAMME DE FLUX (SELON LES RECOMMANDATIONS PRISMA (44))	24
FIGURE 2 : HIV-SCREENING INSTRUMENT	93
FIGURE 3: L'EDINBURGH RISK ASSESSMENT TABLE FOR HIV TESTING	94
FIGURE 4 : BRIEF SEXUAL HEALTH SURVEY	94
FIGURE 5 : SEXUAL RISK EVENT HISTORY CALENDAR.....	95
FIGURE 6: ALGORITHME D'EVALUATION DU RISQUE PROPOSE PAR PATEL ET AL.	96

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CBS : Communication Brève relative à la Sexualité

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CDC : Center for Diseases Control

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CNR : Centre National de Référence

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

PrEP : *Pre-Exposure Prophylaxis* (prophylaxie pré-exposition)

PVVIH : Personnes vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine

RPIB : Repérage Précoce Intervention Brève

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Humaine Acquise

TaSP : *Treatment as Prevention* (traitement comme prévention)

TPE : Traitement Post-Exposition

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UDI : Usagers de Drogues Injectables

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

PRÉAMBULE

Nous avons fait le choix de réaliser l'ensemble de notre travail à deux. En effet, notre question de recherche peut se subdiviser en deux questions correspondant à une seule et même problématique : assurer aux patients une prise en charge optimale du risque sexuel individuel en soins premiers.

Par ailleurs, la méthodologie choisie, une revue systématique de littérature, se prête tout particulièrement à un travail en duo. En effet, lors du processus de sélection des articles, nous avons travaillé de manière totalement indépendante et la résolution des conflits éventuels s'est faite par concertation. De plus, un travail sur la même thématique, la même question, favorisait un niveau d'expertise similaire sur le sujet, assurant une maîtrise des critères d'inclusion et d'exclusion, et facilitant les échanges lorsque nécessaires.

Nous avons ensuite réparti le travail d'analyse et de synthèse des articles. Camille PONTGRATZ a analysé les articles concernant les stratégies de repérage des comportements à risque d'infections sexuellement transmissibles. Racha ONAISI a effectué l'analyse des articles relatifs aux interventions de réduction du risque d'infections sexuellement transmissibles. Ensuite, chaque analyse et synthèse a fait l'objet d'une vérification mutuelle.

La rédaction de ce travail s'est également faite à quatre mains.

JUSTIFICATION DU TRAVAIL DE RECHERCHE

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les infections sexuellement transmissibles (IST) représentent un enjeu de santé publique majeur en France. Selon les dernières données épidémiologiques de Santé Publique France (1), le nombre de nouveaux cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) était stable entre 2010 et 2017 avec environ 6400 découvertes de séropositivité en 2017, touchant principalement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les hétérosexuels nés à l'étranger (principalement Afrique subsaharienne). Il augmente toutefois de 26% chez les HSH nés à l'étranger. Malgré d'importants progrès en matière de prise en charge thérapeutique ces dernières décennies, l'espérance de vie des patients ayant débuté un traitement entre 2008 et 2010 reste inférieure à celle de la population générale, de 6 ans pour les hommes et 9 ans pour les femmes (2,3). L'épidémie de VIH représente également un poids important pour l'économie française. Le coût annuel des associations d'antirétroviraux recommandées par le rapport Morlat varie de 5000 à 11 000 euros par patient (4) tandis que celui des hospitalisations en lien avec le VIH est estimé à 45 millions d'euros (5).

Si l'incidence des cas de VIH stagne, le nombre d'IST bactériennes est quant à lui en nette progression. Les données issues du réseau RésIST montrent une augmentation de 70% des infections à gonocoques entre 2013 et 2017 avec 49 628 personnes diagnostiquées en 2016, soit un taux de 91/100 000 habitants (6). Les infections uro-génitales à chlamydiae sont également en progression avec, selon les données Renachla, 267 097 cas nouveaux cas en 2016, soit un taux de 491/100 000 habitants. Cela représente une augmentation de 15% entre 2015 et 2017 (6). Les conséquences en matière de santé reproductive sont importantes dans la mesure où 3% des femmes présentant une infection génitale à Chlamydia trachomatis développeront une infertilité tubaire (7). Le nombre de cas de syphilis récente reste quant à lui stable sur cette même période (6) après une franche progression depuis le début des années 2000 (8). L'impact de ces infections bactériennes pourrait par ailleurs s'accroître dans les prochaines années avec le développement des résistances aux antibiotiques. Le Centre National de Référence (CNR) des IST a d'ailleurs déjà isolé une souche de gonocoque résistante à la ceftriaxone en 2017 (6).

A l'échelle mondiale, le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH est en diminution, estimé par le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) à 1,8 millions en 2017 (9). La mortalité annuelle est également en déclin, estimée à 940 000 patients selon la même source. Le taux de mortalité diminuant plus rapidement que le taux d'incidence, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH), estimé à 36,9 millions, est en augmentation dans le monde. Le nombre de nouveaux cas d'infections bactériennes sexuellement transmissibles s'élève, selon le dernier bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS),

à 127,2 millions pour les cas de chlamydiae, à 86,9 millions pour ceux de gonocoques et à 6,9 millions pour ceux de syphilis chez les 15-49 ans en 2016. Ces chiffres sont globalement similaires à ceux de 2012 (10).

En France, si certains comportements protecteurs comme l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) se diffusent, le niveau d'utilisation du préservatif est au plus bas par rapport aux deux dernières décennies (6).

ÉTAT DES LIEUX DES RECOMMANDATIONS

L'éradication de l'épidémie du VIH d'ici à 2030 et le combat contre les autres maladies transmissibles font partie de l'objectif n°3 de développement durable des Nations Unies (11). Dans ce cadre, l'OMS préconise notamment de favoriser l'accès au dépistage, de promouvoir l'utilisation des préservatifs et lubrifiants ainsi que l'utilisation des traitements antirétroviraux à visée préventive (traitement post-exposition, prophylaxie pré-exposition, prévention par le traitement) et de développer des interventions de diminution des comportements à risque adaptées aux populations ciblées (12,13).

En France, la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 (14) pose également comme objectif d'en finir avec les épidémies d'IST d'ici à 2030. Elle préconise de promouvoir les dépistages répétés des IST dont le VIH. Ces recommandations concordent avec celles de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant le dépistage du VIH : tous les trois mois chez les HSH, tous les ans chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et les personnes originaires de zones de forte prévalence de l'infection à VIH et une fois au moins au cours de la vie entre 15 et 70 ans pour tous les individus (15). Le rapport Morlat préconise un dépistage des IST par population (jeunes, HSH, migrants...) et propose une stratégie ciblée (16).

La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 insiste sur la nécessité d'intégrer la problématique des infections sexuellement transmissibles dans une prise en charge globale de la santé sexuelle (14). Elle repose sur l'emploi d'une prévention combinée intégrant notamment la PrEP, le traitement post-exposition (TPE) et le traitement comme prévention (TasP) mais rappelle la place du préservatif comme outil de base. Elle préconise en outre d'utiliser des approches combinant les dimensions psycho-comportementales et biomédicales et d'adopter des stratégies de dépistage personnalisées en renforçant la prise en charge à destination des personnes les plus exposées au VIH, aux hépatites et aux IST, notamment les HSH, les personnes transsexuelles, les personnes originaires des zones d'endémie fortes, les personnes en situation de prostitution, les personnes sous main de justice, les personnes usagères de drogues. Elle appuie également sur la nécessité de former les professionnels de santé de premiers recours aux outils de communication comme la communication brève relative à la sexualité (CBS).

L'OMS a publié en 2015 des recommandations concernant la CBS (17). Elle y rappelle la définition du counseling comme désignant les « *consultations systématiques organisées dans le cadre des soins de santé primaires en vue de traiter les problèmes émotionnels, psychologiques et sociaux qui influencent la santé et le bien-être des personnes* », impliquant une notion de continuité, d'établissement d'une relation de confiance entre le client et le prestataire. Dans le cas de la CBS, l'intervention est moins formalisée et plus ciblée sur les besoins. Il n'est par ailleurs pas obligatoire que le prestataire reste le même et ce dernier peut intervenir au cours d'une simple visite de soins primaires, le format d'une telle intervention étant par définition court. Il s'agit d'une « *approche centrée sur le client* » dont le but est de l'aider à trouver lui-même les moyens de régler ses problèmes. La CBS prend en compte toutes les dimensions de la santé sexuelle et inclut les quatre composantes suivantes : se rendre disponible pour le patient (mettre en place une relation avec lui, aborder le sujet de la santé sexuelle de manière adaptée), intervenir (poser des questions pour lancer la conversation), personnaliser l'approche (rechercher, mettre en évidence des problématiques) et proposer des solutions (donner des informations, participer à l'élaboration de stratégies, orienter le client vers les interlocuteurs adéquats si besoin). Ces recommandations préconisent le passage « *de la prévention des IST à une approche plus globale de la sexualité, en s'attachant à promouvoir une sexualité positive plutôt qu'à simplement traiter les dysfonctionnements.* ».

Les recommandations de l'OMS sur la CBS ont été pensées pour une utilisation en contexte de soins primaires (17). La stratégie nationale de santé sexuelle (14), de même que les recommandations et rapports d'experts sur la prise en charge du VIH (16), des hépatites (18) et des infections bactériennes sexuellement transmissibles (19), désignent également les professionnels de soins primaires, en particulier les médecins généralistes, comme des acteurs clés en matière de prévention.

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LA PRÉVENTION EN SANTÉ SEXUELLE

En France, malgré l'existence depuis de nombreuses années de recommandations de la HAS qui préconisent un dépistage systématique du VIH au moins une fois au cours de la vie et de manière répétée chez les populations à risque (20), les opportunités de dépistage manquées sont nombreuses (21) avec pour conséquence des retards de prise en charge importants : en 2017, près d'un tiers des diagnostics de l'infection à VIH l'ont été à un stade avancé (1). Cette même année, la moitié des découvertes de séropositivité ont concerné des personnes qui n'avaient jamais bénéficié d'un dépistage. Ce taux est de 68% chez les hétérosexuels nés à l'étranger et de 33% chez les HSH (1).

Il semble exister des freins à la prévention dans le domaine de la vie sexuelle. Si 79,9% des médecins déclarent que celle-ci fait « tout à fait » ou « plutôt » partie de leur rôle (22), ce

thème est, après l'usage de drogues, celui qui leur pose le plus de difficultés. En effet, 40,9% d'entre eux déclarent qu'il leur est « *plutôt pas* » ou « *pas du tout* » facile d'aborder la prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle avec leurs patients (22). Plusieurs thèses s'intéressant à l'abord de la santé sexuelle par les médecins généralistes mettent en avant le caractère tabou et intrusif de ce sujet, le renvoi à leur propre subjectivité, une formation insuffisante et des considérations pratiques comme le manque de temps. Le constat est le même dans plusieurs pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) : il existe de nombreuses barrières à l'abord du thème de la santé sexuelle qu'elles soient logistiques, dues à un manque de compétences ou relatives aux représentations et préjugés du praticien (23–26). Il y a une tendance à attendre une opportunité comme la survenue de symptômes et à laisser l'abord du sujet à l'initiative du patient (27,28). Or, si ces derniers sont une large majorité à souhaiter que leur médecin les interroge à propos de leur sexualité (29), ils ont tendance à juger que le sujet de la santé sexuelle n'est pas suffisamment important pour représenter un motif de consultation et qu'il peut être gênant à aborder (30), d'où l'importance pour les professionnels de santé de prendre l'initiative.

PLACE DES OUTILS DANS LA STRATÉGIE DE SANTÉ SEXUELLE EN SOINS PRIMAIRES

L'utilisation d'instruments validés pourrait permettre de dépasser certains de ces freins à l'abord du sujet de la santé sexuelle en mettant à distance les représentations du praticien et en augmentant son sentiment de compétence, aussi bien dans le cadre de l'évaluation que dans celui de la réduction du risque. En 2009, selon le baromètre santé médecins généralistes, seuls 1% des médecins généralistes utilisaient des questionnaires préétablis dans le cadre de leurs activités de prévention portant sur la vie sexuelle (22). Ils ont un avis mitigé quant à l'intégration de tels instruments dans leur pratique (27). L'utilisation d'outils semble pourtant être un atout, la facilité à aborder la prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle avec les patients étant présente chez 54,6% des médecins utilisant des questionnaires versus 14,4% des non-utilisateurs (22). La mise en place dans une structure de soins primaires d'une stratégie impliquant une certaine systématisation des pratiques en matière de prévention dans le domaine de la santé sexuelle comme un protocole ou un outil communicationnel permet d'ouvrir la discussion et de favoriser l'émergence des problématiques au sein de la consultation (31,32). En outre, les modalités de repérage pouvant influencer sur le taux de divulgation des comportements à risque, il y a un intérêt à utiliser des outils dont l'acceptabilité a été validée (33).

Des problématiques similaires se sont posées dans le domaine de l'addictologie. Sur la période 2006-2010, le Ministère de la Santé a mis en application une stratégie de diffusion auprès des médecins généralistes français du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève (RPIB) en

alcoologie (34). Le RPIB est un outil préconisé par les Nations Unies (35) et fait l'objet, en France, de recommandations de la HAS (36). Les dernières données de la littérature montrent une efficacité du RPIB sur la consommation déclarée d'alcool malgré des difficultés de mise en application en soins primaires (37–40).

La création d'un instrument similaire transposé à la problématique des comportements sexuels à risque d'IST pourrait permettre d'améliorer les pratiques de prévention en matière de santé sexuelle.

L'objectif de cette revue de la littérature est, dans la perspective de l'élaboration d'un tel outil, d'analyser les stratégies de repérage et les interventions de réduction des comportements à risque d'IST proposés en soins primaires dans les pays de l'OCDE.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Santé Publique France. Surveillance de l'infection à VIH (Dépistage et Déclaration Obligatoire), 2010-2017. Bulletin de Santé Publique [Internet]. 2019 [cité 9 juin 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/154747/567091/version/1/file/BSP_Nat_Surveillance_VIH2017_280319.PDF
2. Bonnet F, Fischer H, Lert F, Lot F, Supervie V, Tattevin P et al. Épidémiologie de l'infection à VIH en France. In: Morlat P, dir. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts [Internet]. CNS, ANRS; 2017 [cité 8 juin 2019]. 26p. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
3. Trickey A, May MT, Vehreschild J-J, Obel N, Gill MJ, Crane HM, et al. Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e349-56.
4. Bonnet F, Delobel P, Goujard C, L'Henaff M, Guillon M, Matheron S et al. Initiation d'un premier traitement antirétroviral. In: Morlat P, dir. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts [Internet]. CNS, ANRS; 2018 [cité 8 juin 2019] 27 p. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
5. Yazdanpanah Y, Bonnet F, Léotoing L de, Finkielsztejn L, Chaize G, Vainchtock A, et al. What Is The Hospital Economic Burden Of Hiv In France? Results from an analysis of the national french medical information system database. *Value Health*. 2016 nov;19(7):A412.
6. Santé Publique France. Infection par le VIH et IST bactériennes. Bilan épidémiologique 2017 [Internet]. 2018 [cité 9 juin 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/151708/552637/version/5/file/Bulletin_VIH-IST_2017.pdf
7. Paavonen J, Eggert-Kruse W. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction. *Hum Reprod Update*. 1999 oct;5(5):433-47.
8. Santé Publique France. Bulletins des réseaux de surveillance des IST : Données au 31/12/2016 [Internet]. [cité 10 juin 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/98227/354438/version/4/file/Bulletin_IST_N6.pdf
9. UNAIDS. Data 2018 [Internet]. UNAIDS; 2018 [cité 9 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/unaids-data-2018>
10. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ*.

11. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. In: Rosa W, éditeur. A New Era in Global Health. New York, NY: Springer Publishing Company; 2017
12. World Health Organization. Global health sector strategy on HIV 2016-2021. Towards ending AIDS. Geneva: World Health Organization; 2016.
13. World Health Organization. Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections 2016-2021. Towards ending STIs. Geneva: World Health Organization; 2016.
14. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle: agenda 2017-2030. Paris: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2017.
15. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations. Paris: HAS; mars 2017.
16. Barin F, Blanc A, Fischer H, Guillon M, Leclercq v, Lert F et al. Prévention et dépistage. In: Morlat P, dir. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts [Internet]. CNS, ANRS; 2018 [cité 8 juin 2019] 46 p. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
17. Organisation Mondiale de la Santé. Communication brève relative à la sexualité (CBS): recommandations pour une approche de santé publique. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2016.
18. Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C : rapport de recommandations 2014. Paris: ANRS, AFEF; 2014. 537 p.
19. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. Paris: HAS; octobre 2018.
20. Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France: modalités de réalisation des tests de dépistage. Paris: HAS; octobre 2008.
21. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, et al. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. BMC Infect Dis. 2013;13:200.
22. Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.
23. Kerr SH, Valdiserri RO, Loft J, Bresolin L, Holtgrave D, Moore M, et al. Primary Care Physicians and Their HIV Prevention Practices. AIDS Patient Care STDs. 1996;10(4):227-35.
24. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW, et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. AIDS Lond Engl. 2007;21(12):1617-24.

25. Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. *Sex Transm Infect.* 1999;75(1):41-4.
26. Hinchliff S, Gott M, Galena E. GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations: A qualitative study. *Eur J Gen Pract.* 2004;10(2):56-60.
27. Gillet C. Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation. Thèse d'exercice : Médecine générale : Université de Bordeaux: 2018.
28. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale: étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice: Médecine générale: Université Bretagne Loire: 2016.
29. Rose J. Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale. Thèse d'exercice: Médecine Générale: Université de Bordeaux: 2017.
30. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De H, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* 2011;141 :w13178.
31. Dodge WT, BlueSpruce J, Grothaus L, Rebolledo V, McAfee TA, Carey JW, et al. Enhancing primary care HIV prevention: A comprehensive clinical intervention. *Am J Prev Med.* 2001;20(3):177-83.
32. Grandcolin S, Rodenbourg C , Birault F. Un outil « communicationnel » peut-il aider les médecins généralistes à mieux communiquer avec les adolescents sur la sexualité ? *Exercer.* 2013;(110):96-96.
33. Torrone EA, Thomas JC, Maman S, Pettifor AE, Kaufman JS, Sena AC, et al. Risk Behavior Disclosure During HIV Test Counseling. *AIDS Patient Care STDs.* 2010;24(9):551-61.
34. OFDT. Évaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008. Principaux résultats. [Internet]. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2009 juill [cité 16 juin 2019]. 78 p. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2009/evaluation-de-la-strategie-nationale-de-diffusion-du-rpib-aupres-des-medecins-generalistes-sur-la-periode-2007-2008-principaux-r/>
35. United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization. International Standards on Drug Use Prevention Second updated edition [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>
36. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-brève-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte

37. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2 :CD004148.
38. Maynié-François C, Dupouy J, Conseil Scientifique du CNGE. Prendre en charge un patient ayant un trouble de l'usage de l'alcool en médecine générale. *Exercer.* 2019;(152):175-81.
39. Berkhout C, Rizzioli N, Messaadi N, Cunin M, Cottencin O. Consommation nocive d'alcool et usage de tranquillisants. *Exercer.* 2015;26(117):4-12.
40. Castera P, Kinouani S, Joseph JP. Repérage précoce et intervention brève. Succès et limites. *Alcoologie Addictologie.* 2015;1(37):85-92.

INTRODUCTION

Les infections sexuellement transmissibles (IST) représentent un enjeu de santé publique majeur en France. On observe environ 6000 nouveaux cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chaque année (1) et une franche progression des IST bactériennes depuis le début des années 2010 avec, en 2016, près de 270 000 cas d'infection à Chlamydia et 50 000 cas d'infection à gonocoques (2). Si certains comportements protecteurs comme le recours à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) se diffusent, le niveau d'utilisation du préservatif est au plus bas par rapport aux deux dernières décennies (2). Les conséquences de ces épidémies en matière de morbi-mortalité sont importantes. En effet, malgré les progrès en matière de prise en charge thérapeutique, l'espérance de vie des patients séropositifs pour le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral entre 2008 et 2010 reste inférieure à celle de la population générale (3,4) et les femmes aux antécédents d'infection à Chlamydia sont particulièrement exposées à l'infertilité tubaire (5). L'explosion des IST bactériennes soulève par ailleurs une problématique écologique alors qu'une souche de gonocoque résistante à la ceftriaxone a déjà été isolée (2). En outre, le VIH/SIDA représente chaque année pour le système de santé un poids économique de plusieurs millions d'euros (6,7).

La lutte contre les IST et l'éradication de l'épidémie de VIH font partie des objectifs de développement durable des Nations Unies (8) et de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017 – 2030 du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (9). En ce qui concerne les recommandations françaises, la Haute Autorité de Santé (HAS) (10) et le rapport Morlat (11) préconisent un dépistage systématique pour tous au moins une fois dans la vie et répété chez les populations à risque. La stratégie nationale de santé sexuelle (9) promeut une politique de prévention combinée alliant le préservatif (masculin ou féminin), qui reste l'outil de prévention de référence, et d'autres méthodes comme la PrEP, le traitement post-exposition (TPE) ou le traitement comme prévention (TasP). En cohérence avec les recommandations de l'OMS (12–14), elle préconise par ailleurs le recours à des approches psycho-comportementales prenant en compte la santé sexuelle de manière globale, notamment via des interventions telles que la communication brève relative à la sexualité (CBS) (9). Le rôle clé des soins primaires dans la lutte contre les IST est mentionné par les instances nationales, internationales ainsi que par les rapports d'experts (9,11,14–16).

Si la HAS préconise depuis plus d'une décennie un dépistage des IST de manière systématique au moins une fois pour la population générale et de manière répétée chez les personnes à risque (17), force est de constater que les opportunités de dépistage manquées sont nombreuses (18) avec pour conséquence des retards diagnostiques et donc de prise en charge importants. En 2017, la moitié des découvertes de séropositivité pour le VIH ont concerné des personnes qui n'avaient jamais bénéficié d'un dépistage (1). En effet, si les patients sont nombreux à souhaiter que leur médecin généraliste les interroge à propos de leur sexualité

(19) et qu'une large majorité des médecins généralistes déclarent que la prévention dans le domaine de la vie sexuelle fait partie de leur rôle (20), il existe de nombreux freins à l'abord de ce sujet en consultation (20–27).

Recourir à des outils dans le cadre de la prévention en santé sexuelle semble être un atout. Les médecins généralistes utilisant des questionnaires déclarent davantage de facilité à aborder le sujet avec les patients (20). La mise en place de protocoles ou d'outils communicationnels dans des structures de soins primaires permet de favoriser l'émergence de ces problématiques pendant la consultation (28,29). En outre, les modalités de repérage pouvant influencer sur le taux de divulgation des comportements à risque, il y a un intérêt à utiliser des outils dont l'acceptabilité a été validée (30).

Des problématiques similaires se sont posées dans le domaine de l'addictologie. En réponse, l'outil RPIB préconisé par les Nations Unies (31) a été diffusé en France sous l'impulsion du ministère chargé de la Santé, donnant lieu à des recommandations de la HAS (32,33). Malgré des difficultés de mise en application en soins primaires (34–36), les dernières données de la littérature montrent une efficacité du RPIB sur la consommation déclarée d'alcool (37).

La création d'un instrument similaire transposé à la problématique des comportements sexuels à risque d'IST pourrait permettre d'améliorer les pratiques de prévention en matière de santé sexuelle. L'objectif de cette revue de la littérature est, dans la perspective de l'élaboration d'un tel outil, d'analyser les stratégies de repérage et les interventions de réduction des comportements à risque d'IST proposés en soins primaires dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

MÉTHODES

Il n'y avait pas de protocole enregistré ou publié pour cette étude.

STRATÉGIE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Nous avons effectué des recherches sur les bases de données suivantes : PubMed, Cochrane Library, EBSCOhost (bases PsycArticles, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO et SocINDEX), SCOPUS, Google Scholar et CAIRN.

Sur les bases de données PubMed et Cochrane Library, nous avons rédigé des équations de recherche en termes MeSH et des équations de recherche en mots clés simples, permettant d'inclure des synonymes et surtout des articles n'ayant pas encore été indexés au MeSH. Les recherches en termes MeSH ont donné un nombre très important de résultats par rapport aux équations en mots clés non MeSH sur ces bases de données. Toutes les équations de recherche ont été rédigées en anglais.

Du fait de la division de l'analyse des articles, nous avons choisi d'effectuer des recherches distinctes pour les articles en lien avec le repérage des comportements à risque d'IST (« équations repérage ») et pour les articles décrivant des interventions de réduction du risque sexuel (« équations interventions »). Elles étaient élaborées de façon strictement identique, les seuls mots-clés distincts étant ceux en lien soit avec le repérage soit avec les interventions.

Ainsi, les équations de recherche combinaient les termes suivants et leurs variantes éventuelles (singulier/pluriel, orthographe anglaise/orthographe américaine) : sexual behavior, sexual health, sexually transmitted disease, STD, sexually transmitted infection, STI, venereal disease, primary care, primary healthcare, general practice, family practice, community health services, community health, general practitioner, family physician, primary care physicians, general practice physicians, family practice physicians, family doctor, family nurse, primary care nursing, family nurse practitioner.

Les « équations repérage » comprenaient en plus les termes : risk assessment et screen ainsi que leurs éventuelles variantes.

Les « équations intervention » comprenaient en plus les termes : risk reduction behavior, early medical intervention, risk reduction intervention et brief intervention ainsi que leurs éventuelles variantes.

Le détail des équations de recherche pour chaque base de données est disponible en annexe (Annexe 1).

Nous avons également vérifié les références de revues systématiques de la littérature issues de la recherche menée sur les bases de données avec nos équations de recherche et inclus du matériel supplémentaire par cette procédure.

CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Pour être éligible, chaque article devait correspondre à une recherche originale : essai contrôlé (randomisé ou non), étude d'évaluation diagnostique, étude dont l'objectif est l'élaboration d'un instrument ou d'un outil.

La population cible était large, incluant les adolescents et adultes, sexuellement actifs ou non, de genre féminin et masculin. Il n'y avait aucune restriction d'orientation sexuelle des participants inclus.

Nous avons exclu les études concernant uniquement ou majoritairement des patients séropositifs pour le VIH, en raison de problématiques spécifiques de prévention liées à cette population et du risque de ne pas pouvoir transposer les résultats à la population générale (38).

Nous avons également exclu les études portant sur les usagers de drogues en intraveineux, car les enjeux de prévention du risque de VIH pour cette population ne se limitent pas au risque sexuel, imposant des stratégies plus spécifiques.

Les stratégies de repérage et interventions de réduction des comportements à risque d'IST devaient être mises en œuvre dans une structure de soins primaires selon la définition proposée par l'OMS dans la Déclaration d'Alma-Ata en 1978 (39).

Les études se déroulant dans des milieux communautaires associatifs sans intervention d'un professionnel de santé de soins primaires, en milieu carcéral, en milieu scolaire (hors médecine scolaire ou équivalent), en centre de soins psychiatriques et de traitement des addictions ainsi qu'en milieu hospitalier ont été exclues.

Toute intervention incluse devait concerner le risque d'IST. Les critères de jugement d'efficacité de l'intervention acceptés étaient le taux d'IST incidentes après intervention, les comportements à risque d'infections sexuellement transmissibles rapportés par les participants. Les études dont le critère de jugement principal était uniquement le niveau de connaissances et/ou les intentions déclarées de réduction du risque et/ou la perception d'efficacité personnelle en termes de réduction du risque sexuel étaient exclues. Toutefois ces critères étaient acceptés en critère de jugement secondaire ou s'ils étaient associés à un marqueur biomédical (taux d'IST incidentes) ou à une évaluation des comportements à risque.

Les interventions proposant des stratégies non conformes aux bonnes pratiques (par exemple message hiérarchisant les stratégies en proposant le retrait ou les microbicides seuls comme

étant « mieux que rien ») ont été exclues, de même que celles ayant pour unique objectif de promouvoir l'abstinence, ce qui ne nous paraissait pas conforme aux enjeux de santé sexuelle tels qu'envisagés dans les recommandations de l'OMS (14).

Les études se déroulant dans un pays n'appartenant pas à l'OCDE ont également été exclues (liste des pays membres de l'OCDE en Annexe 2), tout comme les études rédigées dans une autre langue que l'anglais ou le français.

Il n'y avait aucune limite de dates pour l'inclusion, toutefois les recherches des bases de données ont été effectuées jusqu'au 2 janvier 2019 inclus.

COLLECTE DES DONNÉES ET ANALYSE

Pour la sélection des études, nous avons utilisé le logiciel Covidence (40) (accès libre pour une revue systématique de la littérature). Les doublons ont été supprimés à l'aide du logiciel Zotero puis une vérification secondaire des doublons a été faite sur Covidence. Certains doublons n'ont été détectés qu'à la lecture des résumés et ont alors été exclus.

Nous avons évalué l'éligibilité des articles à partir des titres et résumés de façon indépendante. En cas de conflit, la résolution se faisait par discussion et recherche de consensus. En cas d'absence de consensus, il était prévu de faire intervenir une troisième personne pour triangulation.

Pour les articles considérés éligibles, nous avons recherché les textes entiers, que nous avons ensuite lus pour sélectionner les études à inclure.

Les données à extraire des études incluses ont été décidées en amont par les autrices de la revue systématique afin de permettre une standardisation de la procédure.

CP a réalisé l'extraction des données des articles portant sur les stratégies de repérage des comportements à risque d'IST.

RO a réalisé l'extraction des données des articles portant sur les interventions de réduction des comportements à risque d'IST.

Le risque de biais des essais contrôlés randomisés a été évalué à l'aide de l'outil *Risk Of Bias 2* proposé par la Cochrane (41). Le risque de biais des essais non randomisés a été évalué à l'aide de l'outil ROBINS-I (42) proposé également par la Cochrane. Enfin, le risque de biais des études diagnostiques a été estimé à l'aide de l'outil QUADAS-2 élaboré par une équipe de l'Université de Bristol (43).

Du fait de la variété des interventions évaluées, nous n'avons pas effectué de méta-analyse.

RÉSULTATS

Au total, 2009 articles ont été importés dans Covidence pour sélection. Après lecture des titres et résumés, 113 articles ont été sélectionnés pour une évaluation de l'éligibilité sur texte intégral (19 dans le bras « repérage » et 94 dans le bras « intervention », parmi lesquels 37 ont été inclus (7 dans le bras « repérage » et 30 dans le bras « intervention »), comme précisé sur le diagramme de flux (Figure 1).

Concernant les exclusions pour problème lié à l'intervention, il s'agissait notamment d'interventions ne nous paraissant pas respecter la définition de la santé sexuelle telle que proposée par l'OMS (14) (par exemple promotion de l'abstinence comme seul moyen de prévention du risque d'IST), ou encore d'interventions ne nous semblant pas en adéquation avec les pratiques de prévention validées (par exemple, discours hiérarchique citant le retrait précoce ou l'usage de microbicides seuls comme étant « mieux que rien »).

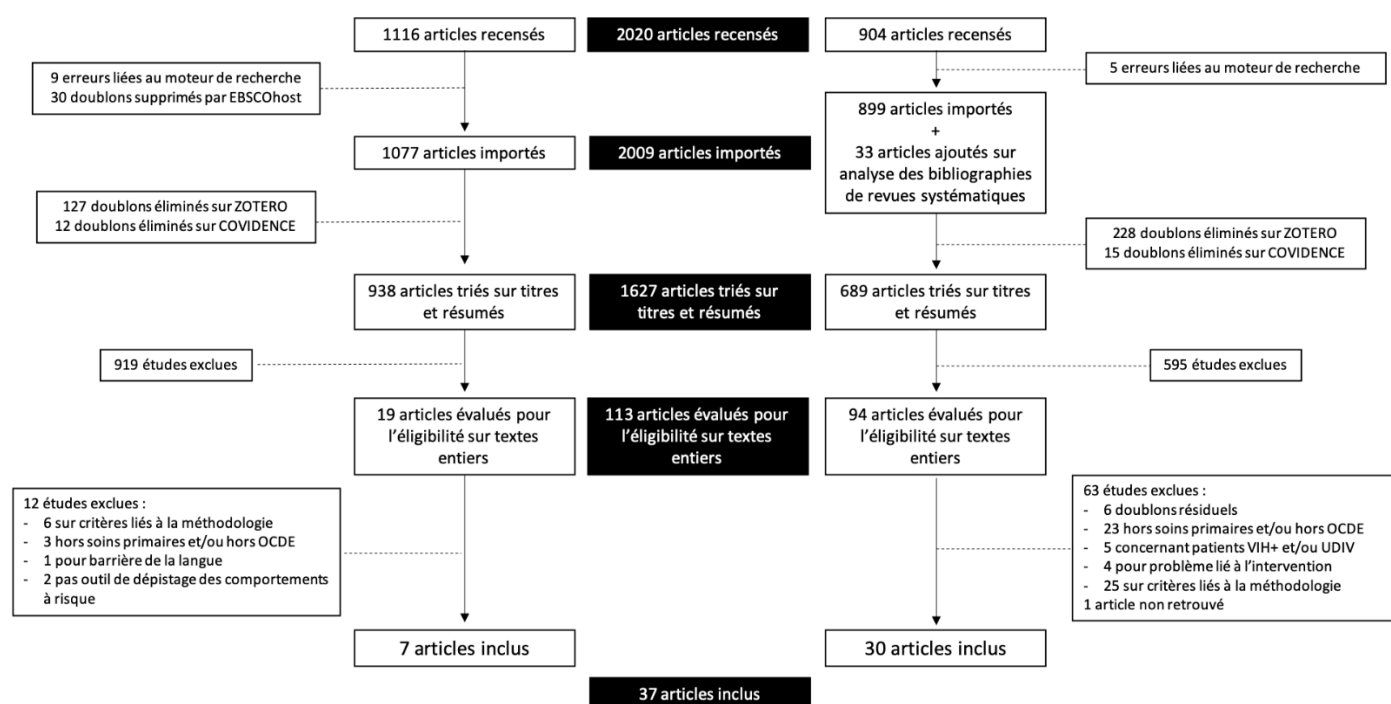


Figure 1: Diagramme de flux (selon les recommandations PRISMA (44))

Résultats relatifs au repérage

Sept articles relatifs aux stratégies de repérage des comportements à risque d'IST ont été inclus. La majorité d'entre eux portait sur des études de développement et/ou de validation d'outils de repérage. Une revue narrative de la littérature dont les conclusions ont permis la proposition d'un outil de repérage a également été retenue. Les études se déroulaient pour cinq d'entre elles aux États-Unis et pour deux d'entre elles en Écosse, au sein de structures ambulatoires implantées en milieu urbain. La revue de la littérature citait des études se

déroulant aux États-Unis. Dans les études ou phases consacrées à la validation des outils, les échantillons allaient de 186 à 3337 participants. Les outils présentés dans les études incluses peuvent être classés en quatre catégories : les questionnaires systématiques, les scores, les calendriers autobiographiques et les algorithmes de stratification du risque. Lorsqu'elle a été mesurée, la durée d'utilisation des outils de repérage ne dépassait pas 5 à 10 minutes.

L'ensemble des caractéristiques et résultats principaux des études incluses est résumé dans un tableau (Annexe 3).

Les méthodologies utilisées étaient très variées, de même que les critères de jugement. Nous avons distingué trois approches méthodologiques :

- Développement d'un outil sur la base de données épidémiologiques (45,46)
- Études de validation d'un outil :
 - Par évaluation de son acceptabilité et de sa faisabilité (45-47,49) par des mesures diverses (taux de divulgation, questionnaires post test, éléments qualitatifs),
 - Par évaluation de ses performances diagnostiques (46,48)
 - Ou encore par évaluation de son effet sur les comportements à risque dans le cadre d'une étude contrôlée randomisée grâce à une analyse longitudinale utilisant des modèles linéaires mixtes (50).
- Enfin, proposition d'un outil à l'issue d'une revue narrative de la littérature, non évalué (51).

Bigrigg et al. (47) ont évalué l'acceptabilité et la faisabilité de l'utilisation d'un questionnaire systématique : le *Sandyford Initiative Health Screen* (SaHS) dans un service de médecine génito-urinaire (MGU) et un service de planification familiale à Glasgow, en Ecosse. Le SaHS est un questionnaire de 35 items regroupés en 10 grands thèmes : demande motivant la consultation, symptômes, partenaires sexuels, contraception/utilisation du préservatif, grossesse, difficultés sexuelles, andrologie, gynécologie, santé globale et autres expériences (par exemple violences, troubles du comportement alimentaire). Il a été élaboré par une équipe pluridisciplinaire. Des professionnels de santé ayant reçu une formation spécifique l'ont soumis à environ un patient sur trois en consultation. Le SaHS a permis la divulgation de comportements sexuels à risque, notamment une utilisation inconstante du préservatif chez 78% des femmes du service de planification familiale ainsi que chez 85% des femmes et 83% des hommes du service de MGU. L'avis des participants sur le SaHS a été recueilli grâce à l'ajout de trois items en fin de questionnaire. 73% d'entre eux considéraient que le questionnaire avait un intérêt et 1% qu'il pouvait offenser.

Trois études concernaient des scores.

Gerbert et al. (45) ont évalué le *HIV-risk Screening Instrument* (HSI) (Figure 2, Annexe 5). C'est un auto-questionnaire de 10 items dichotomiques dont le but est de repérer des comportements sexuels à risque et qui permet de calculer un score. Il est rempli en autonomie en salle d'attente avant la consultation et prend la forme d'un livret réutilisable dans lequel peuvent être insérées des feuilles de papier destinées à recevoir les réponses des participants, ce qui assure une certaine confidentialité. Pour l'élaboration du HSI, les auteurs ont comparé la présence de facteurs de risque de VIH sélectionnés à partir des données de la littérature entre un groupe considéré à haut risque (participants issus d'un centre de délivrance de méthadone et d'un centre de dépistage des IST) et un groupe considéré à bas risque (participants issus d'un centre de don du sang). Les 10 items jugés les plus discriminants et pertinents ont été retenus dans la version finale de l'outil. L'acceptabilité du HSI a été évaluée dans quatre cabinets de médecine générale auprès de 459 patients (74% des personnes invitées à participer). Concernant le taux de divulgation, 76% des patients déclaraient un comportement à risque, 52% deux ou plus. L'évaluation par les participants sur la base d'un questionnaire auto-administré rempli à la suite du HSI révèle les résultats suivants : 99% jugeaient les instructions de remplissage de l'outil simples à suivre, 95% se déclaraient à l'aise avec les questions, 99% déclaraient avoir été sincères dans leurs réponses, 78% estimaient important que leur médecin connaisse leurs réponses et 52% souhaitaient en discuter en consultation.

Manavi et al. (48) ont évalué les performances diagnostiques de l'*Edinburgh Risk Assessment Table for HIV Testing* (Figure 3, Annexe 5), un questionnaire dichotomique de 10 questions portant sur des comportements sexuels à risque. Le seuil de haut risque était fixé à au moins une réponse positive. Le but de cet outil était d'identifier parmi une population consultant pour un dépistage du VIH les patients à haut risque afin de cibler les interventions de conseil. Le Gold Standard utilisé était la sérologie VIH (test par méthode immuno-enzymatique avec confirmation par un Western Blot et un second test par méthode immuno-enzymatique). 3337 personnes ont accepté de participer. L'*Edinburgh Risk Assessment Table* a obtenu une sensibilité de 93% (Intervalle de confiance [IC] à 95% : 81-99%), une spécificité de 79% (IC à 95% : 78-81%), une valeur prédictive négative de 99,9% (IC à 95% : 99,9-100%) et une valeur prédictive positive de 3% (IC à 95% : 1-4%).

Victor et al. (46) ont décrit le développement du *Brief Sexual Health Survey* (BSHS) (Figure 4, Annexe 5) dans le cadre d'un service de soins primaires pédiatriques à partir de l'analyse des données d'un questionnaire hétéro-administré. Leur objectif était de rechercher une association entre certains facteurs comportementaux et psycho-sociaux et un antécédent déclaré d'IST. Trois questions ont été retenues et utilisées pour composer deux tests diagnostiques dont les performances ont été évaluées par rapport à la déclaration d'un antécédent d'IST, considérée comme Gold Standard. L'association d'une réponse positive à la question "Vous êtes-vous déjà engagés dans un rapport sexuel vaginal ou anal au moins une fois dans votre vie ?" et négative à la question "Avez-vous utilisé un préservatif à chaque fois

que vous avez eu un rapport sexuel vaginal ou anal ?” avait une sensibilité de 94% et une spécificité de 74%. L’ajout d’une réponse positive à la question “Est-ce que tous ou presque tous vos amis ont déjà eu un rapport sexuel vaginal ?” abaisse la sensibilité à 71% et augmente la spécificité à 90%. Les auteurs ont intégré ces trois questions dans le BSHS et y ont adjoint deux autres : “Quelle est votre orientation sexuelle ?”, sur les données de la littérature et “Avez-vous déjà eu un rapport sexuel oral au moins une fois dans votre vie ?” sur l’argument que les premiers rapports oro-génitaux marquent souvent l’entrée dans la vie sexuelle et sont un bon signal pour débiter une stratégie de prévention. Le BSHS permet de calculer un score sur 5 points. Les auteurs précisent que l’outil final a vocation à être rempli de manière autonome, sur papier ou support numérique, et non en face à face.

Une autre stratégie consiste à utiliser des calendriers autobiographiques basés sur le modèle du *Life History Calendar* ou *Event History Calendar*, transposé dans le domaine de la santé sexuelle par Martyn et al. (52). Le calendrier se présente typiquement sous la forme d’un tableau. Horizontalement, on retrouve différentes questions concernant le contexte de vie du patient, les événements importants positifs ou négatifs, les comportements sexuels et d’autres problématiques associées (consommation d’alcool, de drogues, troubles du comportement alimentaire, violences...). Verticalement figurent des repères temporels permettant une rétrospective autobiographique sur plusieurs mois ou années. La dernière colonne peut être consacrée au futur, le patient a la possibilité d’y inscrire ses plans concernant chaque item abordé. En bas du calendrier peuvent figurer des questions permettant au patient d’avoir une vision globale de sa vie sexuelle (nombre de partenaires dans l’année, nombre total de partenaires). Il peut également être invité à commenter son calendrier. Dans les études retenues, l’instrument était rempli de manière autonome par les participants puis exploité en consultation avec l’intervenant (dans les études incluses soit un médecin, soit un infirmier, soit un assistant médical).

Fisher et al. (49) ont étudié l’acceptabilité et la faisabilité d’une telle stratégie dans le cadre d’une étude pilote portant sur l’implantation du *Sexual Health History Calendar* (SHHC) au sein d’une clinique de soins primaires pour adolescents. Ils rapportent des taux de remplissage de l’instrument satisfaisants : 89,2% des 232 sujets inclus ont rempli le SHHC sans difficultés. Dans les autres cas ont été rapportés un besoin de précisions, un manque d’intimité ou des éléments de distraction. L’acceptabilité évaluée par les participants grâce à des échelles de Likert de 1 à 5 était également plutôt bonne, ces derniers ayant jugé qu’il était modérément aisé de se souvenir des éléments (moyenne = 3,71, DS = 1,02), qu’il était facile de remplir le calendrier (moyenne = 4,25, DS = 0,91) et que l’outil les avait aidés à aborder leurs comportements à risque avec l’infirmière (moyenne = 4,31, DS = 0,77).

Munro-Kramer et al. (50) n’ont pas directement évalué les performances du *Sexual Risk Event History Calendar* (SREHC), un calendrier autobiographique, en tant qu’outil de repérage (Figure 5, Annexe 5). L’étude a montré que les participants dont les comportements à risque

ont été évalués grâce au SREHC exprimaient au fil de l'étude significativement davantage d'intentions d'utiliser un préservatif lors de leurs rapports sexuels dans les trois prochains mois que ceux qui ont bénéficié d'une évaluation par le questionnaire *Guidelines for Adolescent Preventive Services* (GAPS) comprenant des questions relatives à la santé sexuelle sans être spécifique. Cela laisse penser qu'un calendrier, en plus de permettre le repérage des comportements à risque, permettrait de favoriser la réduction de ces derniers.

Dans leur revue de la littérature portant principalement sur leurs propres travaux, Patel et al. (51) avaient pour objectif principal de décrire le processus de prise de décision menant à un comportement sexuel à risque chez une population d'étudiants, en analysant leur perception du risque et en mettant en évidence des facteurs cognitifs, socio-culturels et émotionnels à partir de plusieurs études qualitatives. Ces travaux ont permis de distinguer quatre modèles comportementaux, deux à bas risque (usage constant du préservatif depuis toujours, passage d'un usage inconstant à un usage constant suite à un événement de vie) et deux à haut risque (usage inconstant du préservatif, passage d'un usage constant à un usage inconstant avec l'évolution d'une relation). Sur la base de ces conclusions, les auteurs ont proposé à destination des professionnels des soins primaires un algorithme permettant une évaluation du niveau de risque en six questions au maximum et des recommandations de conduite à tenir en matière d'intervention pour chaque strate (Figure 6, Annexe 5).

Résultats relatifs aux interventions

Trente articles ont été inclus, dont une majorité d'essais randomisés contrôlés. Certains étaient des essais contrôlés mais non randomisés (études observationnelles) que nous avons fait le choix de maintenir dans l'analyse. Vingt-huit études étaient menées aux États-Unis, majoritairement en milieu urbain, une étude était menée au Royaume-Uni et une en Australie. La très grande majorité des études se déroulait dans des centres de dépistage des IST (équivalents de Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections à VIH, hépatites virales et IST - CeGIDD). Le second type de site le plus représenté était un équivalent des centres de planification familiale. Une minorité d'études était réalisée en structures de soins primaires non spécifiques de la santé sexuelle (médecine générale ou pédiatrie). Les études ont été publiées entre 1992 et 2015. Elles incluaient entre 112 et 38 635 patients. Le suivi variait de 3 mois à 36 mois post-intervention.

Les interventions peuvent être classées en différentes catégories avant tout selon leur durée. Nous avons distingué les interventions très brèves (moins de 30 minutes), qui peuvent être délivrées lors d'une consultation de médecine générale, les interventions brèves (entre 30 minutes et une heure, correspondant à la durée moyenne d'une consultation dans le cadre

du dispositif ASALEE¹ par exemple (53)) et les interventions intensives (au-delà d'une heure et/ou plus de deux sessions). Certaines associent une composante brève et une composante intensive.

Elles varient également en fonction du cadre théorique sur lequel elles s'appuient (lorsque c'est le cas). Elles peuvent être classées en fonction des catégories de population auxquelles elles s'adressent. En effet, si la quasi-totalité des interventions cible des populations présentant un profil à risque (voire à très haut risque), certaines sont spécifiques du genre, de l'origine ethnique ou encore de la catégorie d'âge. Une seule intervention était spécifiquement conçue pour les HSH.

L'efficacité des interventions était évaluée soit sur les comportements à risque d'IST (en général, nombre de partenaires sexuels, fréquence d'utilisation du préservatif, nombre/fréquence des rapports non protégés, taux d'utilisation constante et correcte du préservatif), soit sur le taux d'IST incidentes. Certaines études comportaient d'autres critères de jugement principaux associés, parfois très nombreux, sur des composantes telles que les connaissances, la perception du risque ou encore les intentions de réduction des risques.

Les caractéristiques et résultats principaux de chaque étude sont résumés dans le tableau en Annexe 4.

Boekeloo et al. (54) ont évalué l'efficacité d'une intervention très brève éducative intégrée à la consultation pour examen général de santé en pédiatrie d'adolescents âgés de 12 à 15 ans, par rapport à l'absence d'intervention. Elle s'inspirait des théories sociocognitives et de l'action raisonnée. Ils ont retrouvé un effet significatif de l'intervention sur le taux d'usage du préservatif lors du dernier rapport vaginal chez les adolescents sexuellement actifs à 3 mois par rapport au groupe contrôle (92% vs. 57% ; OR 18.05 [IC95 : 1.27-256.03]). Toutefois cet effet ne persistait pas à 9 mois (71% vs 70% ; OR 1.00 [IC95 : 0.31-3.24]).

Une autre intervention intégrée à la consultation, auprès de jeunes âgés de 18 à 25 ans, a été évaluée en médecine générale par Proude et al. (55). En fonction de l'autoévaluation du risque sexuel provoquée à l'interrogatoire, le médecin délivrait un message préventif bref adapté. Lors du suivi à 3 mois, il n'y avait pas de différences significatives dans l'usage du préservatif lors du premier rapport avec un nouveau partenaire entre le groupe intervention et le groupe contrôle (73% vs 77% ; $p > 0.05$).

James et al. (56) ont évalué l'efficacité d'une autre intervention très brève unique individuelle d'environ 20 minutes, s'appuyant sur la théorie de l'apprentissage social de Bandura, délivrée à des patients de 16 ans et plus dans un équivalent de CeGIDD par rapport à un contrôle A

¹ Action de santé libérale en équipe : dispositif de coopération entre médecins généralistes et infirmiers pour mener des actions de prévention auprès notamment des patients atteints de maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle...)

(procédure habituelle) et un contrôle B (brochure Talking about Sex et des préservatifs en plus de la procédure habituelle). Lors du suivi à 4 mois, il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les groupes concernant la fréquence d'usage du préservatif, que ce soit avec les partenaires réguliers ($p = 0.49$) ou avec les partenaires occasionnels ($p = 0.25$). Après analyse des dossiers à 18 mois, il n'a pas non plus été retrouvé de différence significative entre les groupes sur les diagnostics d'IST incidentes ($p = 0.26$).

Une quatrième intervention très brève individuelle de 10 à 20 minutes visant à augmenter l'usage du préservatif a été testée auprès d'adolescentes ayant une infection à *C. trachomatis* (57). Lors de la visite de suivi à 6 mois, il n'y avait pas de diminution de la prévalence des infections à *C. trachomatis* dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (26% vs 17% ; $p = 0.3$), bien qu'il soit retrouvé une plus grande fréquence d'utilisation du préservatif lors des rapports vaginaux selon l'analyse multivariée dans le groupe intervention (OR 2.8 [IC95 : 1.1-7.1] ; $p = 0.03$).

Metcalf et al. (58) ont testé une intervention très brève individuelle d'environ 30 minutes adaptée du projet RESPECT (59) pour être associée à test rapide de dépistage du VIH (TROD). Les sessions pré-test et post-test sont administrées le jour même, juste avant puis juste après le TROD. Cette intervention intègre des techniques de l'entretien motivationnel. Le contrôle est l'administration de la même intervention mais en deux temps car couplée à une sérologie VIH classique (délai de 7 jours pour les résultats). Il n'y a eu aucune différence significative entre les deux groupes concernant l'incidence cumulée d'IST diagnostiquées biologiquement lors des différents suivis à 3 mois (RR: 1.09 ; IC95: 0.84-1.43), à 6 mois (RR: 1.09 ; IC95: 0.84-1.43), à 9 mois (RR: 1.18 ; IC95: 1.00-1.40) et à 12 mois (RR: 1.11 ; IC95: 0.96-1.29).

Metsch et al. (60) ont pour leur part évalué un conseil très bref centré sur le patient (durée moyenne de 28 minutes) par rapport à une information simple telle que recommandée par le Center for Diseases Control (CDC) et qui elle dure en moyenne 3 à 6 minutes. Le conseil et l'information étaient associés à un TROD. Plus de 5000 patients consultant dans des équivalents de CeGIDD ont été inclus dans l'étude qui ne retrouvait pas de différence significative à 6 mois concernant le taux d'IST incidentes (12.3% vs 11.1% ; RR 1.12 [IC95 : 0.94-1.33]). À noter, une analyse de sous-groupe chez les patients HSH inclus retrouvait même des résultats préoccupants et inattendus, avec plus d'IST incidentes dans le groupe intervention (18.7% vs 12.5% ; RR 1.41 [IC95 : 1.05-1.90]).

Carey et al. (61) ont étudié une intervention très brève individuelle par vidéo (22 minutes) en complément de la consultation de dépistage réalisée par une infirmière clinicienne auprès de patients de 16 ans et plus présentant des comportements à risque et consultant dans un équivalent de CeGIDD. Elle promouvait l'usage constant du préservatif et la réduction du nombre de partenaires sexuels concomitants en s'appuyant sur des composantes informatives, motivationnelles et comportementales. Elle était comparée à une vidéo

similaire mais orientée vers l'éducation à la santé de façon générale. Le contrôle comportait tout de même une information brève sur le VIH et les IST pour des raisons éthiques (centre de dépistage). Quel que soit le moment durant la période de suivi de 12 mois, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes en termes de comportements sexuels à risque. En revanche, les deux groupes ont significativement réduit leurs comportements à risque à 12 mois par rapport à l'inclusion, notamment sur le nombre de partenaires sexuels dans les 3 mois précédents (1.83 vs 2.56 ; $p < 0.05$), sur la concomitance de plusieurs partenaires sexuels (30% vs 48% ; $p < 0.05$) et sur le nombre moyen de rapports non protégés (13.48 vs 15.87 ; $p < 0.05$). Il n'y a en revanche pas eu d'impact sur le taux d'IST incidentes.

Cohen et al. (62) ont analysé les effets d'une intervention très brève à brève (durée exacte non précisée) mais cette fois-ci en groupe, administrée par une éducatrice en santé, en salle d'attente dans un équivalent de CeGIDD, pour tout patient y consultant. Elle intégrait notamment une vidéo (*Let's Do Something Different*), des discussions de groupe sur l'usage du préservatif et des sessions de jeu de rôle (sur la base du volontariat) pour travailler les compétences de négociation. Par rapport à l'absence d'intervention, le suivi des dossiers entre 7 et 9 mois après l'intervention a montré une diminution significative du taux d'IST incidentes par rapport au groupe contrôle (6.3% vs 13.1% ; RR 0.49 ; $p < 0.05$).

Une autre étude (63) a vérifié l'effet de la vidéo utilisée dans l'étude de Cohen et al. seule ou combinée à une discussion de groupe par rapport à un contrôle chez des hommes adultes Afro-Américains ou Latino-Américains. Après une période de suivi moyenne de 17 mois, le taux d'IST incidentes évalué sur une base de données était de 22.5% chez les patients ayant vu la vidéo contre 26.8% dans le groupe contrôle ($p < 0.04$). En revanche il n'y avait pas de différence significative selon la participation à un groupe de discussion ou non après la vidéo.

Warner et al. (64) ont aussi évalué l'efficacité de la diffusion d'une vidéo très brève de prévention en salle d'attente de centres de dépistage des IST. Il était retrouvé une différence légèrement significative sur le taux d'IST incidentes entre le groupe intervention et le groupe contrôle (4.9% vs 5.7% ; HR 0.91 [IC95 : 0.84-0.99]).

Crosby et al. (65) ont développé une intervention brève (45 à 50 minutes) individuelle complémentaire du message de prévention recommandé par le CDC, à destination uniquement de jeunes hommes Afro-américains hétérosexuels venant d'avoir un diagnostic positif d'IST (sauf VIH). Délivrée par un pair sélectionné et entraîné, elle intègre des composantes informatives, motivationnelles et comportementales pour l'acquisition de compétences. Comparée aux soins standard du centre de dépistage, l'analyse des dossiers médicaux des participants de l'étude retrouvait une incidence cumulée d'IST à 31.9% dans le groupe intervention par rapport à 50.4% dans le groupe contrôle (aOR 0.32 [IC95 : 0.12-0.86]).

Cette dernière intervention a été adaptée (programme Focus on the Future modifié) pour être proposée sans limitation d'inclusion par rapport au diagnostic positif d'IST ou par rapport à

l'orientation sexuelle, toujours pour des hommes jeunes Afro-américains (66). Administrée par une éducatrice en santé (60 minutes maximum), elle était cette fois comparée à une session de 48 minutes d'information didactique sur l'anatomie reproductive de l'homme et de la femme avec une seule diapositive d'informations sur les IST et une diapositive de prévention. La différence retrouvée dans le taux d'IST incidentes à 6 mois n'était pas significative entre les groupes (9.4% vs 7.4% ; $p = 0.51$). En revanche, l'usage correct et constant du préservatif était significativement plus élevé dans le groupe intervention à 6 mois (51.5% vs 46.9% ; eOR 1.63 [IC95 : 1.07-2.49] ; $p = 0.02$). La différence n'était pas significative à 2 mois (eOR 1.39 [IC95 0.09-2.13] ; $p = 0.14$).

Dilley et al. ont développé une intervention individuelle de 50 à 60 minutes ciblant les justifications invoquées par des HSH pour expliquer le fait de s'engager dans un rapport sexuel à risque défini comme un rapport anal non protégé avec un partenaire sérodiscordant ou de statut sérologique inconnu. Une première étude en 2002 (67) a comparé plusieurs interventions, délivrées par un professionnel en santé mentale : le conseil standard du centre de dépistage (A1), le conseil standard associé à la tenue d'un journal sexuel (A2), le conseil standard associé à l'intervention ciblant les justifications (B1) et le conseil standard associé à l'intervention et à la tenue d'un journal sexuel. Les trois groupes interventionnels ont vu une réduction du nombre de rapports anaux non protégés par rapport à l'inclusion et les différences entre les quatre groupes étaient significatives à 6 mois [A2 : -0.5 ($p < 0.05$) ; B1 : -3.20 ($p < 0.001$) ; B2 : -2.50 ($p < 0.05$)] et à 12 mois [A2 : -1.5 ($p < 0.001$) ; B1 : -2.90 ($p < 0.001$) ; B2 : -2.90 ($p < 0.05$)]

L'intervention a été adaptée pour être administrée par des conseillers en santé spécialisés dans le dépistage du VIH (moins coûteux que l'administration par des professionnels en santé mentale et plus généralisable). La liste des justifications proposées a également été réduite aux plus fréquentes (33 contre 102 précédemment). Cette étude (68) a seulement testé l'intervention dite de conseil cognitif personnalisé (PCC) en complément du conseil standard par rapport à la prise en charge usuelle. Les résultats retrouvent une réduction significative à 6 mois du nombre de rapports anaux non protégés avec un partenaire sérodiscordant dans le groupe PCC par rapport à l'inclusion (1.9 vs 4.2 ; $p < 0.001$) mais pas dans le groupe contrôle (4.3 vs 4.8 ; $p = 0.069$), avec une différence significative entre les groupes ($p = 0.029$). Entre 6 et 12 mois, il n'y a pas de réduction significative dans le groupe PCC ($p = 0.181$), en revanche dans le groupe contrôle le nombre de rapports anaux non protégés avec un partenaire sérodiscordant est passé de 4.3 à 2.2 ($p < 0.001$). Aucune différence significative entre les deux groupes n'était retrouvée à 12 mois ($p = 0.756$).

L'étude de Neumann et al. (69) est intéressante car elle vérifie l'efficacité, dans des conditions les plus proches possibles de la réalité, d'une intervention préalablement validée en conditions expérimentales. Il s'agit de l'intervention VOICES/VOCES, intervention brève (45 à 60 minutes) unique en groupes, initialement proposée uniquement à des patients Afro-Américains et Latino-Américains. Elle a été ici administrée à tout patient de plus de 18 ans

consultant au centre de dépistage (sans condition ethnique ou d'orientation sexuelle notamment), délivrée par les personnels des centres de dépistage (et non des investigateurs). Les résultats ont été comparés aux soins usuels. À l'issue de la période de suivi, le taux d'IST incidentes détectées sur la base de données des centres était de 10.1% pour les patients ayant reçu l'intervention contre 13.5% dans le groupe contrôle (HR 0.78 [IC95 : 0.64-0.96] ; $p < 0.01$).

Certains auteurs ont choisi de comparer des interventions très brèves ou brèves à des interventions intensives.

Ainsi, Kamb et al. (59) ont comparé une intervention brève en deux sessions de 20 minutes chacune administrée dans un intervalle de 10 jours à une intervention intensive divisée en quatre sessions pour un total de 200 minutes au total (projet RESPECT). La première session est identique dans les deux interventions. Ces dernières, destinées aux patients hétérosexuels consultant dans un centre de dépistage dès 14 ans, sont délivrées individuellement par des conseillers en santé et ont été comparées au soin usuel (associé ou non au suivi intensif de l'étude). Le taux d'IST incidentes diagnostiquées biologiquement était significativement plus bas pour les deux interventions par rapport au contrôle à 6 mois (7.3% vs 10.4% ; RR : 0.71 [IC95 : 0.58-0.89] pour l'intervention brève et 7.2% vs 10.4% ; RR : 0.69 [IC95 : 0.54-0.88] pour l'intervention intensive). Un résultat significatif était également retrouvé à 12 mois (12% vs 14.6% ; RR : 0.81 [IC95 : 0,67-0,98] pour l'intervention brève et 11.5% vs 14.6% ; RR : 0.78 [IC95 : 0,64-0,94] pour l'intervention intensive). Le nombre de patients à traiter pour éviter une IST est de 31 avec l'intervention intensive et 38 avec l'intervention brève. Il ne semblait pas y avoir d'effet propre du suivi lié à l'étude. Concernant l'augmentation de l'usage constant du préservatif, elle était significative par rapport au contrôle pour les deux interventions à 3 mois, seulement pour l'intervention intensive à 6 mois, mais aucune différence significative n'était pas retrouvée à 9 et 12 mois.

Carey et al. (70) ont également évalué l'effet individuel et combiné de deux interventions très brèves (15 minutes) individuelles et de deux interventions intensives (4 heures) délivrées en groupes non mixtes sur le genre, à destination d'adultes ayant des comportements sexuels à risque et consultant en équivalent de CeGIDD. Les deux interventions brèves, délivrées par des infirmières cliniciennes, étaient soit informative (B-INFO), correspondant au conseil post-test standard, soit basée sur l'entretien motivationnel (B-MI). Sur le même principe, les interventions intensives, délivrées par des facilitateurs formés, soit était informative (I-INFO), soit intégrait les composantes d'information, motivation et comportement/compétences du modèle IMB (I-IMB). Concernant le taux d'IST incidentes diagnostiquées biologiquement et sur dossier, il a réduit significativement entre 0 et 3 mois pour l'ensemble des participants (OR : 0.87 [IC95 : 0.79-0.95] ; $p < 0.001$) mais pas entre 3 et 12 mois (OR : 0.99 [IC95 : 0.94-1.04]). Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes. De même, il n'y a eu aucune différence significative entre les groupes concernant la réduction des comportements sexuels à risque, et les diminutions des comportements sexuels à risque observées pour l'ensemble

des participants n'a été significative qu'entre 0 et 3 mois (sauf réduction du nombre de partenaires significative également entre 3 et 12 mois).

Jemmott et al. (71) ont étudié deux types d'interventions (informatives vs visant l'acquisition de compétences) et deux durées (très brèves individuelles de 20 minutes vs intensives en groupe avec une session unique de 200 minutes). Ils ont donc évalué quatre interventions au total, délivrées par des infirmières de pratiques avancées, auprès de femmes Afro-Américaines de 18 à 45 ans consultant en centre de santé de la femme. À 12 mois, la proportion de rapports protégés était de 79% en intervention intensive visant les compétences, 70% en intervention brève visant les compétences, 69% en intervention informative intensive, 67% en intervention informative brève et 62% dans le groupe contrôle (intervention de promotion de la santé). Les différences étaient significatives uniquement pour le groupe des participantes ayant eu une intervention visant les compétences (brève ou intensive) par rapport au contrôle ($p = 0.03$) et entre les interventions visant les compétences brève et intensive, en faveur de celle-ci ($p = 0.049$). Par ailleurs, les femmes du centre avaient un dépistage semestriel systématique des IST, et à 12 mois la prévalence des IST était plus faible chez les femmes ayant eu une intervention ciblant les compétences (brève ou intensive) par rapport aux femmes ayant eu une intervention informative (brève ou intensive) ($p = 0.03$).

DiClemente et al. (72) ont repris une intervention intensive préalablement validée (réduction de l'incidence des infections à Chlamydiae), l'intervention HORIZONS (2 sessions en groupe de 4 heures chacune suivies de 4 sessions téléphoniques individuelles de 15 minutes chacune pendant 9 mois). Pour l'étude, HORIZONS a été adaptée en une session unique de groupe, à laquelle a été associée ou non une intervention de maintien de la prévention (PMI) par bref conseil téléphonique individuel toutes les 8 semaines pendant 18 mois. L'intervention, délivrée par deux éducatrices en santé Afro-Américaines, cible des adolescentes et jeunes femmes Afro-Américaines (14 à 20 ans) consultant dans un centre de planification familiale et ayant eu au moins un rapport non protégé. L'incidence cumulée sur 36 mois d'infections à C. trachomatis était de 94 cas dans le groupe HORIZONS + PMI contre 104 dans le groupe HORIZONS seule (aRR 0.50 [IC95 : 0.28-0.88] ; $p = 0.02$), et l'incidence cumulée sur 36 mois d'infections à N. gonorrhoea était de 48 cas dans le groupes HORIZONS + PMI contre 54 dans le groupe HORIZONS seule (aRR: 0.40 [IC95 : 0.15-1.02] ; $p = 0.06$).

Il y a ensuite des études concernant uniquement des interventions intensives.

Kalichman et al. (73) ont cherché à isoler l'impact de chaque composante du modèle IMB en comparant 4 combinaisons. Les interventions duraient toutes au total 90 minutes et étaient administrées par des professionnels entraînés du centre de dépistage (éducateur en santé, infirmier ou conseiller en santé). L'intervention information (I) reposait sur un style didactique. La composante motivation (M) cherchait à augmenter l'intention au changement. Enfin, la composante comportementale (B) visait l'acquisition de compétences communicationnelles, de gestion des situations sexuelles à risque et d'utilisation du

préservatif. Les combinaisons possibles étaient I+M+B (modèle complet), I+M, I+B, ou I seule. Pour une durée d'exposition similaire (chaque composante durant 30 minutes), il était ajouté si besoin 30 minutes de vidéo éducative sur le VIH, et pour l'information seule était aussi ajoutées 30 minutes d'information sur le dépistage. Le taux d'IST incidentes calculé sur analyse des dossiers à 12 mois ne retrouvait aucune différence significative entre les groupes chez les femmes, chez les hommes le groupe IMB avait un taux inférieur à chacune des autres interventions ($p < 0.05$). Concernant l'usage du préservatif, la combinaison IMB ne réduisait le nombre de rapports non protégés que chez les hommes et ce jusqu'à 6 mois.

Metzler et al. (74) ont également étudié une intervention intensive individuelle, mais en cinq sessions à un rythme hebdomadaire (programme MAC-Choice) de 60 à 90 minutes chacune, à destination des adolescents de 15 à 19 ans consultant dans un équivalent de CeGIDD et présentant des comportements sexuels à risque. Elle comportait des éléments systématiques et des modules additionnels proposés selon les besoins du patient. De nombreux comportements sexuels à risque étaient évalués par rapport au groupe contrôle (soins usuels). À 3 mois, il n'y avait aucune réduction ou différence significative entre les deux groupes quel que soit le comportement étudié. À 6 mois, étaient observées dans le groupe intervention une réduction du nombre de partenaires sexuels (1.53 vs 2.75 ; $p = 0.0001$), une diminution du nombre de partenaires ayant eux-mêmes des partenaires multiples (0.42 vs 1.29 ; $p = 0.01$), une diminution du nombre de rapports avec des partenaires occasionnels (0.26 vs 0.74 ; $p = 0.02$). En revanche, il n'était pas retrouvé de différence significative sur la fréquence d'utilisation du préservatif ni sur le nombre d'IST incidentes déclaré.

Boyer et al. (75) ont testé une intervention intensive individuelle de quatre sessions durant chacune 60 minutes, à l'attention de jeunes adultes hétérosexuels consultant au centre de dépistage. La dernière session pouvait se réaliser par téléphone. Elle était délivrée par des conseillers en santé qui s'appuyaient sur des outils variés. Les résultats sont présentés par genre. Il n'était pas retrouvé de différence significative sur le taux d'IST incidentes (biologiques) à 6 mois par rapport au groupe contrôle (soins usuels), que ce soit chez les hommes (7% vs 8% ; $p > 0.20$) ou chez les femmes (22% vs 22% ; $p > 0.20$).

De nombreuses études intensives sont conçues pour être délivrées à des petits groupes.

Certaines interventions intensives de groupe sont délivrées en une seule session, dans une perspective de favoriser l'assiduité.

Ainsi, Jemmott et al. (76) ont comparé deux interventions destinées aux adolescentes Afro-Américaines et Latino-Américaines de 12 à 19 ans suivies dans un centre de planification familiale à un contrôle (éducation à la santé générale). Délivrées par des facilitatrices Afro-Américaines formées, elles duraient 250 minutes environ. L'une était purement informative, sans travaux pratiques, tandis que la seconde visait l'acquisition de compétences et intégrait des moments de pratique et jeux de rôle. Lors du suivi précoce, aucune différence significative n'était retrouvée entre les groupes concernant l'usage du préservatif. En revanche, à 12 mois,

le nombre moyen de jours avec rapports sexuels non protégés sur une période de 3 mois était de 5.05 dans le groupe contrôle, 4.04 chez celles ayant reçu l'intervention informative et de 2.27 dans le groupe avec intervention visant les compétences. Si la différence n'était pas significative entre les deux premiers groupes, le résultat était significativement meilleur dans le groupe ayant travaillé l'acquisition de compétences par rapport au contrôle ($p = 0.002$) et à l'intervention informative ($p = 0.03$). Ces résultats étaient confortés par l'analyse de la prévalence des IST à 12 mois, 10.2% dans le groupe ayant reçu l'intervention d'acquisition de compétences contre 18.2% dans le groupe contrôle ($p = 0.05$).

Branson et al. (77) ont ainsi évalué l'efficacité d'une intervention intensive en groupe de quatre sessions réparties sur deux semaines associées à une session « booster » à deux mois, destinée aux adultes consultant en centre de dépistage des IST et ayant un antécédent d'IST. Elle est construite sur le modèle IMB et les professionnels délivrant l'intervention s'appuient sur des outils variés. Par rapport au groupe contrôle (soins usuels), il n'était retrouvé de différence significative concernant la réduction des comportements sexuels pour aucun des suivis, et il n'y avait pas non plus de différences significatives sur le taux cumulé à 12 mois d'IST incidentes (Hommes : 19% en intervention vs 19.3% en contrôle ($p > 0.15$) ou Femmes : 16.4% en intervention vs 18.4% en contrôle ($p > 0.15$)).

Ehrhardt et al. (78) ont comparé l'efficacité d'une intervention intensive délivrée à des jeunes femmes hétérosexuelles de 18 à 30 ans, soit en 4 sessions soit en 8 sessions (contenu identique), selon la durée et par rapport à un contrôle (soins usuels). Chaque session durait 2 heures. Les interventions étaient délivrées par des facilitateurs formés, s'appuyant sur différents outils. À court terme (1 mois), 74.5% de femmes dans le groupe en 8 sessions et 72.4% des femmes du groupe en 4 sessions avaient maintenu ou augmenté l'utilisation du préservatif (contre 62% dans le groupe contrôle, respectivement OR 1.93 [IC95 : 1.07-3.48] ; $p = 0,03$ et OR 1.74 [IC95 : 0.99-3.04] ; $p = 0,05$). À plus long terme (12 mois), il n'y avait plus aucune différence significative par rapport au groupe contrôle, que ce soit dans le groupe ayant eu 8 sessions (72.7% vs 61.7% ; OR 1.65 [IC95 : 0.94-2.90] ; $p = 0,08$) ou dans le groupe ayant eu 4 sessions (66.4% vs 61.7% ; OR 1.22 [IC95 : 0.72-2.08] ; $p = 0.46$). Par ailleurs, à court comme à long terme il n'y avait pas de différence significative entre les deux interventions.

Une autre intervention (79) a retrouvé des résultats en faveur de l'efficacité à court terme d'une intervention intensive en groupes, de quatre sessions à un rythme hebdomadaire durant chacune 90 minutes et une session supplémentaire à distance. Destinée aux femmes avec comportements sexuels à risque âgées de 18 à 40 ans, elle repose sur de l'information, de l'acquisition de compétences et la résolution de problème. Par rapport au groupe contrôle (intervention d'éducation à la santé), les femmes du groupe intervention réduisaient de façon significativement plus importante la fréquence moyenne des rapports non protégés (de 14 à 11.7% vs 13 à 15% ; $p < 0.01$) et augmentaient de façon significativement plus importante la proportion de rapports avec préservatifs (de 26 à 56% vs 26 à 32% ; $p < 0.01$), l'usage constant

du préservatif (de 43 à 66% vs 45 à 44%, ; $p < 0.01$) et la proportion de partenaires avec lesquels elles utilisaient le préservatif (de 43 à 66% vs 42 à 48% ; $p < 0.001$).

Un large essai multicentrique a été mené par le *National Institute of Mental Health* dans des équivalents de CeGIDD et centres de planning familial pour évaluer l'efficacité d'une intervention intensive en groupe destinée aux adultes ayant des rapports à risque par rapport à une heure d'informations simples sur le VIH (80). L'intervention, composée de 7 sessions de 90 à 120 minutes chacune délivrées à un rythme bihebdomadaire en groupes non mixtes sur le genre, était animée par deux co-facilitateurs certifiés. À chaque suivi et transversalement, la réduction des rapports non protégés était plus importante dans le groupe intervention ($p < 0.0001$), tout comme l'augmentation de l'utilisation constante et correcte du préservatif qui augmentait à 43.4% des participants dans l'intervention contre 34.4% dans le groupe contrôle à 12 mois ($p < 0.0001$), et de la proportion de rapports protégés ($p < 0.0001$). En revanche, il n'y avait pas de différence significative sur la prévalence des infections à *Chlamydiae* et *Gonocoque* diagnostiquées biologiquement à 12 mois.

Une intervention intensive en groupe, de 3 sessions d'une durée de 3 à 4 heures chacune, ciblant spécifiquement des femmes Afro-Américaines et Mexicano-Américaines atteintes d'une IST non virale, a démontré un effet significatif sur la diminution de l'incidence cumulée à 12 mois des IST bactériennes, qui était à 16.8% dans le groupe intervention contre 26.9% dans le groupe contrôle (OR 0.52 [IC95 : 0.34-0.81]), soit un taux d'infection de 38% inférieur dans le groupe intervention sur la période de 12 mois (81).

Cette même intervention a été réévaluée, associée ou non à la possibilité d'assister à des sessions de groupes de soutien d'une durée de 90 minutes chacune après l'intervention (82). La réduction de l'incidence cumulée des infections à *C. trachomatis* et *N. gonorrhoea* a cette fois été évaluée sur une période de deux ans, avec des résultats toujours significatifs par rapport au contrôle, que ce soit dans le groupe ayant reçu l'intervention standard (26.2% vs 39.8% ; OR 0.54 [IC95 : 0.34-0.85] ; $p < 0.008$) ou dans le groupe ayant eu accès au renforcement optionnel par des groupes de soutien (23.7% vs 39.8% ; OR 0.47 [IC95 : 0.30-0.73] ; $p < 0.001$).

L'intervention proposée par Villarruel et al. (83) a été développée en milieu scolaire et communautaire. Elle a été incluse dans la revue de la littérature en raison d'études évaluant son implantation en soins primaires, notamment en médecine scolaire (84). Cette intervention intensive en groupes durant 8 heures au total, en deux sessions, spécifiquement adaptée culturellement aux adolescents latino-américains de 13 à 18 ans, s'est montrée efficace pour la réduction des rapports sexuels (OR 0.66 [IC95 : 0.46-0.96]), de certains comportements à risque comme le fait d'avoir des partenaires multiples (OR 0.53 [IC95 : 0.31-0.90]) ou encore des rapports non protégés (RR 0.47 [IC95 : 0.26-0.84]). Elle a aussi permis d'augmenter l'usage constant du préservatif (OR 1.91 [IC95 : 1.24-2.93]).

DISCUSSION

PRINCIPAUX RÉSULTATS, FORCES ET LIMITES

Notre revue systématique de la littérature est à notre connaissance la première à s'interroger à la fois sur les stratégies de repérage et les interventions de réduction des comportements à risque d'IST proposées spécifiquement en soins primaires dans les pays de l'OCDE.

Elle met en exergue un manque de littérature concernant les outils de repérage. La littérature est plus riche concernant les interventions de réduction des comportements à risque et montre que certaines sont efficaces.

Nous avons mis en évidence quatre grands types d'outils de repérage qui ont chacun leurs forces et leurs limites. Des études supplémentaires seront nécessaires pour les valider avec un niveau de preuve suffisant.

Les questionnaires systématiques permettent de recueillir relativement facilement de nombreuses données pertinentes concernant les comportements à risque d'IST mais également d'autres déterminants médico-psycho-sociaux, qui peuvent avoir leur importance pour une prise en charge globale. Il faut toutefois rester vigilant à un possible biais de déclaration en cas de questionnaire administré par un tiers. La longueur de l'outil limite par ailleurs son utilisation en soins primaires, d'autant plus que le caractère fermé ne permet pas d'explorer le contexte et les représentations associées, ce qui peut nécessiter un temps supplémentaire. L'outil proposé ici laisse en outre l'évaluation, la stratification du risque et l'élaboration de la conduite à tenir à la discrétion du professionnel de santé. Il peut toutefois trouver sa place dans le cadre des soins primaires, notamment dans l'évaluation initiale d'un patient. Il paraît en revanche complexe de l'utiliser comme outil de suivi.

Les scores ont l'avantage d'être des instruments courts, faciles à utiliser, permettant la fixation de seuils d'intervention et la réalisation d'un suivi sur la base de données quantitatives. Leur format permet d'évaluer leurs performances diagnostiques versus Gold Standard de manière assez aisée. La question du Gold Standard choisi pose néanmoins question, sachant qu'il n'existe pas de référence validée en matière de repérage des comportements sexuels à risque. Les deux études ayant utilisé comme critère de jugement les performances diagnostiques ont opté pour des Gold Standards biologiques (antécédent d'IST ou positivité de la sérologie VIH) dont la pertinence dans le cadre de la prévention primaire peut être mise en doute. Une remarque du même ordre peut être faite à propos du développement du HSI : considérer l'estimation du taux de séroprévalence VIH comme critère de différenciation entre population à bas risque et population à haut risque peut être considéré comme discutables lorsqu'on voit que 90% des participants issus de la population jugée à bas risque ont déclaré une utilisation inconstante du préservatif dans les 10 dernières années (45). La détermination du seuil pose également question.

Les calendriers autobiographiques ont l'avantage de faire émerger les comportements sexuels à risque sur un mode plus ouvert, ce qui permet une meilleure appréhension du contexte et des représentations de l'individu. S'ils semblent a priori moins faciles d'utilisation que les scores, leur acceptabilité reste bonne. Ils demandent davantage de connaissances et d'investissement de la part du professionnel de santé, qui doit poser des questions supplémentaires si le calendrier semble incomplet puis lui-même analyser les données recueillies afin d'en déduire le niveau de risque et la conduite à tenir. Un tel instrument peut également le mettre en difficulté en faisant émerger des problématiques associées. La force majeure de ce type d'outil est qu'il rend le patient acteur de sa prise en charge en favorisant l'autonomie dans la prise de conscience des comportements à risque et la recherche de solutions. De plus, au vu du possible impact sur l'intention d'utiliser un préservatif, le choix d'un tel instrument pourrait avoir un double intérêt, de repérage et de réduction des risques, ce qui est intéressant dans une optique de RPIB.

Les algorithmes de stratification du risque cumulent plusieurs atouts : la facilité d'utilisation, l'optimisation de la stratégie de repérage grâce à la personnalisation des questions en fonction des réponses précédentes et l'aboutissement à une conclusion claire concernant le niveau de risque et la conduite à tenir devant en découler. L'avantage de l'algorithme proposé par Patel et al. (51), bien qu'il ne prenne en compte que l'utilisation de préservatifs, est qu'il repose sur des éléments psycho-comportementaux.

Concernant les interventions étudiées, la majorité de celles délivrées très brièvement (durée de moins de trente minutes) ne montre pas d'impact significatif sur la réduction des comportements à risque et/ou de l'incidence des IST (55,56,58,60), ou alors l'effet positif ne persiste pas dans le temps (54).

Il arrive également que la réduction des comportements à risque ne soit pas associée à un effet significatif sur l'incidence des IST (57,61). Cela est certainement dû au fait qu'en l'absence d'un usage constant et correct du préservatif, les individus restent susceptibles de se contaminer. Il est donc nécessaire de viser un usage constant et correct du préservatif dans toute relation à risque de transmission d'IST, et pas seulement une augmentation de l'usage du préservatif.

Il est intéressant de noter que les interventions s'appuyant sur une vidéo courte, parfois simplement projetée en salle d'attente, semblent avoir un impact sur la réduction des comportements sexuels à risque ou le taux d'IST incidentes (62–64). Il s'agit toutefois d'études qui sont d'une qualité méthodologique insuffisante, et il serait intéressant de reconstruire ces résultats.

Les quelques interventions durant entre trente minutes et une heure ont tendance à avoir plus de résultats significatifs et prolongés (69), mais là encore les résultats comportementaux ne s'accompagnent pas toujours d'une amélioration sur le plan biologique (66).

Les interventions intensives sont majoritaires. Là encore, il est intéressant de noter que l'impact positif sur les comportements à risque d'IST ne s'accompagne pas toujours d'une réduction significative de l'incidence des IST (74), pour les mêmes raisons que précédemment, ou alors l'effet est retardé (76).

Plusieurs réflexions découlent de ces constatations.

Avant tout, conformément à ce que nous avons pu retrouver dans d'autres revues de la littérature apparentées à celle-ci, bien que des interventions brèves montrent un effet intéressant (85), l'efficacité des interventions d'intensité modérée à élevée semble plus importante (86).

Comme nous l'avons déjà précisé un peu plus haut, il existe fréquemment une discordance entre une efficacité constatée sur la réduction de comportements à risque d'IST et une absence d'impact sur l'incidence de nouveaux cas d'IST. Cela pose la question du choix du critère de jugement principal de l'efficacité de l'intervention. L'augmentation seule de l'usage du préservatif semble insuffisante. En effet, les études montrant une efficacité à la fois sur les critères comportementaux et sur les critères biologiques retrouvaient au moins une augmentation de l'usage correct et constant du préservatif et/ou l'adoption de plusieurs comportements de réduction du risque sexuel de façon concomitante (par exemple, augmentation de l'usage du préservatif ET réduction du nombre de partenaires ET réduction des rapports avec partenaires occasionnels). Il nous paraît donc préférable pour des études ultérieures d'utiliser comme critère de jugement principal au moins un critère composite (éléments comportementaux et résultats biologiques) ou un critère biologique (les éléments comportementaux pouvant dans ce cas être intéressants à évaluer en critère de jugement secondaire).

Nos résultats posent également la question de la durée de suivi nécessaire. Il semblerait, au vu des résultats de cette revue systématique, qu'un suivi d'une durée minimale de 12 mois est souhaitable, du fait d'un effet possiblement retardé (76) ou transitoire, uniquement à court ou moyen terme (54).

Enfin, il semble que les interventions s'appuyant sur un cadre théorique, et plus particulièrement un cadre ciblant l'acquisition de compétences, ont de meilleurs résultats.

N'ayant pu effectuer de méta-analyse du fait de la diversité des méthodologies, des interventions et des populations, il ne s'agit là que de pistes de réflexion à envisager pour des recherches ultérieures.

Cette revue de la littérature comporte plusieurs limites.

Il y a tout d'abord le nombre restreint d'études sélectionnées en matière de repérage des comportements à risques et la grande diversité de ces dernières en termes d'outil proposé et de méthodologie mise œuvre, ce qui rend leur comparaison plus difficile.

Ensuite, les articles inclus sont essentiellement issus de recherches menées aux États-Unis, et alors que la problématique de la prévention des IST est un enjeu majeur de santé publique dans tous les pays de l'OCDE, dont la France, cela limite fortement la possibilité de généraliser les résultats observés.

Les stratégies de repérage et les interventions ciblent principalement des populations jeunes et, si elles s'intègrent dans un contexte de soins primaires, elles sont souvent réalisées au sein de structures spécifiquement dédiées à la santé reproductive et sexuelle, disposant de davantage de ressources humaines et matérielles que la majorité des cabinets de médecine générale notamment français. Par ailleurs, la surreprésentation des centres de dépistage des IST équivalents aux CeGIDD français pose également question. En effet, on peut considérer que la population y est à plus haut risque que la population consultant en cabinet de médecine générale ambulatoire. De plus, cela pose sérieusement la question de la possibilité d'extrapoler les résultats pour un usage en médecine générale en France, puisqu'il semble que les patients hétérosexuels consultant en centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG, structure remplacée par les CeGIDD après fusion avec les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST - CIDDIST) ne souhaitent majoritairement pas discuter de santé sexuelle avec leur médecin traitant (87), contrairement à la population étudiée par J. Rose dans sa thèse (19).

Les études incluses sont pour la plupart monocentriques, réalisées sur des échantillons de petite taille et comportant des risques de biais assez élevé. L'un des biais les plus fréquemment identifiés est notamment le risque de biais d'attrition lié au grand nombre de perdus de vue. Par ailleurs, certaines études présentent un risque de biais de sélection lié à un grand nombre de refus associé à des différences significatives sur des facteurs confondants potentiels (âge, antécédents d'IST, comportements à risque d'IST...). Ensuite, il convient d'interpréter avec précaution les résultats des études évaluant uniquement les comportements sexuels à risque déclarés sans comparaison à un critère de jugement biologique, y compris en cas d'utilisation de questionnaires auto-administrés, du fait d'un possible biais de déclaration par biais de désirabilité sociale. La sous-estimation de l'incidence des IST doit aussi être envisagée pour les études utilisant des mesures indirectes (analyses de dossiers) notamment du fait du risque d'infections asymptomatiques n'entraînant pas de consultation. Cela ne permet donc pas d'aboutir à un niveau de preuve satisfaisant, et les résultats semblent difficilement généralisables. C'est d'autant plus vrai que certains outils de repérage n'ont pas été mis en pratique et évalués en conditions réelles ; et qu'une partie des

interventions proposées ne cible que les communautés Afro-Américaines et/ou Latino-Américaines (8/30) et/ou sont spécifiques de genre (14/30).

Sur un plan purement méthodologique, nous n'avons pas effectué de recherches dans la littérature grise, ce qui constitue un risque de scotome dans la recherche. Ensuite, nous n'avons pas utilisé le terme « counseling » dans les équations de recherche intervention, car nous souhaitons étudier principalement des interventions protocolisées, mais cela a pu également constituer un risque de scotome. Toutefois, la vérification des références de revues systématiques de la littérature apparentées et l'ajout des références nous semblent pertinentes par rapport à notre problématique de recherche réduit ce risque. Nous avons inclus et analysé un nombre important d'articles, notamment concernant les interventions de réduction des comportements à risque d'IST, et par conséquent notre revue de la littérature est suffisamment exhaustive en comparaison à d'autres études de même nature sur un sujet similaire (85,86,88). Par ailleurs, l'exclusion des articles rédigés dans une autre langue que le français ou l'anglais, bien que ces derniers soient peu nombreux, constitue un risque de biais de langage. Enfin, nous avons limité le risque de biais de publications multiples en considérant comme doublons les études portant sur la même intervention, publiées par les mêmes auteurs mais sous des formats parfois variables et dans des revues différentes.

UN MANQUE D'ÉTUDES AU-DELÀ DE 50 ANS

Notre revue montre que les études portant sur la prévention des IST ciblent en priorité les adolescents et jeunes adultes et s'intéressent beaucoup moins aux populations plus âgées. L'âge médian des personnes vivant avec le VIH a pourtant augmenté entre 2003 et 2011 de 41 à 48 ans selon l'enquête ANRS-VESPA (89). En 2014, dans la cohorte Aquitaine, 52% des personnes vivant avec le VIH avaient plus de 50 ans (90). En outre, si l'activité sexuelle ne cesse pas avec le vieillissement (91), l'utilisation du préservatif décline quant à elle avec l'âge (91–93). Les personnes âgées de 50 ans et plus sont d'autant plus vulnérables qu'elles accèdent peu au dépistage (94) et font parfois face à des professionnels de santé qui ne jugent pas pertinent d'aborder le sujet de la santé sexuelle avec eux (95). On assiste dans plusieurs pays européens à une augmentation du nombre de nouveaux cas de VIH dans cette tranche d'âge entre 2004 et 2015 (96). La prise en compte de la sexualité des personnes plus âgées dans les stratégies et politiques de santé sexuelle représente sans doute un enjeu décisif des prochaines années.

UNE UTILISATION D'OUTILS DEVANT S'INTÉGRER DANS UNE PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE

Même si l'utilisation d'outils validés, simples et à vocation universelle représente un atout pour les professionnels de soins primaires, celle-ci ne peut se substituer à un abord

personnalisé de la santé sexuelle, basé sur une relation de confiance et intégré dans une approche centrée patient.

Les français déclarent une multitude de pratiques sexuelles diverses (97). Les sexualités non pénétratives par exemple font l'objet de modalités de prévention qui peuvent être spécifiques et méconnues. Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes sont à ce titre touchées par des inégalités d'accès aux soins (98). Le caractère fluide des pratiques et des orientations sexuelles peut par ailleurs être un frein au repérage et au dépistage. Ainsi, des hommes peuvent ressentir une attirance pour des personnes du même genre et avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes pendant leur vie sans se définir comme homo- ou bisexuels (97,99). Ils risquent alors d'échapper aux stratégies de repérage utilisant l'orientation sexuelle comme critère. L'exploration des représentations et des heuristiques des patients est en outre nécessaire pour repérer les populations à risque et cibler le contenu des interventions. En effet, les comportements à risque sexuels sont davantage sous-tendus par des croyances socio-culturelles que par un manque de connaissances biologiques (51), d'où l'importance d'adopter une approche globale.

L'idéal dans une optique de prévention primaire serait de pouvoir repérer les personnes susceptibles d'adopter des comportements à risque et de leur proposer une intervention adaptée avant qu'ils aient l'occasion de s'engager dans des conduites à risque évitables. La recherche dans le domaine cognitivo-comportemental pourrait ainsi ouvrir des pistes en matière de repérage, notamment inspirer le développement d'outils explorant les stratégies de prise de décision (scénarios fictifs, jeux de rôle, histoires dont vous êtes le héros...). La question de la mise en place d'une intervention minimale systématique est également pertinente. En effet, les études s'intéressant aux raisons qui poussent les individus à ne pas utiliser de préservatifs montrent que si ces dernières sont multiples, la confiance envers le partenaire, la volonté d'accroître le sentiment d'intimité et la recherche de meilleures sensations sexuelles sont régulièrement invoquées (51,100,101). En ce sens, l'utilisation de préservatifs peut être perçue comme allant à l'encontre de certaines composantes de la santé sexuelle, quel que soit le profil de l'individu et les comportements à risque antérieurs. L'existence d'une telle ambivalence peut faire le lit de comportements sexuels à risque dans certains contextes, en particulier en cas de pression du partenaire. Une intervention minimale systématique visant à travailler sur ces représentations et apporter des solutions concrètes notamment sur le choix et l'utilisation des préservatifs pourrait ainsi avoir son utilité.

DES STRATÉGIES QUI S'INTÈGRENT DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ

Comme indiqué précédemment, les études américaines sont surreprésentées au sein de notre revue. Les États-Unis ont la particularité de ne pas proposer un système de couverture santé universel financé publiquement, contrairement aux autres pays représentés (Royaume-Uni et Australie) et à la France (102–105). Par ailleurs, il y a autant de professionnels de premiers

recours aux États-Unis qu'au Royaume Uni (106), rendant l'accès aux soins primaires plus difficile. Ces difficultés d'accès sont d'autant plus vraies que le système de soins n'est pas organisé autour des soins primaires et du système du *gatekeeping*, qui a été progressivement abandonné à partir de la fin des années 1990 (106,107). Depuis 2008, il est même observé une diminution du nombre de médecins de premier recours (107).

Les STD clinics, dont l'activité s'apparente à celle des CeGIDD en France, proposent notamment une prise en charge de prévention, dépistage et traitement des IST à peu ou pas de coûts pour le patient. Cet accès facilité à des soins abordables aux États-Unis a encore été élargi par l'adoption de l'*Affordable Care Act*, plus connu sous le nom d'*Obamacare* (108,109). Ces éléments expliquent probablement la surreprésentation de ces centres dans notre revue systématique.

Par ailleurs, de nombreuses interventions sont délivrées par des professionnels de premier recours non médecins, comme des infirmiers de pratiques avancées, ou par des professionnels non médicaux, comme les éducateurs en santé. Parfois les interventions sont même délivrées par des pairs formés (« patients experts »). Les États-Unis ne sont pas les seuls à avoir développé des métiers associés aux soins primaires non médicaux : une part importante de la prévention sexuelle peut être assurée par des infirmiers de pratiques avancées au Royaume-Uni ou en Australie, ces derniers étant en général directement employés par les médecins généralistes (110,111). Un tableau résumant brièvement des points clés de l'organisation des soins primaires en France, au Royaume-Uni, en Australie et aux États-Unis est disponible en Annexe 6.

En France, la loi de modernisation de notre système de santé a posé les bases pour le développement des pratiques infirmières avancées, concrétisée par la publication d'un décret en juillet 2018 (112,113). Cela offre des perspectives intéressantes de développement de projets de coopération interprofessionnelle en soins primaires dédiés à la santé sexuelle, pour proposer des interventions plus intensives, en complément d'éventuels outils de type RPIB qui pourraient être mis en œuvre en consultation de médecine générale.

Au vu des résultats positifs permis par l'expérimentation ASALEE pour la prise en charge de maladies chroniques comme le diabète (53,114), une plus grande collaboration interprofessionnelle et un meilleur partage des tâches et des compétences pourrait permettre d'améliorer l'offre de prévention en santé sexuelle auprès des patients.

CONCLUSION

Notre revue de la littérature permet de mettre en évidence une diversité d'outils utilisables en soins primaires, dont l'efficacité est probable. Certains sont compatibles avec le format RPIB et pourront être à la base de recherches futures.

L'ouverture récente aux pratiques infirmières avancées en France ouvre une perspective de collaboration interprofessionnelle en santé sexuelle, et par là-même une perspective de travaux de recherche pour développer et adapter des interventions de prévention complémentaires, pour les patients à haut risque notamment, qui puissent être intensives, (ces dernières semblant avoir de meilleurs résultats) et ce en structures de soins primaires ambulatoires hors CeGIDD.

Enfin, les recherches futures ne devront pas se limiter aux patients jeunes du fait des évolutions épidémiologiques actuelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé Publique France. Surveillance de l'infection à VIH (Dépistage et Déclaration Obligatoire), 2010-2017 [Internet]. 2019 [cité 9 juin 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/154747/567091/version/1/file/BSP_Nat_Surveillance_VIH2017_280319.PDF
2. Santé Publique France. Infection par le VIH et IST bactériennes. Bilan épidémiologique 2017 [Internet]. 2018 [cité 9 juin 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/151708/552637/version/5/file/Bulletin_VIH-IST_2017.pdf
3. Bonnet F, Fischer H, Lert F, Lot F, Supervie V, Tattevin P et al. Épidémiologie de l'infection à VIH en France. In: Morlat P, dir. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts [Internet]. CNS, ANRS; 2017. [cité 8 juin 2019]. 26p. Disponible sur : <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
4. Trickey A, May MT, Vehreschild J-J, Obel N, Gill MJ, Crane HM, et al. Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e349-56.
5. Paavonen J, Eggert-Kruse W. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction. *Hum Reprod Update*. 1999;5(5):433-47.
6. Bonnet F, Delobel P, Goujard C, L'Henaff M, Guillon M, Matheron S et al. Initiation d'un premier traitement antirétroviral. In: Morlat P, dir. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts [Internet]. CNS, ANRS; 2018 [cité 8 juin 2019] 27p. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
7. Yazdanpanah Y, Bonnet F, Léotoing L de, Finkielsztejn L, Chaize G, Vainchtock A, et al. What Is The Hospital Economic Burden Of Hiv In France? Results from an analysis of the national french medical information system database. *Value Health*. 2016;19(7):A412.
8. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. In: Rosa W, editor. *A New Era in Global Health*. New York, NY: Springer Publishing Company; 2017
9. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle : Agenda 2017-2030. Paris: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2017
10. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations. Paris; HAS ; 2017 mars
11. Barin F, Blanc A, Fischer H, Guillon M, Leclercq v, Lert F et al. Prévention et dépistage. In: Morlat P, dir. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts [Internet]. CNS, ANRS; 2018 [cité 8 juin 2019] 46 p. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
12. World Health Organization. Global health sector strategy on HIV 2016-2021. Towards ending AIDS. Geneva: World Health Organization; 2016.

13. World Health Organization. Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections 2016-2021. Towards ending STIs. Geneva: World Health Organization; 2016
14. Organisation Mondiale de la Santé. Communication brève relative à la sexualité: recommandations pour une approche de santé publique. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2016
15. Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C : rapport de recommandations 2014. Paris: ANRS, AFEF; 2014. 537 p.
16. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. Paris: HAS; octobre 2018.
17. Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France: modalités de réalisation des tests de dépistage. Paris: HAS; octobre 2008.
18. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, et al. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. BMC Infect Dis. 2013;13:200.
19. Rose J. Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale. Thèse d'exercice: Médecine générale : Université de Bordeaux; 2017.
20. Gautier A, dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètres santé, 2011: 266p.
21. Gillet C. Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation. Thèse d'exercice : Médecine générale : Université de Bordeaux; 2018.
22. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale: étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. Thèse d'exercice : Médecine générale : Université Bretagne Loire; 2016.
23. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De H, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly; 2011;141:w13178.
24. Kerr SH, Valdiserri RO, Loft J, Bresolin L, Holtgrave D, Moore M, et al. Primary Care Physicians and Their HIV Prevention Practices. AIDS Patient Care STDs. 1996;10(4):227-35.
25. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW, et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. AIDS Lond Engl. 2007;21(12):1617-24.
26. Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. Sex Transm Infect. 1999;75(1):41-4.
27. Hinchliff S, Gott M, Galena E. GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations: A qualitative study. Eur J Gen Pract. 2004;10(2):56-60.
28. Dodge WT, BlueSpruce J, Grothaus L, Rebolledo V, McAfee TA, Carey JW, et al. Enhancing primary care HIV prevention: A comprehensive clinical intervention. Am J Prev Med. 2001;20(3):177-83.

29. Grandcolin S, Rodenbourg C, Birault F. Un outil « communicationnel » peut-il aider les médecins généralistes à mieux communiquer avec les adolescents sur la sexualité ? *Exercer*. 2013;(110):96-96.
30. Torrone EA, Thomas JC, Maman S, Pettifor AE, Kaufman JS, Sena AC, et al. Risk Behavior Disclosure During HIV Test Counseling. *AIDS Patient Care STDs*. 2010;24(9):551-61.
31. United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization. International Standards on Drug Use Prevention Second updated edition [Internet]. 2015 [Cité 16 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>
32. OFDT. Évaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008 - Principaux résultats. [Internet]. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2009 [cité 16 juin 2019] 78 p. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2009/evaluation-de-la-strategie-nationale-de-diffusion-du-rpib-aupres-des-medecins-generalistes-sur-la-periode-2007-2008-principaux-r/>
33. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. 2014 [Cité 16 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
34. Berkhout C, Rizzioli N, Messaadi N, Cunin M, Cottencin O. Consommation nocive d'alcool et usage de tranquillisants. *Exercer*. 2015;26(117):4-12.
35. Maynié-François C, Dupouy J, Conseil Scientifique du CNGE. Prendre en charge un patient ayant un trouble de l'usage de l'alcool en médecine générale. *Exercer*. 2019;(152):175-81.
36. Castera P, Kinouani S, Joseph JP. Repérage précoce et intervention brève. Succès et limites. *Alcoolologie Addictologie*. 2015;1(37):85-92.
37. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 ; 2 :CD004148.
38. O'Connor E, Lin JS, Burda BU, Henderson JT, Walsh ES, Whitlock EP. Behavioral Sexual Risk Reduction Counseling in Primary Care to Prevent Sexually Transmitted Infections: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 [cité 4 mars 2018]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248289/>
39. Bengoa R, Boerma T, Diouf MA, Evans D, Savedoff W, Singh A, et al. Chapitre 7: Les systèmes de santé. In: *Rapport sur la santé dans le monde 2003. Façonner l'avenir*. Genève. : Organisation Mondiale de la Santé; 2003.
40. Covidence systematic review software, Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia. Disponible sur: www.covidence.org

41. Higgins JPT, Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Hróbjartsson A, Boutron I, et al. A revised tool for assessing risk of bias in randomized trials. In: Chandler J, McKenzie J, Boutron I, Welch V, éditeurs. *Cochrane Methods*. Cochrane Database Syst Rev 2016; 10(Suppl 1). [dx.doi.org/10.1002/14651858.CD201601](https://doi.org/10.1002/14651858.CD201601).
42. Sterne JAC, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ* 2016; 355;i4919; doi: 10.1136/bmj.i4919
43. Whiting PF, Rutjes AWS, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, et al. QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. *Ann Intern Med*. 2011; 155(8):529-36.
44. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev*. 2015;15(157):39-44.
45. Gerbert B, Bronstone A, McPhee S, Pantilat S, Allerton M. Development and testing of an HIV-risk screening instrument for use in health care settings. *Am J Prev Med*. 1998;15(2):103-13.
46. Victor EC, Chung R, Thompson RJ Jr. Identifying adolescent patients at risk for sexually transmitted infections: Development of a brief sexual health screening survey. *Clin Pediatr (Phila)*. 2015;54(9):878-87.
47. Bigrigg A, Nandwani R, Ilett R, Thow C, Lamont M, Bankowska U, et al. Use of a staff administered structured questionnaire to identify relevant life-style issues and social-health determinants in a sexual and reproductive health service. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. 2005;10(1):66-72.
48. Manavi K, Clutterbuck D, Mackay R, McMillan A, Scott G. A rapid method for identifying high-risk patients consenting for HIV testing: introducing The Edinburgh Risk Assessment Table for HIV testing. *Int J STD AIDS*. 2006;17(4):234-6.
49. Fisher CM, Boudreau ME. Assessing recent adolescent sexual risk using a sexual health history calendar: results from a mixed method feasibility study. *J Assoc Nurses AIDS Care JANAC*. 2014;25(3):269-75.
50. Munro-Kramer ML, Fava NM, Banerjee T, Darling-Fisher CS, Pardee M, Villarruel AM, et al. The effect of a youth-centered sexual risk event history calendar (SREHC) assessment on sexual risk attitudes, intentions, and behavior. *J Pediatr Health Care*. 2017;31(3):302–313.
51. Patel VL, Yoskowitz NA, Kaufman DR, Shortliffe EH. Discerning patterns of human immunodeficiency virus risk in healthy young adults. *Am J Med*. 2008;121(9):758-64.
52. Martyn KK, Martin R. Adolescent Sexual Risk Assessment. *J Midwifery Womens Health*. 2003;48(3):213-9.
53. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Irdes*, éditeur. *Questions d'économie de la santé*. 2018;(232):8.
54. Boekeloo BO, Schamus LA, Simmens SJ, Cheng TL, O'Connor K, D'Angelo LJ. A STD/HIV prevention trial among adolescents in managed care. *Pediatrics*. 1999;103(1):107-15.

55. Proude EM, D'Este C, Ward JE. Randomized trial in family practice of a brief intervention to reduce STI risk in young adults. *Fam Pract.* 2004;21(5):537-44.
56. James NJ, Gillies PA, Bignell CJ. Evaluation of a randomized controlled trial of HIV and sexually transmitted disease prevention in a genitourinary medicine clinic setting. *AIDS.* 1998;12(10):1235-42.
57. Orr DP, Langefeld CD, Katz BP, Caine VA. Behavioral intervention to increase condom use among high-risk female adolescents. *J Pediatr.* 1996;128(2):288-95.
58. Metcalf CA, Douglas JM, Malotte CK, Cross H, Dillon BA, Paul SM, et al. Relative efficacy of prevention counseling with rapid and standard HIV testing: a randomized, controlled trial (RESPECT-2). *Sex Transm Dis.* 2005;32(2):130-8.
59. Kamb M, Fishbein M, Douglas J, Rhodes F, Rogers J, Bolan G, et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group. *JAMA.* 1998;280(13):1161-7.
60. Metsch LR, Feaster DJ, Gooden L, Schackman BR, Matheson T, Das M, et al. Effect of risk-reduction counseling with rapid HIV testing on risk of acquiring sexually transmitted infections: the AWARE randomized clinical trial. *JAMA.* 2013;310(16):1701-10.
61. Carey MP, Senn TE, Walsh JL, Coury-Doniger P, Urban MA, Fortune T, et al. Evaluating a brief, video-based sexual risk reduction intervention and assessment reactivity with STI clinic patients: Results from a randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2015;19(7):1228–1246.
62. Cohen DA, MacKinnon DP, Dent C, Mason HR, Sullivan E. Group counseling at STD clinics to promote use of condoms. *Public Health Rep.* 1992;107(6):727-31.
63. O'Donnell CR, O'Donnell L, San Doval A, Duran R, Labes K. Reductions in STD infections subsequent to an STD clinic visit. Using video-based patient education to supplement provider interactions. *Sex Transm Dis.* 1998;25(3):161-8.
64. Warner L, Klausner JD, Rietmeijer CA, Malotte CK, O'Donnell L, Margolis AD, et al. Effect of a brief video intervention on incident infection among patients attending sexually transmitted disease clinics. *PLoS Med.* 2008;5(6):e135.
65. Crosby R, DiClemente RJ, Charnigo R, Snow G, Troutman A. A brief, clinic-based, safer sex intervention for heterosexual African American men newly diagnosed with an STD: a randomized controlled trial. *Am J Public Health.* 2009;99(Suppl 1):S96-103.
66. Crosby RA, Charnigo RJ, Salazar LF, Pasternak R, Terrell IW, Ricks J, et al. Enhancing condom use among Black male youths: a randomized controlled trial. *Am J Public Health.* 2014;104(11):2219-25.
67. Dilley JW, Woods WJ, Sabatino J, Lihatsch T, Adler B, Casey S, et al. Changing Sexual Behavior Among Gay Male Repeat Testers for HIV: A Randomized, Controlled Trial of a Single-Session Intervention. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002;30(2):177-86.
68. Dilley JW, Woods WJ, Loeb L, Nelson K, Sheon N, Mullan J, et al. Brief Cognitive Counseling With HIV Testing To Reduce Sexual Risk Among Men Who Have Sex With Men: Results From a

Randomized Controlled Trial Using Paraprofessional Counselors. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007;44(5):569-77.

69. Neumann MS, O'Donnell L, Doval AS, Schillinger J, Blank S, Ortiz-Rios E, et al. Effectiveness of the VOICES/VOCES Sexually Transmitted Disease/Human Immunodeficiency Virus Prevention Intervention When Administered by Health Department Staff: Does It Work in the "Real World"? *Sex Transm Dis.* 2011;38(2):133-9.

70. Carey MP, Senn TE, Venable PA, Coury-Doniger P, Urban MA. Brief and intensive behavioral interventions to promote sexual risk reduction among STD clinic patients: results from a randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2010;14(3):504-517.

71. Jemmott LS, Jemmott JB, O'Leary A. Effects on sexual risk behavior and STD rate of brief HIV/STD prevention interventions for African American women in primary care settings. *Am J Public Health.* 2007;97(6):1034-40.

72. DiClemente RJ, Wingood GM, Sales JM, Brown JL, Rose ES, Davis TL, et al. Efficacy of a telephone-delivered sexually transmitted infection/human immunodeficiency virus prevention maintenance intervention for adolescents: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2014;168(10):938-46.

73. Kalichman SC, Cain D, Weinhardt L, Benotsch E, Presser K, Zweben A, et al. Experimental components analysis of brief theory-based HIV/AIDS risk-reduction counseling for sexually transmitted infection patients. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* 2005;24(2):198-208.

74. Metzler CW, Biglan A, Noell J, Ary DV, Ochs L. A randomized controlled trial of a behavioral intervention to reduce high-risk sexual behavior among adolescents in STD clinics. *Behav Ther.* 2000;31(1):27-54.

75. Boyer CB, Barrett DC, Peterman TA, Bolan G. Sexually transmitted disease (STD) and HIV risk in heterosexual adults attending a public STD clinic: evaluation of a randomized controlled behavioral risk-reduction intervention trial. *Aids.* 1997;11(3):359-367.

76. 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.* 2005;159(5):440-449.

77. Branson BM, Peterman TA, Cannon RO, Ransom R, Zaidi AA. Group Counseling to Prevent Sexually Transmitted Disease and HIV: A Randomized Controlled Trial. *Sex Transm Dis.* 1998;25(10):553.

78. Ehrhardt AA, Exner TM, Hoffman S, Silberman I, Leu CS, Miller S, et al. A gender-specific HIV/STD risk reduction intervention for women in a health care setting: short-and long-term results of a randomized clinical trial. *AIDS Care.* 2002;14(2):147-161.

79. Kelly J, Murphy D, Washington C, Wilson T, Koob J, Davis D, et al. The effects of HIV/AIDS intervention groups for high-risk women in urban clinics. *Am J Public Health.* 1994;84(12):1918-22.

80. The National Institute of Mental Health (NIMH) Multisite HIV Prevention Trial Group. The NIMH Multisite HIV Prevention Trial: Reducing HIV Sexual Risk Behavior. *Science.* 1998;280(5371):1889-94.

81. Shain RN, Piper JM, Newton ER, Perdue ST, Ramos R, Champion JD, et al. A randomized, controlled trial of a behavioral intervention to prevent sexually transmitted disease among minority women. *N Engl J Med*. 1999;340(2):93-100.
82. Shain RN, Piper JM, Holden AEC, Champion JD, Perdue ST, Korte JE, et al. Prevention of gonorrhea and Chlamydia through behavioral intervention: results of a two-year controlled randomized trial in minority women. *Sex Transm Dis*. 2004;31(7):401-8.
83. Villarruel AM, Jemmott JB, Jemmott LS. A Randomized Controlled Trial Testing an HIV Prevention Intervention for Latino Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(8):772-7.
84. Feutz K, Andresen P. Cuidate: Implementation of a culturally based sexual risk reduction program for hispanic adolescents. *Hisp Health Care Int*. 2013;11(4):187-93.
85. Cooper B, Toskin I, Kulier R, Allen T, Hawkes S. Brief sexuality communication—a behavioural intervention to advance sexually transmitted infection/HIV prevention: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2014;121(s5):92-103.
86. Lin JS, Whitlock E, O'Connor E, Bauer V. Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2008;149(7):497-508, W96-99.
87. Nivard Duguet K. Raisons pour lesquelles les patients, ayant un médecin traitant, consultent au CDAG de Bordeaux pour le dépistage du VIH. Thèse d'exercice : Médecine générale : Université de Bordeaux; 2017.
88. Kersaudy-Rahib D, Clément J, Lamboy B, Lydié N. Interventions validées ou prometteuses en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : synthèse de la littérature. *Santé Publique*. 2013;S1(HS1):13-23.
89. Dray-Spira R, Wilson d'Almeida K, Aubrière C, Marcellin F, Spire B, Lert F et le groupe Vespa2. État de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. *Bull Epidemiol Hebd*. 2013;(26-27):285-92.
90. Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, Faye A, et al. Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins. In: Morlat P, dir. *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts* [Internet]. CNS, ANRS; 2018 [cité 15 juin 2019] 57p. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
91. Schick V, Herbenick D, Reece M, Sanders SA, Dodge B, Middlestadt SE, et al. Sexual Behaviors, Condom Use, and Sexual Health of Americans Over 50: Implications for Sexual Health Promotion for Older Adults. *J Sex Med*. 2010;7(s5):315-29.
92. Reece M, Herbenick D, Schick V, Sanders SA, Dodge B, Fortenberry JD. Condom use rates in a national probability sample of males and females ages 14 to 94 in the United States. *J Sex Med*. 2010;7 Suppl 5:266-76.

93. Sanders SA, Reece M, Herbenick D, Schick V, Dodge B, Fortenberry JD. Condom Use During Most Recent Vaginal Intercourse Event Among a Probability Sample of Adults in the United States. *J Sex Med.* 2010;7(s5):362-73.
94. Youssef E, Cooper V, Delpach V, Davies K, Wright J. Barriers and facilitators to HIV testing in people age 50 and above: a systematic review. *Clin Med.* 2017;17(6):508-20.
95. Youssef E, Wright J, Delpach V, Davies K, Brown A, Cooper V, et al. Factors associated with testing for HIV in people aged ≥ 50 years: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1204.
96. Tavoschi L, Gomes Dias J, Pharris A, Schmid D, Sasse A, Van Beckhoven D, et al. New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004–15: an analysis of surveillance data. *Lancet HIV.* 2017;4(11):e514-21.
97. Bajos N, Beltzer N, Prudhomme A. Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives [Internet]. *La Découverte*; 2008 [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293-page-243.htm>
98. Marrazzo JM. Barriers to Infectious Disease Care among Lesbians. *Emerg Infect Dis.* 2004;10(11):1974-8.
99. Bajos N, Rahib D, Lydié N. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. *Baromètre Santé 2016.* Saint-Maurice : Santé Publique France; 2018;6p.
100. Jadack R, Fresia A, Rompalo A, Zenilman J. Reasons for Not Using Condoms of Clients at Urban Sexually Transmitted Diseases Clinics. *Sex Transm Dis.* 1997;24(7):402-8.
101. Farrington EM, Bell DC, DiBacco AE. Reasons People Give for Using (or not Using) Condoms. *AIDS Behav.* 2016;20(12):2850-62.
102. Squires D. Spending, Use of Services, Prices, and Health in 13 Countries [Internet]. *Commonwealth Fund*; 201([cité 17 juin 2019]). Disponible sur: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/oct/us-health-care-global-perspective>
103. NHS England [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.england.nhs.uk/>
104. La France en Australie. La protection sociale [Internet]. *Consulat Général de France à Sydney* [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <https://au.ambafrance.org/La-protection-sociale>
105. Protection universelle maladie [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>
106. Bindman AB, Majeed A. Organisation of primary care in the United States. *BMJ.* 2003;326(7390):631-4.
107. Phillips RL, Bazemore AW. Primary Care And Why It Matters For U.S. Health System Reform. *Health Aff (Millwood).* 2010;29(5):806-10.
108. Leichter JS, Seiler N, Wohlfeiler D. STD Prevention Policies in the United States: Evidence and Opportunities. *Sex Transm Dis.* 2016;43(2 Suppl 1):S113-21.

109. Hoover KW, Parsell BW, Leichter JS, Habel MA, Tao G, Pearson WS, et al. Continuing Need for Sexually Transmitted Disease Clinics After the Affordable Care Act. *Am J Public Health*. 2015;105(Suppl 5):S690-5.
110. Roland M, Guthrie B, Thomé DC. Primary Medical Care in the United Kingdom. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(Suppl 1):S6-11.
111. Nicholson C, Jackson CL, Marley JE, Wells R. The Australian Experiment: How Primary Health Care Organizations Supported the Evolution of a Primary Health Care System. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(Suppl 1):S18-26.
112. France. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n°18
113. DGOS. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 18 juin 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
114. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? *Droit Déontologie Soins*. 2008;8(3):278-330.

Base de données	Repérage	Intervention
PubMed (équations termes MeSH)	(sexual behavior[MeSH Terms] OR sexual health[MeSH Terms] OR sexually transmitted diseases[MeSH Terms]) AND (primary healthcare[MeSH Terms] OR community health services[MeSH Terms] OR general practice[MeSH Terms] OR general practitioners[MeSH Terms] OR family practice[MeSH Terms] OR family nurse practitioners[MeSH Terms] OR physicians, family[MeSH Terms] OR primary care physicians [MeSH Terms] OR primary care nursing[MeSH Terms]) AND (risk assessment[MeSH Terms])	(sexual behavior[MeSH Terms] OR sexual health[MeSH Terms] OR sexually transmitted diseases[MeSH Terms]) AND (primary health care[MeSH Terms] OR general practitioners[MeSH Terms] OR family practice[MeSH Terms] OR primary care nursing[MeSH Terms] OR community health services[MeSH Terms] OR primary care physicians[MeSH Terms] OR general practice[MeSH Terms] OR physicians, family[MeSH Terms] OR family nurse practitioners[MeSH Terms]) AND (risk reduction behavior[MeSH Terms] OR early medical intervention[MeSH Terms])
PubMed (équations termes non-MeSH)	("sexual behavio*" [Title/Abstract] OR "sexual health" [Title/Abstract] OR "sexually transmitted infection*" [Title/Abstract] OR "venereal disease*" [Title/Abstract] OR STI[Title/Abstract] OR STIs[Title/Abstract] OR STD* [Title/Abstract] OR "sexually transmitted disease*" [Title/Abstract]) AND ("primary care" [Title/Abstract] OR "general practi*" [Title/Abstract] OR "family practi*" [Title/Abstract] OR "primary care nurs*" [Title/Abstract] OR "primary health care" [Title/Abstract] OR "primary healthcare" [Title/Abstract] OR "general practice physician*" [Title/Abstract] OR "primary care physician*" [Title/Abstract] OR "family doctor*" [Title/Abstract] OR "family nurse*" [Title/Abstract] OR "family physician*" [Title/Abstract] OR "community health" [Title/Abstract]) AND ("risk assessment*" [Title/Abstract] OR "screen*" [Title/Abstract])	("sexual behavio*" [Title/Abstract] OR "sexual health" [Title/Abstract] OR "sexually transmitted infection*" [Title/Abstract] OR "venereal disease*" [Title/Abstract] OR STI[Title/Abstract] OR STIs[Title/Abstract] OR STDs [Title/Abstract] OR "sexually transmitted disease*" [Title/Abstract]) AND ("primary care" [Title/Abstract] OR "general practi*" [Title/Abstract] OR "family practi*" [Title/Abstract] OR "primary care nurs*" [Title/Abstract] OR "primary health care" [Title/Abstract] OR "primary healthcare" [Title/Abstract] OR "general practice physician*" [Title/Abstract] OR "primary care physician*" [Title/Abstract] OR "family doctor*" [Title/Abstract] OR "family nurse*" [Title/Abstract] OR "family physician*" [Title/Abstract]) AND ("risk reduction" [Title/Abstract] OR "risk reduction intervention*" [Title/Abstract] OR "risk reduction behavio*" [Title/Abstract] OR "early medical intervention*" [Title/Abstract] OR "brief intervention*" [Title/Abstract])
Cochrane Library (équations termes MeSH)	([mh "sexual behavior"] or [mh "sexual health"] or [mh "sexually transmitted diseases"]) and ([mh "primary healthcare"] or [mh "community health services"] or [mh "general practice"] or [mh "general practitioners"] or [mh "family practice"] or [mh "family nurse practitioners"] or [mh "physicians, family"] or [mh "OR primary care physicians"] or [mh "primary care nursing"]) and ([mh "risk assessment"])	([mh "sexual behavior"] or [mh "sexual health"] or [mh "sexually transmitted diseases"]) and ([mh "primary health care"] or [mh "general practice"] or [mh "general practitioners"] or [mh "family practice"] or [mh "primary care nursing"] or [mh "community health services"] or [mh "primary care physicians"] or [mh "physicians, family"] or [mh "family nurse practitioners"]) and ([mh "risk reduction behavior"] or [mh "early medical intervention"])
Cochrane Library (équations termes non-MeSH)	("sexual behavio*":ti,ab,kw or "sexual health":ti,ab,kw or "sexually transmitted infection*":ti,ab,kw or "venereal disease*":ti,ab,kw OR STI:ti,ab,kw or STIs or STD*:ti,ab,kw or "sexually transmitted disease*":ti,ab,kw) and ("primary care":ti,ab,kw or "general practi*":ti,ab,kw or "family practi*":ti,ab,kw or "primary care nurs*":ti,ab,kw or "primary health care":ti,ab,kw or "primary healthcare":ti,ab,kw or "general practice physician*":ti,ab,kw or "primary care physician*":ti,ab,kw or "family doctor*":ti,ab,kw or "family nurse*":ti,ab,kw or "family physician*":ti,ab,kw or "community health":ti,ab,kw) and ("risk assessment*":ti,ab,kw or "screen*":ti,ab,kw)	("sexual behavio*":ti,ab,kw or "sexual health":ti,ab,kw or "sexually transmitted infection*":ti,ab,kw or "sexually transmitted disease*":ti,ab,kw or "venereal disease*":ti,ab,kw or STI:ti,ab,kw or STIs:ti,ab,kw or STD:ti,ab,kw or STDs:ti,ab,kw) and ("primary care":ti,ab,kw or "family practi*":ti,ab,kw or "general practi*":ti,ab,kw or "primary care nurs*":ti,ab,kw or "community health":ti,ab,kw or "primary health care":ti,ab,kw or "primary healthcare":ti,ab,kw or "primary care physician*":ti,ab,kw or "general practice physician*":ti,ab,kw or "family doctor*":ti,ab,kw or "family physician*":ti,ab,kw or "family nurs*":ti,ab,kw) and ("risk reduction":ti,ab,kw or "risk reduction intervention*":ti,ab,kw or "brief intervention*":ti,ab,kw or "risk reduction behavio*":ti,ab,kw or "early medical intervention*":ti,ab,kw)
EBSCOhost (PsycARTICLES, PBSC, PsycINFO, SocINDEX) (Recherche AB Résumé)	("sexual behavio*" OR "sexual health" OR "sexually transmitted infection*" OR "sexually transmitted disease*" OR "STD*" OR "STI" OR "STIs" OR "venereal disease*") AND ("primary care" OR "general practi*" OR "family practi*" OR "primary care nurs*" OR "primary health care" OR "primary healthcare" OR "general practice physician*" OR "primary care physician*" OR "family doctor*" OR "family nurse*" OR "family physician*" OR "community health") AND ("risk assessment" OR "screen*")	("sexual behavio*" OR "sexual health" OR "sexually transmitted infection*" OR "sexually transmitted disease*" OR "STD" OR "STDs" OR "STI" OR "STIs" OR "venereal disease*") AND ("primary care" OR "primary health care" OR "primary healthcare" OR "general practi*" OR "family practi*" OR "primary care nurs*" OR "community health" OR "general practice physician*" OR "primary care physician*" OR "family doctor*" OR "family physician*" OR "family nurse*") AND ("risk reduction" OR "risk reduction intervention*" OR "brief intervention*" OR "risk reduction behavio*" OR "early medical intervention*")
SCOPUS	TITLE-ABS ("sexual behavio*" OR "sexual health" OR "sexually transmitted infection*" OR "sexually transmitted disease*" OR "STI" OR "STIs" OR "STD*" OR "venereal disease*") AND TITLE-ABS ("primary care" OR "general practi*" OR "family practi*" OR "primary care nurs*" OR "primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary care physician*" OR "general practice physician*" OR "family doctor*" OR "family nurse*" OR "family physician*" OR "community health") AND TITLE ("assess*" OR "screen*")	TITLE-ABS-KEY (("sexual behavio*" OR "sexual health" OR "sexually transmitted infection*" OR "sexually transmitted disease*" OR "STI" OR "STD" OR "STIs" OR "STDs" OR "venereal disease*") AND ("primary care" OR "general practi*" OR "family practi*" OR "primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary care nurs*" OR "community health" OR "primary care physician*" OR "general practice physician*" OR "family physician*" OR "family nurs*" OR "family doctor*") AND ("risk reduction" OR "risk reduction intervention*" OR "brief intervention*" OR "risk reduction behavio*" OR "early medical intervention*"))
Google Scholar	allintitle: (("sexual behavior" OR "sexual health" OR "STD" OR "STI" OR "sexually transmitted infection*" OR "sexually transmitted disease*" OR "venereal disease*" OR "STDs" OR "STIs") AND "risk assessment")	allintitle: (("sexual behavio*" OR "sexual health" OR "STD" OR "STI" OR "sexually transmitted infection*" OR "sexually transmitted disease*" OR STDs OR STIs OR "venereal disease*") AND "risk reduction")
CAIRN	("sexual behavio*" OR "sexual health" OR "sexually transmitted infection*" OR "sexually transmitted disease*" OR "STI" OR "STD" OR "STIs" OR "STDs" OR "venereal disease*") AND ("primary care" OR "general practi*" OR "family practi*" OR "primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary care nurs*" OR "community health" OR "primary care physician*" OR "general practice physician*" OR "family physician*" OR "family nurs*" OR "family doctor*") AND ("risk assessment" OR "screen*")	("sexual behavio*" OR "sexual health" OR "sexually transmitted infection*" OR "sexually transmitted disease*" OR "STI" OR "STD" OR "STIs" OR "STDs" OR "venereal disease*") AND ("primary care" OR "general practi*" OR "family practi*" OR "primary health care" OR "primary healthcare" OR "primary care nurs*" OR "community health" OR "primary care physician*" OR "general practice physician*" OR "family physician*" OR "family nurse*" OR "family doctor*") AND ("risk reduction" OR "risk reduction intervention*" OR "brief intervention*" OR "risk reduction behavio*" OR "early medical intervention*")

Annexe 2 : liste des pays membres de l'OCDE

	ALLEMAGNE		GRÈCE		NOUVELLE-ZÉLANDE
	AUSTRALIE		HONGRIE		PAYS-BAS
	AUTRICHE		IRLANDE		POLOGNE
	BELGIQUE		ISLANDE		PORTUGAL
	CANADA		ISRAËL		ROYAUME-UNI
	CHILI		ITALIE		RÉPUBLIQUE SLOVAQUE
	CORÉE		JAPON		RÉPUBLIQUE TCHÈQUE
	DANEMARK		LETTONIE		SLOVÉNIE
	ESPAGNE		LITUANIE		SUISSE
	ESTONIE		LUXEMBOURG		SUÈDE
	FINLANDE		MEXIQUE		TURQUIE
	FRANCE		NORVÈGE		ÉTATS-UNIS

Source : OCDE. [Cité 17 juin 2019]. Notre rayonnement mondial. [Internet]. Disponible sur: <http://www.oecd.org/fr/apropos/membres-et-partenaires/>

Annexe 3 : Tableau de présentation des études incluses pour le repérage des comportements à risque d'infections sexuellement transmissibles

Article	Cadre de l'étude	Méthode	Population	Description de l'outil (ou des outils)	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Bigrigg et al., 2005	Service de MGU (équivalent CeGIDD) Service de planification familiale UK (Écosse)	Étude de validation d'un outil sur critères d'acceptabilité : taux de divulgation, évaluation par les patients et les intervenants (questionnaire), + forum ouvert (résultats bruts non rapportés pour ce critère)	n = 1329 47% < 25 ans 3% > 45 ans SR : 89% femmes, 11% hommes	Questionnaire Sandyford Initiative Health Screen : *questionnaire structuré systématique *35 items abordant la demande initiale du patient, les comportements sexuels à risque, des problèmes gynécologique/andrologique/sexologique et des problématiques de santé globale, utilisé en consultation par un professionnel de santé ayant reçu une formation spécifique	*Taux de divulgation : -Changement de partenaire dans l'année précédente : °26% des femmes du planning familial °52% des femmes et 69% des hommes du service de MGU -Utilisation du préservatif : °Autre que "toujours" : 78 % des femmes du planning familial, 85 % des femmes et 83% des hommes du service de MGU. °Jamais : 33% des participants *Évaluation de l'outil par les participants : 73% considéraient que le questionnaire avait un intérêt, 1% qu'il pouvait offenser, 20% ont été surpris par les questions	Score ROBINS-I : d1 : NC d2 : élevé d3 : NC d4 : bas d5 : NI d6 : élevé d7 : NI => Global : élevé

DS : Dérivation Standard — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — IC95 : Intervalle de confiance à 95% —SR : Sex ratio

NC : Non concerné — NI : No information (= indéterminé)

MGU : Médecine génito-urinaire — UK : Royaume-Uni — USA : États-Unis d'Amérique

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Score QUADAS 2 : évalue les risques de biais des études diagnostiques liés à la sélection des patients (D1 A et B), au test index (D2 A et B), au test de référence choisi (D3 A et B) et au schéma de l'étude et déroulé temporel (D4)

<p>Gerbert et al. 1998 (Phase 1)</p>	<p>*Sites à haut risque VIH : - 1 centre administration méthadone - 2 centres de dépistage des IST (équivalent CEGIDD) *Sites à bas risque VIH : - 1 centre de don du sang USA</p>	<p>Étude de développement d'un outil de repérage sur données épidémiologiques</p> <p>Questionnaire auto-administré de 18 items (facteurs de risque pertinents et discriminants, issus de la littérature) donnant un "HIV-score" sur 18 + 6 questions démographiques</p> <p>Analyse de la corrélation item-total pour chaque item et comparaison entre les deux populations (détermination des indicateurs discriminants)</p>	<p>n = 293 (dont 29 refus de participer, 7 exclus après remplissage du questionnaire)</p> <p>Différences significatives entre les 3 populations sur tous les critères excepté le genre</p>	<p>Outil développé suite aux résultats d'analyse</p> <p>cf. figure 2 en Annexe 5</p>	<p>*Corrélation item-total significative pour tous les items sauf : rapports sexuel avec un hémophile et test VIH positif</p> <p>*Différences significatives entre population à haut risque et population à bas risque pour : - > ou = 2 partenaires sexuels dans les 10 dernières années, - rapports anaux, - utilisation inconstante de préservatifs lors de rapports anaux, - rapports avec partenaire à haut risque (UDI, antécédents d'IST) - utilisation de crack, - antécédent d'IST, - rapport sexuel avec un(e) prostitué(e) - rapports en échange d'argent/de drogues. p < 0.0001 sauf pour rapport sexuel avec un partenaire VIH + (p < 0.004)</p> <p>*Élimination des 7 items avec la corrélation item-total la plus faible (rapport vaginal, utilisation inconstante de préservatif lors rapport vaginal, rapports oro-génitaux, utilisation inconstante d'un préservatif pour rapport oro-génital, rapport sexuel avec partenaire VIH+ et les deux items non significatifs). NB : "rapport sexuel avec un partenaire VIH +" retiré car faible prévalence et redondance avec d'autres items. Suppression item "utilisation de crack" car pas comportement sexuel à risque en soi et association autres comportements à risque (98% cas)</p>	<p>Score ROBINS-I :</p> <p>d1 : modéré d2 : élevé d3 : bas d4 : bas d5 : bas d6 : modéré d7 : bas</p> <p>=> Global : élevé</p>
--------------------------------------	---	---	--	--	---	--

DS : Dérivation Standard — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — IC95 : Intervalle de confiance à 95% — SR : Sex ratio

NC : Non concerné — NI : No information (= indéterminé)

MGU : Médecine génito-urinaire — UK : Royaume-Uni — USA : États-Unis d'Amérique

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Score QUADAS 2 : évalue les risques de biais des études diagnostiques liés à la sélection des patients (D1 A et B), au test index (D2 A et B), au test de référence choisi (D3 A et B) et au schéma de l'étude et déroulé temporel (D4)

						<p>*Au total, 10 items ont été sélectionnés. Coefficient KR-20 = 0.73</p>
--	--	--	--	--	--	--

DS : Dérivation Standard — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **IC95** : Intervalle de confiance à 95% — **SR** : Sex ratio

NC : Non concerné — **NI** : No information (= indéterminé)

MGU : Médecine génito-urinaire — **UK** : Royaume-Uni — **USA** : États-Unis d'Amérique

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Score QUADAS 2 : évalue les risques de biais des études diagnostiques liés à la sélection des patients (D1 A et B), au test index (D2 A et B), au test de référence choisi (D3 A et B) et au schéma de l'étude et déroulé temporel (D4)

Article	Cadre de l'étude	Méthode	Population	Description de l'outil (ou des outils)	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Gerbert et al. 1998 (Phase 2)	4 cliniques de soins primaires USA	Étude de validation d'un outil diagnostique de repérage sur critères d'acceptabilité Étude de l'effet de la confidentialité sur la divulgation de facteurs de risque	n = 459 (dont 162 refus de participer, 9 exclus après remplissage du questionnaire) Age moyen = 39 ans 55% de femmes, 45% d'hommes 3% niveau d'éducation inférieur au lycée 60% niveau d'étude universitaire 6% sans emploi	HIV-Risk Screening Instrument : questionnaire auto-administré en salle d'attente de 10 items dichotomiques évaluant les comportements sexuels à risque Permet le calcul d'un score	* Taux de divulgation : 76% des patients déclarent 1 comportement à risque, 52% 2 ou plus * Évaluation de l'outil par les participants : instructions simples à suivre (99%), à l'aise avec les questions (95%), 99% déclarent qu'ils ont été sincères dans leurs réponses, 78% estiment important que leur médecin connaisse les réponses, 52% souhaitent en discuter en consultation. Pas d'effet significatif de la confidentialité sur le score total	Score ROBINS-I : d1 : élevé d2 : élevé d3 : bas d4 : bas d5 : bas d6 : modéré d7 : bas => Global : élevé
Manavi et al., 2006	Service de MGU (équivalent CeGIDD) UK (Écosse)	Étude de validation d'un outil sur la base d'un essai diagnostique versus Gold Standard : sérologie VIH	n= 3337 *3308 VIH - : 1931 hommes de 28 ans d'âge médian (23-35), 1379 femmes de 24 ans d'âge médian (21-29) *29 VIH + : 20 hommes de 40,5 ans d'âge médian (30-46) et 9 femmes de 27 ans d'âge médian (23-31)	Edinburgh Risk Assessment Table for HIV Testing : questionnaire de 10 items dichotomiques évaluant les comportements sexuels à risque	* Performances : - sensibilité : 93% (IC95 [81-99%]) - spécificité : 79% (IC95 [78-81%]). - valeur prédictive négative : 99,9%. (IC95 [99,9-100%]) - valeur prédictive positive : 3% (IC95 [1-4%])	Score QUADAS 2: D1.A : NI D1.B : bas D2.A : bas D2.B : bas D3.A : bas D3.B : élevé D4.A : NI

DS : Dérivation Standard — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — IC95 : Intervalle de confiance à 95% —SR : Sex ratio

NC : Non concerné — NI : No information (= indéterminé)

MGU : Médecine génito-urinaire — UK : Royaume-Uni — USA : États-Unis d'Amérique

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Score QUADAS 2 : évalue les risques de biais des études diagnostiques liés à la sélection des patients (D1 A et B), au test index (D2 A et B), au test de référence choisi (D3 A et B) et au schéma de l'étude et déroulé temporel (D4)

Article	Cadre de l'étude	Méthode	Population	Description de l'outil (ou des outils)	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Patel et al, 2008	USA	Revue narrative de la littérature ayant pour objectif de décrire la nature du processus de prise de décision menant à un comportement sexuel à risque et de proposer des recommandations à l'attention des professionnels de santé de soins primaires afin d'identifier et de prendre en charge les patients à risque		<p>Algorithme de 1 à 6 étapes permettant de classer les individus en 3 niveaux de risque caractérisés par une conduite à tenir spécifique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas à risque : éducation - risque faible : éducation et dépistage VIH/IST - risque élevé : éducation/prise de conscience, dépistage VIH/IST, conseil personnalisé et suivi 	<p>Résultats principaux issus des articles décrits par la revue ayant permis la proposition de recommandations :</p> <p>4 patterns comportementaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 à bas risque : usage constant du préservatif depuis toujours, passage d'un usage inconstant à un usage constant suite à un événement de vie. - 2 à haut risque : usage inconstant du préservatif, passage d'un usage constant à un usage inconstant avec l'évolution d'une relation (confiance, confort). 	NC

DS : Dérivation Standard — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — IC95 : Intervalle de confiance à 95% —SR : Sex ratio

NC : Non concerné — NI : No information (= indéterminé)

MGU : Médecine génito-urinaire — UK : Royaume-Uni — USA : États-Unis d'Amérique

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Score QUADAS 2 : évalue les risques de biais des études diagnostiques liés à la sélection des patients (D1 A et B), au test index (D2 A et B), au test de référence choisi (D3 A et B) et au schéma de l'étude et déroulé temporel (D4)

Article	Cadre de l'étude	Méthode	Population	Description de l'outil (ou des outils)	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Fisher et al., 2014	Clinique de soins primaires pour adolescents (financement public) USA	Résultats préliminaires d'une étude de validation d'un outil basée sur des critères d'acceptabilité	n = 232 Age moyen : 18,6 ans (14-21; DS 1.8) SR : 77% de femmes , 33% d'hommes Population issue de foyers à faibles revenus	Sexual Health History Calendar (SHHC) remis par un infirmier lors de la consultation d'admission, rempli en salle d'attente puis exploité au cours d'une seconde consultation par l'infirmière en charge du projet.	*Remplissage : - 89,2% ont rempli le calendrier sans souci - 7,3% ont rempli le calendrier partiellement (distractions ou manque d'intimité) - 3,4% n'ont pas rempli le calendrier en salle d'attente mais ont accepté de le faire pendant la consultation (étaient accompagnés, avaient des difficultés à remplir le calendrier ou présentaient des limitations) *Évaluation satisfaction par échelles de Likert (1 - 5) : - facilité modérée à se rappeler (moyenne = 3.7; DS = 1.02) - facilité à écrire les informations sur le calendrier (moyenne = 4.25 ; DS = 0.91) - facilite le dialogue avec l'infirmière concernant leurs comportements à risque (moyenne = 4.31; DS = 0.77)	Score ROBINS-I : d1 : NC d2 : NI d3 : NC d4 : élevé (direction : sous-estimation de l'acceptabilité sur les critères de remplissage) d5 : NI d6 : modéré d7 : risque faible => Global : élevé

DS : Dérivation Standard — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **IC95** : Intervalle de confiance à 95% — **SR** : Sex ratio

NC : Non concerné — **NI** : No information (= indéterminé)

MGU : Médecine génito-urinaire — **UK** : Royaume-Uni — **USA** : États-Unis d'Amérique

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Score QUADAS 2 : évalue les risques de biais des études diagnostiques liés à la sélection des patients (D1 A et B), au test index (D2 A et B), au test de référence choisi (D3 A et B) et au schéma de l'étude et déroulé temporel (D4)

<p>Victor et al., 2015</p> <p>(Présentation des résultats et analyse de la qualité restreintes à la phase de validation)</p>	<p>Clinique de soins primaires pédiatrique</p> <p>USA</p>	<p>Etude de développement d'un outil de repérage sur données épidémiologiques et de validation d'un test diagnostique versus Gold Standard : antécédent d'IST (déclaratif mais documentation retrouvée dans 94% des cas)</p>	<p>n = 200</p> <p>Age moyen : 15.9 (DS : 1.4)</p> <p>SR : 103 filles, 97 garçons</p> <p>178 hétérosexuels</p>	<p>Brief Sexual Health Screening (BSHS) : questionnaire auto-administré sur support papier ou numérique, composé de 5 questions dichotomiques (dont 3 ont fait l'objet d'une évaluation des performances), permettant le calcul d'un score sur 5.</p> <p>NB : l'item évalué correspondant à l'utilisation inconstante du préservatif lors de rapports vaginaux ou anaux a été remplacé dans l'outil final par une question interrogeant l'utilisation inconstante du préservatif lors de rapports vaginaux.</p> <p>Le BSHS n'a pas été évalué sous sa forme finale dans cette étude.</p>	<p>*Questions associées avec antécédent déclaré d'IST :</p> <ul style="list-style-type: none"> - a. Avez-vous déjà eu un rapport sexuel vaginal ou anal au moins une fois dans votre vie ? - b. Avez-vous déjà eu un rapport vaginal sans utiliser un préservatif ? - c. Est-ce que tous ou presque tous vos amis ont déjà eu des rapports sexuels vaginaux ? <p>*Performances diagnostiques questions a et b :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sensibilité : 94%, spécificité : 74% - valeur prédictive négative : 99%, valeur prédictive positive : 25% <p>Performances diagnostiques questions a, b et c :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sensibilité : 71%, spécificité : 90% - valeur prédictive négative : 97%, valeur prédictive positive : 38% <p>Alpha de Cronbach : 0,7 pour les 5 items du BSHS</p> <p>Critère de jugement secondaire : 41 discordances retrouvées, dont 49% concernant les comportements sexuels (70% concernant le nombre de partenaires, notamment 57% qui avaient déclaré à leur pédiatre n'avoir jamais eu d'activité sexuelle, 15% concernant l'utilisation de préservatifs, 10% concernant un antécédent de grossesse non désirée et 5% concernant le fait d'avoir eu un rapport sexuel en échange de drogue ou d'argent).</p>	<p>Score QUADAS 2 :</p> <p>D1.A : NI D1.B : NI D2.A : élevé D2.B : bas D3.A : bas D3.B : élevé D4.A : NI</p>
--	--	---	--	---	---	--

DS : Dérivation Standard — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **IC95** : Intervalle de confiance à 95% — **SR** : Sex ratio

NC : Non concerné — **NI** : No information (= indéterminé)

MGU : Médecine génito-urinaire — **UK** : Royaume-Uni — **USA** : États-Unis d'Amérique

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Score QUADAS 2 : évalue les risques de biais des études diagnostiques liés à la sélection des patients (D1 A et B), au test index (D2 A et B), au test de référence choisi (D3 A et B) et au schéma de l'étude et déroulé temporel (D4)

Article	Cadre de l'étude	Méthode	Population	Description de l'outil (ou des outils)	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Munro-Kramer, 2017	1 centre de santé pour population Arabo-Américaine, 1 clinique de dépistage des IST (équivalent CEGIDD), 1 centre de santé universitaire USA	ERC multicentrique évaluant l'effet du SREHC (calendrier) versus GAPS (questionnaire) sur les attitudes, sentiments, intentions vis-à-vis des comportements sexuels et sur les comportements sexuels à risque effectifs Suivi à 3, 6 et 12 mois : évaluation des comportements à risque par un questionnaire adapté du Youth Risk Behavior Surveillance Survey. Evaluation des attitudes, sentiments et intentions grâce à des échelles de Lickert.	n = 186 patients (103 bras SREHC, 83 bras GAPS) Age moyen : 19.61 (DS 2.61) SR: 57,5% de femmes, 42,5% d'hommes 93,4% d'étudiants	Sexual risk event history calendar (SREHC) rempli en salle d'attente par le participant puis exploité pendant la consultation avec un infirmier, un médecin ou un assistant médical	Interaction entre le groupe et l'intention concernant l'utilisation préservatifs lors de rapports sexuels dans les 3 prochains mois, évaluée par modèle linéaire mixte, le groupe SREHC étant le groupe de base : Estimate (SE) : - 0.31 (0.13) t (dF) : - 2.4 (280) p = 0.02 (< 0.05)	Score RoB2: D1 : élevé D2 : élevé D3 : douteuses D4 : bas D5 : bas => Global : élevé

DS : Dérivation Standard — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — IC95 : Intervalle de confiance à 95% —SR : Sex ratio

NC : Non concerné — NI : No information (= indéterminé)

MGU : Médecine génito-urinaire — UK : Royaume-Uni — USA : États-Unis d'Amérique

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Score QUADAS 2 : évalue les risques de biais des études diagnostiques liés à la sélection des patients (D1 A et B), au test index (D2 A et B), au test de référence choisi (D3 A et B) et au schéma de l'étude et déroulé temporel (D4)

Annexe 4 : Tableau de présentation des études incluses pour les interventions de réduction des comportements à risque d'infections sexuellement transmissibles

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Boekeloo et al. (1999)	Services de consultation de pédiatrie générale au sein de réseaux de santé gérés par des assurances USA	ERC en 2 bras multicentrique Adolescent(e)s âgé(e)s de 12 à 15 ans consultant pour un examen général de santé n = 215	* Intervention très brève éducative unique intégrée à la consultation *Programme ASSESS (Awareness, Skills, Self-Efficacy/Self-esteem, Social support) *Cadre théorique : Théorie sociocognitive et théorie de l'action raisonnée *Message principal : rapports non protégés dangereux, rapports protégés plus sûrs et abstinence le plus sûr en termes d'IST *Utilisation d' outils éducatifs en consultation *Mis en œuvre par les pédiatres , ayant reçu un manuel et une session d'entraînement de 45mn avec un éducateur santé au préalable	Soins usuels	*Évaluation des comportements sexuels à risque par questionnaire *Suivi à 3 et 9 mois (questionnaire hétéro-administré) * Pourcentage d'adolescents ayant des rapports vaginaux : - 3 mois : 27% vs 20% [OR 2.46 ; IC95: 1.04-5.84] - 9 mois : 33% vs 29% [OR 1.64 ; IC95: 0.81-3.34] *Taux d'usage du préservatif lors du dernier rapport vaginal (adolescents sexuellement actifs) : - 3 mois : 92% vs 57% [OR: 18.05 ; IC95: 1.27-256.03] - 9 mois : 71% vs 70% [OR: 1.00 ; IC95: 0.31-3.24]	Score RoB2: D1 : doutes D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : doute => GLOBAL : doutes
Proude et al. (2004)	Cabinets de médecine générale Australie	ERC en 2 bras multicentrique Patients des cabinets de médecine générale âgés de 18 à 25 ans n = 312 (91% des personnes éligibles)	* Intervention très brève individuelle intégrée à la consultation de médecine générale *Cadre théorique : non précisé *À l'interrogatoire le médecin demande une autoévaluation du risque sexuel, puis conseil comportemental bref adapté aux réponses et distribution de ressources (documentation écrite, préservatifs...) *Délivrance par le médecin traitant	Abord d'un autre comportement à risque (tabac, drogue, alcool)	*Évaluation des comportements sexuels à risque (nouveau partenaire sexuel et absence d'usage du préservatif) *Suivi à 3 mois (questionnaire auto-administré) *Taux d'usage du préservatif lors des premiers rapports avec un(e) nouveau(elle) partenaire : - 73% vs 77% (p = 0.813)	Score RoB2: D1 : bas D2 : doutes D3 : bas D4 : élevé D5 : doutes => GLOBAL : élevé

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : urétrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
James et al. (1998)	Centre de consultation génito-urinaire (équivalent CeGIDD) UK	ERC en 3 bras monocentrique Adolescent(e)s à partir de 16 ans et adultes consultant pour la première fois ou plus de 6 mois après la dernière consultation n = 492 (60% des personnes éligibles)	*Intervention très brève unique individuelle (environ 20mn) *Cadre théorique : Théorie de l'apprentissage social de Bandura *Objectifs : réduction des comportements à risque, promotion de l'usage du préservatif et développement des compétences interpersonnelles à l'aide d'outils variés (bandes dessinées et jeux de rôle, rétroaction, mise à disposition d'une brochure "Talking about sex", de préservatifs et lubrifiants, pratique de l'usage du préservatif) *Délivrance par des conseillers en santé	Contrôle A : soins usuels Contrôle B : soins usuels + brochure "Talking about sex"	*Évaluation de l' utilisation du préservatif et du taux d'IST incidentes (NG, CT, syphilis, HSV, condylomes, UNG, trichomonose, VIH) *Suivi à 4 mois (questionnaire auto-administré) et à 18 mois (analyse des dossiers médicaux) *Diagnostic d' IST incidentes (nombre absolu) : 89 vs 111 vs 113 (p = 0.26) * Fréquence d'usage du préservatif : - partenaire régulier : pas de différence significative entre les groupes (p = 0.49) - partenaires occasionnels (concerne 50% des participants) : pas de différence significative entre les groupes (p = 0.25)	Score RoB2: D1 : élevé D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : douteuses => GLOBAL : élevé
Orr et al. (1996)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) et Centres de planification familiale USA	ERC en 2 bras multicentrique Adolescentes consultant pour des problématiques de santé reproductive et ayant une infection à C. trachomatis n = 112 (54% des personnes éligibles)	*Intervention très brève individuelle (10 à 20 minutes) *Cadre théorique : modèle des croyances en santé *Intervention conçue pour modifier les croyances, attitudes et compétences ayant démontré une influence sur les comportements liés au préservatif masculin *Professionnel délivrant l'intervention non précisé	Soins usuels + document écrit d'information	*Évaluation du taux d'infections à CT *Suivi à 6 mois (examen gynécologiques et prélèvement, questionnaire) * Infections à CT : 26% vs 17% (p = 0.3) * Usage du préservatif : OR 2.8 [IC95 : 1.1-7.1] ; p = 0.03.	Score RoB2: D1 : élevé D2 : bas D3 : bas D4 : douteuses D5 : douteuses => GLOBAL : élevé

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — OR : Odds Ratios — aOR : Adjusted Odds Ratios — eOR : Estimated Odds Ratios — RR : Risque Relatif — IC95 : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — CT : Chlamydia trachomatis — ENRC : Essai Non Randomisé Contrôlé — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — HSV : Herpes simplex virus — NG : Neisseria gonorrhoea — PCR : Polymerase Chain Reaction — PV : Prélèvement Vaginal — UK : Royaume-Uni — UNG : uréthrite non gonococcique — USA : États-Unis d'Amérique — VHB : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Metcalfe et al. (2005)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ERC en 2 bras multicentrique Patients âgés de 15 à 39 ans consultant pour un dépistage des IST et du VIH ayant eu des rapports anaux ou vaginaux dans les 3 mois précédents n = 3342 (43% des personnes éligibles)	*Intervention brève unique individuelle (durée environ 30mn) adaptée du projet RESPECT (projet RESPECT-2) *Cadre théorique : théorie de l'action raisonnée et théories socio-cognitives *Adaptation de l'intervention RESPECT à la réalisation d'un test de diagnostic rapide du VIH (résultat en 20-30mn) : session de conseil en prétest, et session post-test immédiatement après le résultat. Couplage aux recommandations du CDC, intégration de techniques apparentées à l'entretien motivationnel *Délivrance par des conseillers en santé	Protocole RESPECT classique (1 session de conseil en pré-test et 1 session lors de l'annonce des résultats à J+7) (durée environ 40mn au total)	*Évaluation du taux d'IST incidentes (CT, NG et trichomonose) *Suivi toutes les 13 semaines pendant 12 mois (PCR CT et NG sur échantillon d'urines, PV pour trichomonose) *Concernant le taux d'incidence cumulée d'IST : - À 3 mois : 6.4% vs 5.9% [RR: 1.09 ; IC95: 0.84-1.43] - À 6 mois : 12.3% vs 10.3% [RR: 1.20 ; IC95: 0.99-1.46] - À 9 mois : 16.1% vs 13.6% [RR: 1.18 ; IC95: 1.00-1.40] - À 12 mois : 19.1% vs 17.1% [RR: 1.11 ; IC95: 0.96-1.29] - Analyses en sous-groupe en faveur d'une moins bonne efficacité chez les hommes	Score RoB2: D1 : bas D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : bas => GLOBAL : bas
Metsch et al. (2013)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ERC en 2 bras multicentrique Adultes de 18 ans et plus consultant au centre pour un dépistage des IST dont le VIH n = 5012 (99.5% des personnes éligibles)	*Intervention très brève unique individuelle (durée moyenne 28mn) associée à un test de dépistage rapide du VIH *Cadre théorique : non précisé *Conseil bref de réduction du risque centré sur le patient, discussion de ses comportements à risque spécifiques et négociation d'étapes de réduction du risque pour un plan concret et réaliste. Après l'annonce des résultats du test, rappel du plan de réduction des risques, orientations éventuelles et fourniture de préservatifs et lubrifiant *Délivrance par des conseillers en santé sexuelle habitués à délivrer RESPECT-2	Test de dépistage rapide et information simple selon les recommandations du CDC (durée moyenne 3 à 5 mn)	*Évaluation de l'incidence cumulée d'IST (syphilis, HSV, VIH, CT, NG, trichomonose) *Suivi à 6 mois (sérologies, PCR CT et NG sur prélèvement d'urine, prélèvement rectal chez les HSH et PV chez les femmes (+trichomonose)) *Taux incident d'IST : - de façon globale : 12.3% vs. 11.1% [aRR: 1.12 ; IC95: 0.94-1.33] - en analyses de sous-groupe : résultats significatifs uniquement chez les HSH : 18.7% vs 12.5% [aRR: 1.41 ; IC95: 1.05-1.90]	Score RoB2: D1 : bas D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : bas => GLOBAL : bas

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — OR : Odds Ratios — aOR : Adjusted Odds Ratios — eOR : Estimated Odds Ratios — RR : Risque Relatif — IC95 : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — CT : Chlamydia trachomatis — ENRC : Essai Non Randomisé Contrôlé — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — HSV : Herpes simplex virus — NG : Neisseria gonorrhoea — PCR : Polymerase Chain Reaction — PV : Prélèvement Vaginal — UK : Royaume-Uni — UNG : uréthrite non gonococcique — USA : États-Unis d'Amérique — VHB : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Carey et al. (2015)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ERC en 4 bras monocentrique Patients de 16 et plus consultant au centre pour un dépistage et présentant des comportements sexuels à risque dans les 3 derniers mois (rapports non protégés, partenaires multiples ou rapport avec une personne ayant des partenaires multiples) n = 1010 (76% des personnes éligibles)	*Intervention très brève unique individuelle par vidéo (environ 22mn) en complément de la consultation de dépistage réalisée par une IDE *Cadre théorique : modèle IMB, théorie de l'autodétermination, entretien motivationnel et théories socioconstructivistes de l'apprentissage *Messages clés : utilisation constante du préservatif et réduction du nombre de partenaires sexuels concomitants *Composantes informatives (prévalence VIH et IST, transmission et prévention du VIH), motivacionnelles (vignettes avec scénarios basés sur des recherches préalables, identification des freins à l'usage du préservatif et à la réduction du nombre de partenaires sexuels) et comportementales (compétences d'utilisation des préservatifs masculin ou féminin, démonstration par des scènes jouées pour les compétences communicationnelles de négociation pour utiliser le préservatif) *Séquences didactiques, entretiens individuels et séquences théâtrales *Évaluation parallèle de l'impact des questionnaires répétés sur les changements comportementaux (objectif secondaire) avec deux questionnaires possibles : un d'orientation santé sexuelle marqué et un de santé générale (avec dans les deux cas les questions	Vidéo de santé générale (activité physique, nutrition, tabac, alcool, stress et risque sexuel de façon brève du fait du cadre de l'étude) Questionnaire de santé générale	*Évaluation des comportements sexuels à risque (nombre de partenaires sexuels, partenaires sexuels concomitants, nombre de rapports non protégés avec des partenaires stables et avec des partenaires occasionnels) et taux d'IST incidentes *Suivi à 3 mois, 6 mois, 9 mois et 12 mois (ACASI et PCR CT et NG sur échantillon d'urines + analyse du dossier pour d'autres IST) *Comportements sexuels à risque : - Pas de différence significative entre les groupes : effet de l'intervention Wald χ^2 (4) = 1.94, p = 0.75 et effet du questionnaire Wald χ^2 (4) = 4.14, p = 0.39 - Diminution significative des comportements à risque pour l'ensemble des participants sur l'ensemble de la période de suivi (12 mois vs inclusion): °Nombre de partenaires sexuels : 1.83 vs 2.56 (p < 0.05) °Concomitance de plusieurs partenaires sexuels : 30% vs 48% (p < 0.05) °Rapports non protégés : 13.48 vs 15.87 (p < 0.05) *Taux d'IST incidentes : ° Pas d'impact de l'intervention et/ou du questionnaire sur le taux d'IST incidentes	Score RoB2: D1 : bas D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : bas => GLOBAL : bas

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : urétrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
			permettant d'évaluer le critère de jugement principal)			
Cohen et al. (1992)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ENRC en 2 bras monocentrique Patients consultant au centre pour un dépistage des IST n = 551 (mais résultats uniquement pour 426)	*Intervention très brève unique en groupe administrée en salle d'attente *Pas de cadre théorique précisé *Discussion en groupe sur l'usage du préservatif, présentation d'un film (Let's Do Something Different) montrant que l'usage du préservatif est socialement acceptable et session de jeu de rôle de négociation pour utiliser le préservatif. Présentation des méthodes de prévention des IST, du préservatif, des raisons avancées pour ou contre l'utilisation du préservatif et distribution d'un flyer montrant comment utiliser le préservatif *Délivrance par une éducatrice en santé	Absence d'intervention (salle d'attente "classique")	*Analyse stratifiée sur le sexe en raison de différences significatives entre les groupes *Évaluation du taux d'IST incidentes (NG, CT, syphilis, UNG, primo-infection herpétique, inflammation pelvienne, condylomes, trichomonose ou encore contact avec une personne atteinte de NG, CT ou syphilis sans préservatif) *Suivi entre 7 et 9 mois (analyse des dossiers cliniques) *Taux d'IST incidentes : 6.3% vs 13.1% [RR: 0.49, p < 0.05] *Plusieurs patients ont présenté des co-infections, et 14% des patients du groupe intervention et 26% du groupe contrôle ont eu plusieurs épisodes successifs	Score ROBINS-1: d1 : bas d2 : bas d3 : bas d4 : bas d5 : modéré d6 : bas d7 : bas => GLOBAL : modéré

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : urétrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
O'Donnell et al. (1998)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ENRC en 3 bras monocentrique Hommes Afro-Américains ou Latino-Américains âgés d'au moins 17 ans consultant au centre de dépistage n= 2004 (96% des personnes éligibles)	*Intervention très brève par vidéo (Let's Do Something Different ou Pourquoi Si) associée ou non à un groupe de discussion *Cadre théorique : non précisé * Information sur les IST, présentation d' attitudes positives envers le préservatif et modélisation de stratégies culturellement adaptées. Permet de déclencher les sessions interactives dans l'intervention vidéo + discussion	Soins usuels	*Évaluation du taux d'IST incidentes *Suivi en moyenne 17 mois par vérification de la base de données de surveillance des IST de la ville 4 fois/an *Le taux d'IST incidentes était de 24.2% - Concernant la différence entre les patients ayant vu la vidéo et le groupe contrôle : 22.5% vs 26.8%, p < 0.04 - Concernant la différence entre le groupe vidéo seule et le groupe vidéo + discussion : pas de différence significative	Score ROBINS-1: d1 : bas d2 : bas d3 : bas d4 : bas d5 : NI d6 : bas d7 : bas => GLOBAL : NI (jugé plutôt bas à modéré)
Warner et al. (2008)	Centres de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ENRC en 2 bras multacentrique Tous les patients consultant dans les centres n = 38635	*Intervention très brève (23 minutes) par vidéo diffusée en salle d'attente (Safe in the City) *Cadre théorique : non précisé *Incorpore des messages clés de prévention des IST, de promotion du préservatif à l'aide de vignettes représentant des jeunes couples d'origines ethniques et orientations sexuelles diverses, démonstration de l'application adaptée du préservatif	Absence d'intervention (salle d'attente "classique")	*Évaluation du taux d'IST incidentes confirmées par analyses de laboratoires (NG, CT, trichomonose, syphilis précoce, VIH) *Suivi de 14.8 mois en moyenne (extraction des données des dossiers) *Un diagnostic d'IST a été confirmé chez 2042 patients (5.3%) : - 4.9% vs 5.7% ; HR 0.91 [IC95 : 0.84-0.99]	Score ROBINS-1: d1 : bas d2 : bas d3 : bas d4 : bas d5 : bas d6 : bas d7 : bas => GLOBAL : bas

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — OR : Odds Ratios — aOR : Adjusted Odds Ratios — eOR : Estimated Odds Ratios — RR : Risque Relatif — IC95 : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — CT : Chlamydia trachomatis — ENRC : Essai Non Randomisé Contrôlé — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — HSV : Herpes simplex virus — NG : Neisseria gonorrhoea — PCR : Polymerase Chain Reaction — PV : Prélèvement Vaginal — UK : Royaume-Uni — UNG : urétrite non gonococcique — USA : États-Unis d'Amérique — VHB : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Crosby et al. (2009)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ERC en 2 bras monocentrique Hommes âgés de 18 à 29 ans s'identifiant comme Afro-américains , avec un diagnostic positif d'IST autre que le VIH à l'inclusion, ayant utilisé un préservatif masculin au moins une fois lors d'un rapport vaginal dans les 3 mois précédents n = 266 (91% des personnes éligibles)	*Intervention brève unique individuelle (durée entre 45 et 50mn) en plus du message recommandé lors des dépistages par le CDC *Cadre théorique : modèle IMB *Travail sur 3 composantes : Informations concernant la qualité de l'usage du préservatif (taille et forme, danger des lubrifiants non aqueux avec démonstration), travail motivationnel tout au long de la session (le préservatif est présenté comme un investissement sur son avenir, compatible avec le plaisir sexuel, prise de conscience de la disproportion de cas chez les Afro-américains) et travail sur les comportements et compétences (démonstration et pratique de l'usage du préservatif, compétences communicationnelles). Préservatifs gratuits à disposition. *Délivrance par un pair sélectionné et entraîné	Soins usuels	*Évaluation du taux de réinfection par une IST à 6 mois *analyse multivariée sur le revenu mensuel, le nombre d'IST diagnostiquées à l'inclusion -1 seule vs coinfection-, les scores de suivi pour les compétences d'utilisation du préservatif et d'usage du préservatif au dernier rapport *Suivi à 3 mois (ACASI pour critères de jugement secondaires) et à 6 mois (analyse des dossiers médicaux) *Incidence cumulée des IST à 6 mois : 31.9% vs 50.4% [aOR : 0.32 ; IC95: 0.12-0.86]	Score RoB2: D1 : bas D2 : bas D3 : bas D4 : douteuses D5 : bas => GLOBAL : douteuses

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : urétrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Crosby et al. (2014)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ERC en 2 bras multicentrique Adolescents et jeunes hommes consultant au centre, âgés de 15 à 23 ans s'identifiant comme Afro-américains et ayant eu des rapports sexuels avec pénétration au moins une fois dans les 2 mois précédant l'inclusion n = 702	*Intervention brève unique individuelle (maximum 60mn) *Programme Focus on the Future modifié *Cadre théorique : modèle IMB *Les objectifs sont construire un lien (objectif du participant pour l'avenir), faire prendre conscience du taux disproportionné d'Afro-américains dans les cas de VIH et autres IST (posters, graphiques), capitaliser sur l'expérience positive d'utilisation du préservatif et/ou sur des comportements positifs existants, permettre une pratique guidée de l'application et de l'usage corrects du préservatif (sur modèles anatomiques, liste de 8 étapes, utilisation de lubrifiant), expliquer que planifier et négocier l'usage du préservatif est important pour la prévention du VIH (jeux de rôles), résumer la session. Accès gratuit à des préservatifs après l'intervention *Délivrance par des éducateurs en santé	Présentation de 40 diapositives sur l'anatomie reproductive, des informations basiques sur les IST et une diapositive de prévention sans développement Réponses très brèves en cas de question (durée 48mn environ)	*Analyse multivariée sur les différences entre les groupes (âge, usage correct et consistant du préservatif, antécédent d'infection par CT/NG) *Évaluation du taux d'IST incidentes (CT et NG) et de l' usage correct et constant du préservatif (utilisation du préservatif pour 100% des rapports et sans erreur) dans les 2 mois précédents *Suivi à 2 mois (ACASI) et 6 mois (ACASI et PCR sur échantillon d'urines) * Taux d'IST incidentes : 9.4% vs 7.4% (p = 0.51) * Usage constant et correct du préservatif : -À 2 mois: 53.5% vs 49.6% [eOR: 1.39 ; IC95: 0.09-2.13 ; p = 0.14] -À 6 mois: 51.5% vs 46.9% [eOR: 1.63 ; IC95: 1.07-2.49 ; p = 0.02] -Analyse transversale : eOR: 1.49 ; IC95: 1.46-2.08 ; p = 0.02	Score RoB2: D1 : doute D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : bas => GLOBAL : doute

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — OR : Odds Ratios — aOR : Adjusted Odds Ratios — eOR : Estimated Odds Ratios — RR : Risque Relatif — IC95 : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — CT : Chlamydia trachomatis — ENRC : Essai Non Randomisé Contrôlé — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — HSV : Herpes simplex virus — NG : Neisseria gonorrhoea — PCR : Polymerase Chain Reaction — PV : Prélèvement Vaginal — UK : Royaume-Uni — UNG : urétrite non gonococcique — USA : États-Unis d'Amérique — VHB : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Dilley et al. (2002)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ERC en 4 bras monocentrique Hommes âgés de 18 à 49 ans se décrivant comme HSH , ayant déjà réalisé au moins une sérologie VIH négative dans les 6 mois précédents et ayant eu au moins 1 rapport anal non protégé avec un partenaire sérodiscordant (VIH+ ou inconnu) dans les 12 mois précédents n = 248 (43% des personnes éligibles)	*3 interventions testées (A1 étant le contrôle) : - A2 : conseil standard (inventaire des motifs de dépistage, statut VIH actuel, historique des dépistages, facteurs de risques, comportements pouvant être modifiés et moyens de prévention en attendant les résultats) + tenue d'un journal sexuel (pendant 90 jours, identifier le type de rapports sexuels, l'usage du préservatif, la relation avec le partenaire sexuel et le statut sérologique pour le VIH du partenaire) - B1 : conseil standard + intervention ciblant les justifications des rapports à risque (environ 1h, individuelle , divisée en 4 parties : introduction, récit détaillé d'un épisode récent, identification des justifications (parmi 102 justifications du questionnaire) et examen critique, puis conclusion) - B2 : conseil standard + intervention + tenue d'un journal sexuel *Délivrance par un professionnel en santé mentale	Groupe A1 : conseil VIH standard	*Évaluation du nombre de rapports anaux non protégés avec un partenaire occasionnel sérodiscordant dans les 90 jours précédents *Suivi à 6 mois et 12 mois (entretien) * Réduction du nombre de rapports anaux non protégés : - À 6 mois : ° A1 : pas de diminution significative ° A2 : -0.5 (p < 0.05) ; B1 : -3.20 (p < 0.001) ; B2 : -2.50 (p < 0.05) ° Différences significatives entre les groupes - À 12 mois : ° A1 : pas de diminution significative ° A2 : -1.5 (p < 0.001) ; B1 : -2.90 (p < 0.001) ; B2 : -2.90 (p < 0.05) ° Différences significatives entre les groupes	Score RoB2: D1 : bas D2 : bas D3 : bas D4 : douteuses D5 : bas => GLOBAL : douteuses

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : urétrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Dilley et al. (2007)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ERC en 2 bras monocentrique Hommes d'au moins 18 ans ayant déjà réalisé au moins une sérologie VIH négative dans les 6 mois précédents et ayant eu au moins 1 rapport anal non protégé avec un partenaire occasionnel sérodiscordant (VIH+ ou inconnu) dans les 12 mois précédents n = 305 (52% des personnes éligibles)	*Intervention brève unique individuelle en complément du conseil standard (environ 50mn au total) *Cadre théorique : théories cognitivistes *Intervention PCC (conseil cognitif personnalisé) ciblant les arguments employés pour justifier la décision de s'engager dans un rapport à haut risque par l'individu pour les identifier, accompagner la réflexion "à froid" à leur sujet et discuter d'alternatives pour gérer d'autres situations similaires. Utilisation du questionnaire SJQ-R (33 justifications possibles proposées) . Utilisation d'éléments de l'entretien d'explicitation (mise en évocation, narration complète, identification des justifications/raisonnement...) *Délivrance par un conseiller en santé spécialisé dans le dépistage du VIH certifié et expérimenté (intervention déjà validée lorsque délivrée par un professionnel de santé mentale)	Soins usuels (30mn en pré-test et 15-20mn en post-test environ)	*Évaluation du nombre de rapports anaux non protégés avec un partenaire occasionnel sérodiscordant dans les 90 jours précédents *Suivi à 6 mois (ACASI) et 12 mois (ACASI + sérologie VIH) * Nombre de rapports anaux non protégés : - À 6 mois : ° Groupe PCC : 1.9 vs 4.2 à l'inclusion (p < 0.001) ° Groupe contrôle : 4.3 vs 4.8 à l'inclusion (p = 0.069) ° Différence significative entre les 2 groupes (p = 0.029) - À 12 mois (comparé à 6 mois) : ° Groupe PCC : pas de différence significative (p = 0.181) ° Contrôle : 2.2 vs 4.3 (p < 0.001) ° Pas de différence significative entre les 2 groupes (p = 0.756)	Score RoB2: D1 : bas D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : bas => GLOBAL : bas

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : uréthrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Neumann et al. (2011)	Centres de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ENRC en 2 bras multicentrique Tous patients de plus de 18 ans consultant au centre de dépistage n = 3365	*Intervention brève (45 à 60mn) unique en groupes de 4 à 8 personnes (intervention VOICES/VOCES) *Cadre théorique : non précisé *Utilisation de vidéos culturellement spécifiques d'information sur les comportements à risque et le préservatif, discussions de groupe, jeux de rôle. Évaluation de la généralisabilité et de l'efficacité en pratique de soins (déjà validé chez patients Afro-Américains et Latino-Américains) *Délivrance par le personnel des centres de dépistage	Soins usuels	*Évaluation du taux d'IST incidentes *Suivi d'environ 17 mois (analyse de la base de données sur les IST) *Taux d'IST incidentes : 11.8% des participants - 10.1% vs 13.5% (HR 0.78 [IC95 : 0.64-0.96] ; p < 0.01)	Score ROBINS-1: d1 : bas d2 : bas d3 : bas d4 : bas d5 : bas d6 : bas d7 : bas => GLOBAL : bas

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : urétrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Kamb et al. (1998)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ERC en 4 bras multicentrique Patients hétérosexuels à partir de l'âge de 14 ans consultant pour un dépistage des IST dont une sérologie VIH n = 5758 (43% des personnes éligibles)	*Comparaison de 2 interventions individuelles d'intensité variable (projet RESPECT) : - intervention intensive en 4 sessions (200mn au total) : session 1 de 20 mn dans la visite initiale et 3 sessions de 60mn ensuite avec progressivité (plans de réduction des risques à court terme et en session 4 construction plan à long terme). Résultats de sérologie VIH en session 3 - Intervention brève en 2 sessions (20mn chacune) réalisés dans les 10 jours selon les recommandations du CDC. Session 1 identique dans les 2 interventions, session 2 discussion du résultat de sérologie et conseil supplémentaire, objectif d'évaluation du risque réel et perçu et identification des barrières à la réduction des risques *Cadre théorique : théorie de l'action raisonnée et théories sociocognitives *Délivrance par des conseillers en santé	Message didactique bref (soins usuels)	*Évaluation du taux d'IST incidentes (NG, CT, syphilis, VIH) et de la proportion de rapports sexuels vaginaux protégés *Suivi à 3 mois, 6 mois, 9 mois et 12 mois (prélèvements et entretiens) *Taux d'IST incidentes : - À 6 mois : ° 7.2% en intensif vs 10.4% [RR: 0.69 ; IC95: 0.54-0.88] ° 7.3% en brève vs 10.4% [RR: 0.71 ; IC95: 0.58-0.89] - À 12 mois : ° 11.5% en intensif vs 14.6% [RR: 0.78 ; IC95: 0,64-0,94] ° 12% en brève vs 14.6% [RR: 0.81 ; IC95: 0,67-0,98] - Nombre de patients à traiter : 31 avec l'intervention intensive et 38 avec l'intervention brève *Usage constant du préservatif : - À 3 mois : intervention intensive à 46% vs 38% [RR: 1.21 ; IC95: 1.09-1.35] et intervention brève à 44% vs 38% [RR: 1.15 ; IC95: 1.03-1.27] - À 6 mois : 39% en intervention intensive vs 34% [RR 1.14 ; IC95: 1.01-1.28] , NS pour l'intervention brève - À 9 et 12 mois : pas de différence significative entre les groupes	Score RoB2: D1 : bas D2 : bas D3 : bas D4 : douteuses D5 : bas => GLOBAL : douteuses

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : urétrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Carey et al. (2010)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ERC en 6 bras monocentrique Adultes consultant au centre de dépistage présentant des comportements sexuels à risque dans les 3 derniers mois (partenaires multiples et/ou utilisation inconstante du préservatif) souhaitant réaliser une sérologie VIH n = 1483 (55% des personnes éligibles)	*Évaluation de l'effet individuel et combiné de 2 interventions très brèves et 2 intervention intensives par rapport au contrôle *Cadre théorique : modèle transthéorique du changement et modèle IMB *Les interventions très brèves (15mn, individuelles, délivrées par des IDE cliniciennes) : - B-INFO : conseil post-test standard avec questionnaire d'évaluation du risque et du stade de changement puis intervention sur DVD (validée) - B-MI : entretien motivationnel basé sur le stade de changement portant notamment sur l'usage du préservatif et l'intérêt de participer aux ateliers intensifs *Les interventions intensives (4h, en groupes non-mixtes sur le genre, délivrées par 2 facilitateurs à chaque fois dont un afro-américain et un professionnel de santé, entraînés et supervisés) : - I-INFO : ateliers informatiques sur les IST et le VIH, avec analyse d'affirmations sur les IST et le VIH, classement des comportements sur un continuum de risque sexuel et jeu de questions/réponses final - I-IMB : basé sur 3 composantes, information et motivation (prévalence locale des IST/VIH, vidéos d'interviews de PVVIH, discussions, classement des comportements sur un continuum de	Absence d'intervention intensive B-INFO considéré comme le contrôle pour l'intervention brève (soin standard)	*Évaluation du taux d'IST incidentes (CT et NG + VIH) et des comportements sexuels à risque *Suivi à 3 mois, 6 mois et 12 mois (ACASI, PCR CT et NG sur échantillon d'urines et recherche de sérologie VIH dans le dossier) *Taux d'IST incidentes : - À l'inclusion prévalence des infections à CT ou NG : 18.1%, à 3 mois 9.1% d'infections, à 6 mois 8.6% d'infections et à 12 mois 4.5% d'infections - Entre 0 et 3 mois diminution significative du taux d'IST [OR: 0.87 ; IC95: 0.79-0.95 ; p < 0.001], pas de diminution significative du risque d'IST incidentes entre 3 mois et 12 mois [OR: 0.99 ; IC95: 0.94-1.04] - Pas de différence significative entre les groupes (p > 0.05 pour toutes les comparaisons entre les groupes) *Comportements sexuels à risque : - pas de différence statistiquement significative entre les groupes entre l'inclusion et 3 mois ni entre 3 et 12 mois - changements significatifs seulement par rapport au temps : °Nombre de partenaires : 2.82 à l'inclusion vs 2.10 à 3 mois (p < 0.0001), et diminution significative entre 3 et 12 mois à 1.90 (p < 0.05) °Nombre moyen de rapports non protégés : 17.24 à l'inclusion vs 11.84 à 3 mois (p < 0.0001), pas de diminution significative entre 3 et 12 mois °Pourcentage de rapports non protégés : 66% à l'inclusion vs 50% à 3 mois (p < 0.0001), pas de diminution significative entre 3 et 12 mois	Score RoB2: D1 : bas D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : bas => GLOBAL : bas

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — OR : Odds Ratios — aOR : Adjusted Odds Ratios — eOR : Estimated Odds Ratios — RR : Risque Relatif — IC95 : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — CT : Chlamydia trachomatis — ENRC : Essai Non Randomisé Contrôlé — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — HSV : Herpes simplex virus — NG : Neisseria gonorrhoea — PCR : Polymerase Chain Reaction — PV : Prélèvement Vaginal — UK : Royaume-Uni — UNG : uréthrite non gonococcique — USA : États-Unis d'Amérique — VHB : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
			risque sexuel, réflexion sur le risque individuel) et comportementale (activités et exercices interactifs d'apprentissage pour développer des compétences) *Manuels disponibles en ligne sur chb.syr.edu * les combinaisons possibles étaient : BMI + I-IMB, BMI + I-INFO, BMI seule, B-INFO + I-IMB, B-INFO + I-INFO et B-INFO seule			
Jemmott et al. (2007)	Centre de consultation en santé de la femme USA	ERC en 5 bras monocentrique Femmes Afro-américaines non enceintes de 18 à 45 ans consultant au centre n = 564 (52% des personnes éligibles)	*2 interventions très brèves uniques (environ 20mn) individuelles: - soit informative (IB) pour augmenter les connaissances au sujet des IST et du VIH : brochure Sister to Sister et discussion, pas de démonstration, pas de pratique - soit visant les compétences (CB) pour améliorer l'usage du préservatif : brochure Sister to Sister, vidéo, démonstration d'usage du préservatif et pratique sur modèle anatomique, jeux de rôle (négociation) (intervention Sister to Sister) *2 interventions intensives : session unique (200mn) en groupe (3 à 5): - soit informative (II) pour augmenter la perception de vulnérabilité aux IST et VIH et améliorer les connaissances : discussions de groupe, brainstorming, vidéos, exercices interactifs, jeux. Pas de démonstration, pas de pratique - soit visant les compétences (CI) : discussions de groupe, brainstorming,	Intervention de promotion de la santé sur les comportements associés au risque cardiaque, risque d'AVC et risque de cancer	*Évaluation des comportements sexuels à risque dans les 3 mois précédents (proportion de rapports protégés, fréquence des rapports non protégés, usage du préservatif lors du rapport le plus récent) *Suivi à 3 mois, 6 mois et 12 mois (questionnaire auto-administré) *Concernant la proportion de rapports protégés : - À 3 mois : 75% en CI, 74% en CB, 69% en II, 67% en IB et 68% en contrôle. Significatif seulement pour CB+CI vs IB+II (p = 0.02) - À 6 mois : pas de différence significative entre les groupes - À 12 mois : 79% en CI, 70% en CB, 69% en II, 69% en IB et 62% en contrôle. Différences significatives pour CB+CI vs contrôle (p = 0.03) et pour CB vs CI (p = 0.049) *Concernant le nombre moyen de jours avec rapports non protégés : - À 3 mois : 4.49 en CI, 3.08 en CB, 5.32 en II, 5.40 en IB et 8.20 en contrôle. Différences significatives pour CB+CI vs contrôle (p = 0.02) et pour CB+CI vs IB+II (p = 0.01)	Score RoB2: D1 : doute D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : bas => GLOBAL : doute

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : uréthrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
			vidéos, exercices interactifs, jeux, démonstration d'usage du préservatif, pratique sur modèle anatomique, jeux de rôle (négociation) *Cadre théorique : théories socio-cognitives *Intégration dans toutes les interventions du thème : "Sister to Sister ! Respect Yourself ! Protect Yourself ! Because You Are Worth It !" *Délivrance par des IDE de pratiques avancées		- À 6 mois : pas de différence significative entre les groupes - À 12 mois : 5.14 en CI, 3.60 en CB, 5.94 en II, 5.12 en IB et 8.34 en contrôle. Différence significative pour CB+CI vs IB+II (p = 0.02) *Dépistage systématique biannuel des IST sur PV (critère de jugement secondaire : seule différence notable à 12 mois est que moins d'IST dans CB+CI vs IB+II (p = 0.03))	
DiClemente et al. (2014)	Centre de planification familiale USA	ERC en 2 bras multicentrique Adolescentes et jeunes femmes âgées de 14 à 20 ans , s'identifiant comme Afro-américaines et ayant eu au moins un rapport non protégé dans les 6 mois précédents, sans projet de grossesse ou grossesse en cours n = 701 (94% des personnes éligibles)	*Évaluation de l' intervention HORIZONS avec ou sans une intervention de renforcement toutes les 8 semaines *HORIZONS : intervention intensive (2 sessions de 4h chacune en groupe + 4 sessions téléphoniques individuelles de 15mn sur 9 mois) pour encourager une attitude de prévention des IST, la négociation des rapports sexuels, la capacité à refuser des rapports, et pour implanter des normes de réduction des risques et comportements préventifs. Pour l'étude adapté en une session unique de groupe. *Cadre théorique : théorie sociocognitive et théorie de genre et de pouvoir *Intervention de maintien de la prévention (PMI) : bref conseil téléphonique individuel sur mesure toutes les 8 semaines pendant 18 mois *Délivrance par deux éducatrices en santé Afro-américaines entraînées	Sessions téléphoniques focalisées sur la nutrition et l'activité physique	*Évaluation de l' incidence des infections à CT et à NG *Suivi à 6 mois, 12 mois, 18 mois, 24 mois, 30 mois et 36 mois après inclusion avec PCR sur auto-prélèvement vaginal et ACASI (critères de jugement secondaires : comportements à risque) *Concernant les infections à CT et à NG : - Incidence cumulée sur 36 mois de CT à 94 cas dans le groupe HORIZONS + PMI vs 104 dans le groupe HORIZONS seule [aRR 0.50 ; IC95: 0.28-0.88 ; p = 0.02] - Incidence cumulée sur 36 mois de NG à 48 dans le groupes HORIZONS + PMI vs 54 dans le groupe HORIZONS seule [aRR: 0.40 ; IC95: 0.15-1.02, p = 0.06] *Différence significative entre les 2 groupes sur les comportements sexuels à risque à 36 mois (moins de comportements à risque et plus de comportements protecteurs dans le groupe HORIZONS + PMI)	Score RoB2: D1 : bas D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : bas => GLOBAL : bas

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : uréthrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Kalichman et al. (2005)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ERC en 4 bras monocentrique Patients consultant en centre de dépistage des IST n = 612 (65% des personnes éligibles)	*Interventions intensives en session unique (environ 90mn) individuelle *Cadre théorique : modèle IMB *Évaluation de différentes combinaisons des composantes du modèle : - Information (I) sur le VIH et lien avec les autres IST, ressources de prévention disponibles dans le milieu communautaire. Style didactique (flip charts, supports visuels, activités interactives sur les mythes et fausses informations - Motivation (M) à partir de l'histoire personnelle pour sensibiliser au risque individuel et augmenter l'intention de changer les comportements à risques, conseils clairs de changement, présentation des alternatives, empathie, optimisme - Comportements (B) et compétences communicationnelles dans la sexualité, identification des éléments déclencheurs de comportements à risque, réflexion, apprentissage de stratégies de réduction du risque avec jeux de rôles et pratique de l'utilisation des préservatifs masculin et féminin sur modèle anatomiques * Combinaisons étudiées (90mn au total) : I+M+B, I+M (+30mn de vidéo éducative sur le VIH), I+B (+30mn de vidéo éducative sur le VIH), I (+vidéo éducative sur le VIH + informations sur le dépistage) *Délivrance par professionnels entraînés	NC	*Évaluation des comportements à risque d'IST (fréquence des rapports non protégés et des rapports protégés durant le mois précédent) et du taux d'IST incidentes *Suivi à 3 mois, 6 mois et 9 mois (ACASI) et à 12 mois (analyse des dossiers pour les IST incidentes) * Concernant le taux d'IST incidentes : - Chez les femmes : aucune différence significative entre les groupes - Chez les hommes : le groupe IMB a un taux d'IST incidentes inférieur à chacun des autres groupes de façon significative (p < 0.05) * Concernant l'usage du préservatif : - l'intervention IMB est supérieure aux autres pour la réduction des rapports non protégés mais seulement chez les hommes et jusqu'à 6 mois	Score RoB2: D1 : bas D2 : bas D3 : bas D4 : élevé D5 : douteuses => GLOBAL : élevé

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — OR : Odds Ratios — aOR : Adjusted Odds Ratios — eOR : Estimated Odds Ratios — RR : Risque Relatif — IC95 : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — CT : Chlamydia trachomatis — ENRC : Essai Non Randomisé Contrôlé — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — HSV : Herpes simplex virus — NG : Neisseria gonorrhoea — PCR : Polymerase Chain Reaction — PV : Prélèvement Vaginal — UK : Royaume-Uni — UNG : uréthrite non gonococcique — USA : États-Unis d'Amérique — VHB : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
			(éducatrice en santé, IDE et conseiller en santé)			

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : urétrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Metzler et al. (2000)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ERC en 2 bras multicentrique Adolescents de 15 à 19 ans consultant au centre et ayant des comportements sexuels à risque (partenaires sexuels multiples, un ou plusieurs partenaires avec partenaires sexuels multiples, partenaires occasionnels, non utilisation du préservatif en dehors d'une relation stable) n = 339	*Intervention intensive individuelle : 5 sessions à un rythme hebdomadaire (60 à 90mn chacune). Programme MAC-Choice *Cadre théorique : théorie sociocognitive de Bandura, modèle IMB *3 composantes : déclencher la décision de réduire les comportements à risque, augmenter les compétences sociales pour gérer les situations difficile et augmenter l'acceptation des conséquences potentiellement désagréables du changement de comportement sexuel (pensées, sentiments) *Éléments systématiques (travail sur le niveau de risque, soutien, travail individualisé sur les situations problématiques identifiées avec exercices et entraînement) et module additionnels selon les besoins (usage du préservatif, écoute active...) *Délivrance par personnel du centre de dépistage	Soins usuels	*Évaluation des comportements sexuels à risque dans les 3 mois précédents (nombre de partenaires, nombre de partenaires avec partenaires multiples, nombre de rapports avec partenaires occasionnels, fréquence d'utilisation du préservatif) et du nombre d'IST incidentes déclarées *Suivi à 3 mois, 6 mois et 12 mois (questionnaire auto-administré) *Concernant les comportements sexuels à risque (intervention vs contrôle) : - Nombre de partenaires sexuels °À 3 mois : 2.27 vs 1.9 ; p = 0.55) °À 6 mois : 1.53 vs 2.75, p = 0.0001 (effet surtout chez hommes) - Nombre de partenaires ayant des partenaires multiples : °À 3 mois : 0.70 vs 1.05 ; p = 0.11 °À 6 mois : 0.42 vs 1.29 ; p = 0.01 - Nombre de rapports avec des partenaires occasionnels : °À 3 mois : 0.56 vs 0.92 ; p = 0.19 °À 6 mois : 0.26 vs 0.74 ; p = 0.02 - Fréquence d'utilisation du préservatif : °À 3 mois : 3.20 vs 3.18 ; p = 0.94 °À 6 mois : 3.22 vs 3.23 ; p = 0.96 *Concernant le taux d'IST incidentes déclaré (intervention vs contrôle): - À 3 mois : 0.44 vs 0.48 ; p = 0.76 - À 6 mois : 0.57 vs 0.87 ; p = 0.24	Score RoB2: D1 : doute D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : élevé => GLOBAL : élevé

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : urétrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Boyer et al. (1997)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ERC en 2 bras monocentrique Adultes hétérosexuels âgés de 18 à 35 ans consultant au centre de dépistage et ayant un antécédent d'IST et ayant des symptômes évocateurs d'une IST ou ayant été en contact avec un(e) partenaire atteint(e) d'une IST (donc à risque d'IST) n = 393 (38% des personnes éligibles)	*Intervention intensive individuelle : 4 sessions de 60mn chacune (3 en face à face et la dernière en face à face ou par téléphone) *Cadre théorique : ARRM *évaluation du risque, information sur les IST (transmission, signes cliniques, facteurs de risque), discussion du risque personnel, élaboration d'un plan individuel de réduction des risques et suivi de sa mise en œuvre, développement de compétences communicationnelles et d'utilisation des préservatifs *Outils variés : vidéo, documentation écrite, diagrammes, modèles anatomiques pour l'application du préservatif, grilles d'action, vignettes et scénarios à risque, liste de contre-arguments face au refus d'utilisation du préservatif *Délivrance par un conseiller en santé entraîné	Soins usuels	*393 patients randomisés (38% des patients éligibles) *Évaluation du taux d'IST incidentes (CT, NG, VIH, Syphilis) *Suivi à 3 mois, 5 mois et inclusion des résultats de toute visite au centre dans les 6 mois après l'inclusion *Pas de différence significative entre les groupes concernant l'incidence cumulée d'IST à 6 mois : - Hommes : 7% vs 8% (p > 0.20) - Femmes : 22% vs 22% (p > 0.20)	Score RoB2: D1 : doute D2 : bas D3 : élevé D4 : bas D5 : doute => GLOBAL : risque élevé

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — OR : Odds Ratios — aOR : Adjusted Odds Ratios — eOR : Estimated Odds Ratios — RR : Risque Relatif — IC95 : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — CT : Chlamydia trachomatis — ENRC : Essai Non Randomisé Contrôlé — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — HSV : Herpes simplex virus — NG : Neisseria gonorrhoea — PCR : Polymerase Chain Reaction — PV : Prélèvement Vaginal — UK : Royaume-Uni — UNG : urétrite non gonococcique — USA : États-Unis d'Amérique — VHB : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Jemmott et al. (2005)	Centre de planification familiale (intégré à un centre de pédiatrie) USA	ERC en 3 bras monocentrique Adolescentes de 12 à 19 ans Afro-américaines et Latino-américaines ayant une expérience sexuelle et suivies au centre n = 682 (59% des personnes éligibles)	*Comparaison de 2 interventions intensives uniques en groupe (environ 250mn) : - Intervention basée sur les compétences (IC) : abord des croyances sur le VIH et IST, utilisation correcte du préservatif, négociation de l'usage du préservatif. Mise en pratique des compétences requises, jeux de rôle et travaux pratiques - Intervention informative (II) : informations sur le VIH et les IST, les facteurs de vulnérabilité, le préservatif et les croyances liées, démonstration de l'utilisation du préservatif par vidéo et de situations de négociation de son usage, pas de pratique. *Cadre théorique : théories cognitivocomportementales *Délivrance par des facilitatrices Afro-américaines formées	Intervention de promotion de la santé sur les comportements associés au risque cardiaque, risque d'AVC et risque de cancer (C)	*Évaluation du nombre de rapports non protégés dans les 3 mois précédents *Suivi à 3 mois, 6 mois et 12 mois (questionnaire auto-administré) * Nombre de jours avec rapports sexuels non protégés par préservatif : - À 3 mois :3.56 (II) vs 3.71 (IC) vs 3.46 (C) (NS) - À 6 mois : 2.60 (II) vs 2.98 (IC) vs 3.26 (C) (NS) - À 12 mois : 4.04 (II) vs 2.27 (IC) vs 5.05 (C) ° II vs C : NS ; IC vs C : p = 0.002 et IC vs II : p = 0.03 * Dépistage systématique biannuel des IST sur PV (critère de jugement secondaire) : seule différence notable à 12 mois : 10.5% (IC) vs 18.2% (C) (p = 0.05)	Score RoB2: D1 : bas D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : bas => GLOBAL : bas

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : urétrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Branson et al. (1998)	Centre de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) USA	ERC en 2 bras monocentrique Adultes consultant au centre de dépistage pour un dépistage des IST dont une sérologie VIH et ayant un antécédent d'IST diagnostiquée dans les 5 ans avant l'étude (donc à risque d'IST) n = 964 (57% des personnes éligibles)	*Intervention intensive en groupes : 4 sessions réparties sur 2 semaines et 1 session "booster" à 2 mois *Cadre théorique ; modèle IMB *Information, augmentation de la motivation et acquisition des compétences nécessaires au changement (perception du risque, responsabilité, estime de soi, capacités de prise de décision, connaissances sur le VIH et les autres IST, utilisation correcte du préservatif) *Outils variés ; utilisation de jeux de rôle, vidéos, discussion de groupe, travaux pratiques, jeu *Pas de précision sur la catégorie de professionnels délivrant l'intervention	Soins usuels	*Évaluation des comportements à risque d'IST sur 3 mois et du taux d'IST incidentes (CT, NG, VIH, Syphilis, VHB, TV chez les femmes, UNG chez les hommes, HSV, condylomes, gale, poux, chancre, LGV) *Suivi à 2 mois, 6 mois, 9 mois et 12 mois par questionnaire, examen clinique et bilan biologique * Réduction significative des comportements à risque d'IST dans le groupe intervention et dans le groupe contrôle sans différence significative entre les groupes * Taux d'IST incidentes (incidence cumulée à 12 mois de NG, CT ou syphilis - car diagnostic biologique et pas de séroconversion VIH ou VHB) : - Hommes : 19% vs 19.3% (p > 0.15) - Femmes : 16.4% vs 18.4% (p > 0.15) - Similaires pour toutes les IST	Score RoB2: D1 : bas D2 : bas D3 : douteuses D4 : élevé D5 : bas => GLOBAL : élevé

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : urétrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Ehrhardt et al. (2002)	Centre de planification familiale USA	ERC en 3 bras monocentrique Femmes de 18 à 30 ans ayant eu une activité sexuelle hétérosexuelle dans l'année n = 360 (21% des personnes éligibles)	*Intervention intensive en groupes : soit 4 sessions soit 8 sessions de 2h chacune, spécifique de genre *Cadre théorique : AIDS Risk Reduction Model modifié *Thèmes abordés : raisons de se préoccuper des IST et du VIH, éviter les partenaires ne s'en préoccupant pas, meilleurs moyens de se protéger, comment reconnaître une infection, comment demander à son partenaire de se protéger, comment influencer son partenaire pour se protéger, comment refuser des rapports non protégés *Différents outils : jeux de rôle, résolution de problèmes, écriture, débats, récits personnels, modèle de rôle explicite... et objectifs à court terme fixés à chaque séance *Délivrance par des facilitateurs formés (sans plus de précision)	Évaluation du risque seule, pas d'intervention	*Évaluation du nombre de rapports sexuels anaux et/ou vaginaux non protégés *Suivi par entretiens structurés à 1 mois, 6 mois et 12 mois après la fin de l'intervention *Pourcentage de femmes maintenant ou augmentant la protection des rapports sexuels : - À 1 mois : ° 8 sessions : 74.5% vs 60.2% [OR: 1.93 ; IC95: 1.07-3.48 ; p = 0,03] ° 4 sessions : 72.4% vs 60.2% [OR: 1.74 ; IC95: 0.99-3.04 ; p = 0,05] - À 12 mois : ° 8 sessions : 72.7% vs 61.7% [OR: 1.65 ; IC95: 0.94-2.90 ; p = 0,08] ° 4 sessions : 66.4% vs 61.7% [OR: 1.22 ; IC95: 0.72-2.08 ; p = 0.46] - Pas de différence significative entre les deux groupes d'intervention	Score RoB2: D1 : doutes D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : bas => GLOBAL : doutes

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — OR : Odds Ratios — aOR : Adjusted Odds Ratios — eOR : Estimated Odds Ratios — RR : Risque Relatif — IC95 : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — CT : Chlamydia trachomatis — ENRC : Essai Non Randomisé Contrôlé — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — HSV : Herpes simplex virus — NG : Neisseria gonorrhoea — PCR : Polymerase Chain Reaction — PV : Prélèvement Vaginal — UK : Royaume-Uni — UNG : urétrite non gonococcique — USA : États-Unis d'Amérique — VHB : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Kelly et al. (1994)	Centre de soins primaires communautaire (équivalent MSP) USA	ERC en 2 bras monocentrique Femmes de 18 à 40 ans consultant au centre et ayant eu des comportements sexuels à risque dans les 12 mois précédents (Partenaires sexuels multiples, IST, rapports non protégés avec un partenaire à haut risque de VIH) n = 187	*Intervention intensive en groupes (8 à 10 personnes) : 4 sessions hebdomadaires de 90mn chacune et 1 séssoin de suivi à 1 mois *Cadre théorique : théories cognitivocomportementales et approche par compétences *Composantes : informations détaillées sur le VIH et les comportements à risque, jeux de rôle pour travailler les compétences communicationnelles (convaincre de l'usage du préservatif, refuser des rapports non protégés...), démonstration et pratique de l'usage du préservatif masculin sur modèle anatomique, résolution de problèmes en groupe et gestion des déclencheurs *Professionnel délivrant l'intervention non précisé	3 sessions de groupe (90mn chacune) sur des sujets d'intérêt pour les femmes à bas revenus sans lien avec le VIH	*Évaluation des comportements à risque d'IST dans les 3 mois précédents (nombre de partenaires, fréquence des rapports non protégés, usage du préservatif, usage constant du préservatif, proportion de partenaires avec lequel le préservatif est utilisé) *Suivi à 3 mois par questionnaire auto-administré * Nombre moyen de partenaires sexuels : diminution de 2.3 à 1.7 dans le groupe intervention et de 1.7 à 1.2 dans le groupe contrôle (NS) * Fréquence moyenne de rapports vaginaux non protégés : diminution de 14 à 11.7 dans le groupe intervention et augmentation de 13 à 15 dans le groupe contrôle (p < 0.04) * Proportion de rapports avec préservatifs , augmentation de 26 à 56% dans le groupe intervention vs 26 à 32% dans le groupe contrôle (p < 0.01) * Usage constant du préservatif : augmentation de 43 à 66% des femmes dans le groupe intervention vs stabilité de 45 à 44% dans le groupe contrôle (p < 0.01) * Proportion de partenaires avec lesquels le préservatif est utilisé , augmentation de 43 à 66% dans le groupe intervention vs 42 à 48% dans le groupe contrôle (p < 0.001)	Score RoB2: D1 : doute D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : doute => GLOBAL : doute

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — OR : Odds Ratios — aOR : Adjusted Odds Ratios — eOR : Estimated Odds Ratios — RR : Risque Relatif — IC95 : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — CT : Chlamydia trachomatis — ENRC : Essai Non Randomisé Contrôlé — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — HSV : Herpes simplex virus — NG : Neisseria gonorrhoea — PCR : Polymerase Chain Reaction — PV : Prélèvement Vaginal — UK : Royaume-Uni — UNG : urétrite non gonococcique — USA : États-Unis d'Amérique — VHB : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
NIMH multisite HIV prevention trial group (1998)	Centres de dépistage des IST (équivalent CeGIDD) et Centres de santé (équivalents planning familial) USA	ERC en 2 bras multicentrique Adultes ayant eu des rapports vaginaux ou anaux non protégés dans les 3 mois précédents avec au moins un autre facteur de risque (nouveau partenaire, partenaires multiples, IST, partenaire UDIV ou PVVIH, partenaire ayant des partenaires multiples) n = 3706 (33% des personnes éligibles)	*Intervention intensive en groupes : 7 sessions de 90 à 120mn chacune, rythme bihebdomadaire, 5 à 15 personnes par groupe (non mixte sur le genre) *Cadre théorique : non précisé *Focalisation sur les attitudes, compétences et comportements de réduction du risque vis-à-vis du VIH et des IST *Délivrance par 2 co-facilitateurs certifiés, expérimentés et entraînés	1 session unique d'éducation sur le VIH (avec vidéo et temps de questions) (durée 1h environ)	*Évaluation des comportements sexuels à risque dans les 90 jours précédents (nombre de rapports non protégés, utilisation constante du préservatif ou abstinence, proportion de rapports protégés) et de la prévalence à 12 mois des infections à CT et NG *Suivi à 3 mois, 6 mois (entretiens) et 12 mois (entretien et PCR sur échantillon d'urines) *Concernant les comportements à risque d'IST : - Rapports non protégés : diminution plus importante dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle (ps < 0.0001 à chaque suivi et transversalement) - Utilisation constante du préservatif ou abstinence : 0% à l'inclusion, 42% vs 27.3% à 3 mois, 44.1% vs 33.2% à 6 mois et 43.4% vs 34.4% à 12 mois (ps < 0.0001) - Proportion de rapports protégés : 63% vs 45% à 3 mois ; 62% vs 48% à 6mois et 60% vs 48% à 12 mois (ps < 0.0001) *Prévalence à 12 mois de CT et NG : pas de différence significative entre les groupes	Score RoB2: D1 : doutes D2 : bas D3 : bas D4 : doutes D5 : bas => GLOBAL : doutes

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : urétrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Shain et al. (1999)	Centre de soins public proposant des services de dépistage des IST USA	ERC en 2 bras monocentrique Femmes Afro-Américaines et Mexicano-Américaines ayant une IST non virale n = 617 (65% des personnes éligibles)	*Intervention intensive en groupes : 3 sessions à un rythme hebdomadaire, durant 3 à 4 heures chacune (projet SAFE) *Cadre théorique : AIDS Risk Reduction Model *Intervention progressive en trois étapes (reconnaissance de son risque, engagement au changement, acquisition de compétences) *Outils divers (jeux de rôle, vidéos, discussions...) *Délivrance par une facilitatrice	Soins usuels (et proposition de recevoir l'intervention après la fin de l'étude)	*Évaluation du taux d'infections incidentes à NG et CT *Suivi à 6 mois et 12 mois (PCR sur prélèvement vaginale) *Concernant le taux d'IST incidentes : - À 6 mois : 11.3% vs 17.2% (OR 0.58 [IC95 : 0.34-0.99]) - De 6 à 12 mois : 9.1% vs 17.7% (OR 0.49 [IC95 : 0.29-0.83]) - Cumulé 0 à 12 mois : 16.8% vs 26.9% (OR 0.52 [IC95 : 0.34-0.81])	Score RoB2: D1 : doute D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : bas => GLOBAL : doute
Shain et al. (2004)	Centre de soins public proposant des services de dépistage des IST USA	ERC en 3 bras monocentrique Femmes Afro-Américaines et Mexicano-Américaines de 18 à 45 ans venant d'être traitées pour une IST non virale n = 775	*Intervention intensive en groupes (en complément du conseil individuel recommandé par le CDC) : 3 sessions à un rythme hebdomadaire, durant 3 à 4 heures chacune associée ou non à la possibilité d'assister à 5 sessions de groupe de soutien (rythme mensuel) de 90 minutes chacune (Projet SAFE-2) *Cadre théorique : AIDS Risk Reduction Model *Intervention progressive en trois étapes (reconnaissance de son risque, engagement au changement, acquisition de compétences) *Outils divers (jeux de rôle, vidéos, discussions...) *Délivrance par une facilitatrice	Soins usuels	*Évaluation du taux d'infections incidentes à CT et NG *Suivi à 6 mois, 12 mois et 24 mois (PCR sur prélèvement vaginal) *Concernant le taux d'infections incidentes : - Diminution significative dans les groupes interventions à chaque intervalle - Incidence cumulée à 24 mois : °intervention standard: 26.2% vs 39.8% (OR 0.54 [IC95 : 0.34-0.85] ; p < 0.008) °intervention avec option: 23.7% vs 39.8% (OR 0.47 [IC95 : 0.30-0.73] ; p < 0.001) - Dans le sous-groupe intervention avec option : réduction significative du risque d'infection à 2 ans de 41.6% pour les participantes aux ateliers optionnels (p < 0.05) , pas de réduction significative pour celles n'y ayant pas participé	Score RoB2: D1 : doute D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : bas => GLOBAL : doute

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — OR : Odds Ratios — aOR : Adjusted Odds Ratios — eOR : Estimated Odds Ratios — RR : Risque Relatif — IC95 : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — CT : Chlamydia trachomatis — ENRC : Essai Non Randomisé Contrôlé — ERC : Essai Randomisé Contrôlé — HSV : Herpes simplex virus — NG : Neisseria gonorrhoea — PCR : Polymerase Chain Reaction — PV : Prélèvement Vaginal — UK : Royaume-Uni — UNG : uréthrite non gonococcique — USA : États-Unis d'Amérique — VHB : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Article	Cadre de l'étude	Population et méthode	Description de l'outil (ou des outils)	Contrôle	Résultats	Évaluation du risque lié aux biais
Villarruel et al. (2006)	Lycées et organisations communautaires (inclus car études d'implémentation avec succès en soins primaire non éligibles pour la revue systématique) USA	ERC en 2 bras monocentrique Adolescents de 13 à 18 ans s'identifiant comme Latino-Américains n = 553	*Intervention intensive en groupes de 8 heures au total réparties sur deux sessions (Intervention ¡Cuidate!) *Cadre théorique : théories sociocognitives, de l'action raisonnée et du comportement planifié *Intervention adaptée à la culture Latino-Américaine présentant le préservatif comme un outil culturellement accepté et efficace de prévention des IST proposé en anglais ou en espagnol *Outils variés (vidéos, exercices interactifs, construction de compétences...) *Délivrance par des facilitateurs bilingues entraînés	Intervention de promotion de la santé sur d'autres comportements à risque (mêmes format, durée et organisation)	*Évaluation des comportements sexuels à risque (nombre de rapports sexuels, nombre de partenaires, usage constant du préservatif, nombre de jours où le préservatif n'est pas utilisé, usage du préservatif lors du dernier rapport et nombre de jours où les rapports étaient protégés) *Suivi à 3 mois, 6 mois et 12 mois (questionnaires hétéro-administrés) *Comportements sexuels à risque (analyse transversale sur l'ensemble du suivi) : - Rapports sexuels : OR 0.66 [IC95: 0.46-0.96] - Partenaires multiples : OR 0.53 [IC95 : 0.31-0.90] - Nombre de jours avec rapports non protégés : RR 0.47 [IC95 : 0.26-0.84] - Taux d'usage constant du préservatif : OR 1.91 [IC95 : 1.24-2.93] - Résultats non significatifs sur les autres comportements	Score RoB2: D1 : bas D2 : bas D3 : bas D4 : bas D5 : bas => GLOBAL : bas

Présentation des résultats : intervention vs contrôle (sauf mention spécifique), si plusieurs contrôles : intervention vs 1^{er} contrôle vs 2^e contrôle

NI : No information (indéterminé) — **OR** : Odds Ratios — **aOR** : Adjusted Odds Ratios — **eOR** : Estimated Odds Ratios — **RR** : Risque Relatif — **IC95** : Intervalle de confiance à 95%

ACASI : Audio Computer-Assisted Self Interview (questionnaire audio auto-administré assisté par ordinateur) — **CT** : Chlamydia trachomatis — **ENRC** : Essai Non Randomisé Contrôlé — **ERC** : Essai Randomisé Contrôlé — **HSV** : Herpes simplex virus — **NG** : Neisseria gonorrhoea — **PCR** : Polymerase Chain Reaction — **PV** : Prélèvement Vaginal — **UK** : Royaume-Uni — **UNG** : urétrite non gonococcique — **USA** : États-Unis d'Amérique — **VHB** : Virus de l'Hépatite B

Score RoB2 (Risk of Bias 2) : évalue les risques de biais des ERC liés au processus de randomisation (D1), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (D2), aux données manquantes (D3), à la mesure du critère de jugement (D4), à la sélection des résultats présentés (D5)

Score ROBINS-I : évalue les risques de biais des ENRC liés aux facteurs confondants (d1), à la sélection des participants (d2), à la classification des participants (d3), aux déviations par rapport à l'intervention prévue (d4), aux données manquantes (d5), à la mesure du critère de jugement (d6) et à la sélection des résultats présentés (d7)

Annexe 5 : Stratégies/outils de repérage des comportements à risque d'infections sexuellement transmissible

1. Avez-vous eu 2 partenaires sexuels ou plus dans les 10 dernières années ?	(oui = 1, non = 0)
2. Avez-vous eu un rapport sexuel anal (un homme met son pénis dans l'anus d'une autre personne) avec un de vos partenaires dans les 10 dernières années ?	(oui = 1, non = 0)
3. A quelle fréquence avez-vous utilisé un préservatif en cas de rapport sexuel anal dans les 10 dernières années ?	(jamais ou parfois = 1, toujours ou jamais eu de rapport sexuel anal = 0)
4. Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible telle que la gonorrhée, la syphilis, les chlamydiae, des verrues génitales ou un herpès génital ?	(oui = 1, non = 0)
5. Avez-vous déjà pendant les dix dernières années échangé de l'argent ou des drogues contre du sexe ?	(oui = 1, non = 0)
6. Avez-vous déjà eu un rapport sexuel avec quelqu'un pour qu'il vous donne de l'argent ou des drogues ?	(oui = 1, non = 0)
7. Vous êtes-vous déjà injecté des drogues venant de la rue, des stéroïdes ou des vitamines avec une seringue ?	(oui = 1, non = 0)
8. Est-ce qu'un de vos partenaires dans les 10 dernières années s'est déjà injecté des drogues venant de la rue, des stéroïdes ou des vitamines avec une seringue ?	(oui = 1, non = 0)
9. Est-ce qu'un de vos partenaires sexuels des 10 dernières années était un homme qui a des rapports sexuels avec d'autres hommes ?	(oui = 1, non = 0)
10. Est-ce qu'un de vos partenaires sexuels des 10 dernières années a déjà eu une maladie sexuellement transmissible telle que la gonorrhée, la syphilis, les chlamydiae, des verrues génitales ou un herpès génital ?	(oui = 1, non = 0)

Figure 2 : HIV-Screening Instrument

PATIENT	
	OUI NON
Consommateur de drogue IV	
Antécédent de rapport sexuel anal ou vaginal avec :	
un partenaire VIH +	
un homme (pour les hommes)	
un homme bisexuel (pour les femmes)	
un consommateur de drogue IV	
un travailleur du sexe	
un partenaire issu de régions à haut risque (pays d'Asie du sud-est, pays d'Afrique sub-saharienne)	
Antécédent de sexe oral sans protection avec un partenaire VIH +	
Antécédent d'accident d'exposition au sang avec une aiguille	
Antécédent d'agression sexuelle	

Figure 3: l'Edinburgh Risk Assessment Table for HIV Testing

Item	Catégorie de réponse indiquant un risque élevé
1. Quelle est votre orientation sexuelle ?	toute réponse autre qu'hétérosexuel
2. Avez-vous déjà eu un rapport sexuel oral au moins une fois dans votre vie ?	oui
3. Avez-vous déjà eu un rapport sexuel vaginal ou anal au moins une fois dans votre vie ?	oui
4. Avez-vous déjà eu un rapport sexuel vaginal sans utiliser de préservatif ?	oui
5. Est-ce que tous vos amis ont déjà eu des rapports sexuels vaginaux ?	oui
BSHS score = somme du nombre de réponses à haut risque	

Figure 4 : Brief Sexual Health Survey

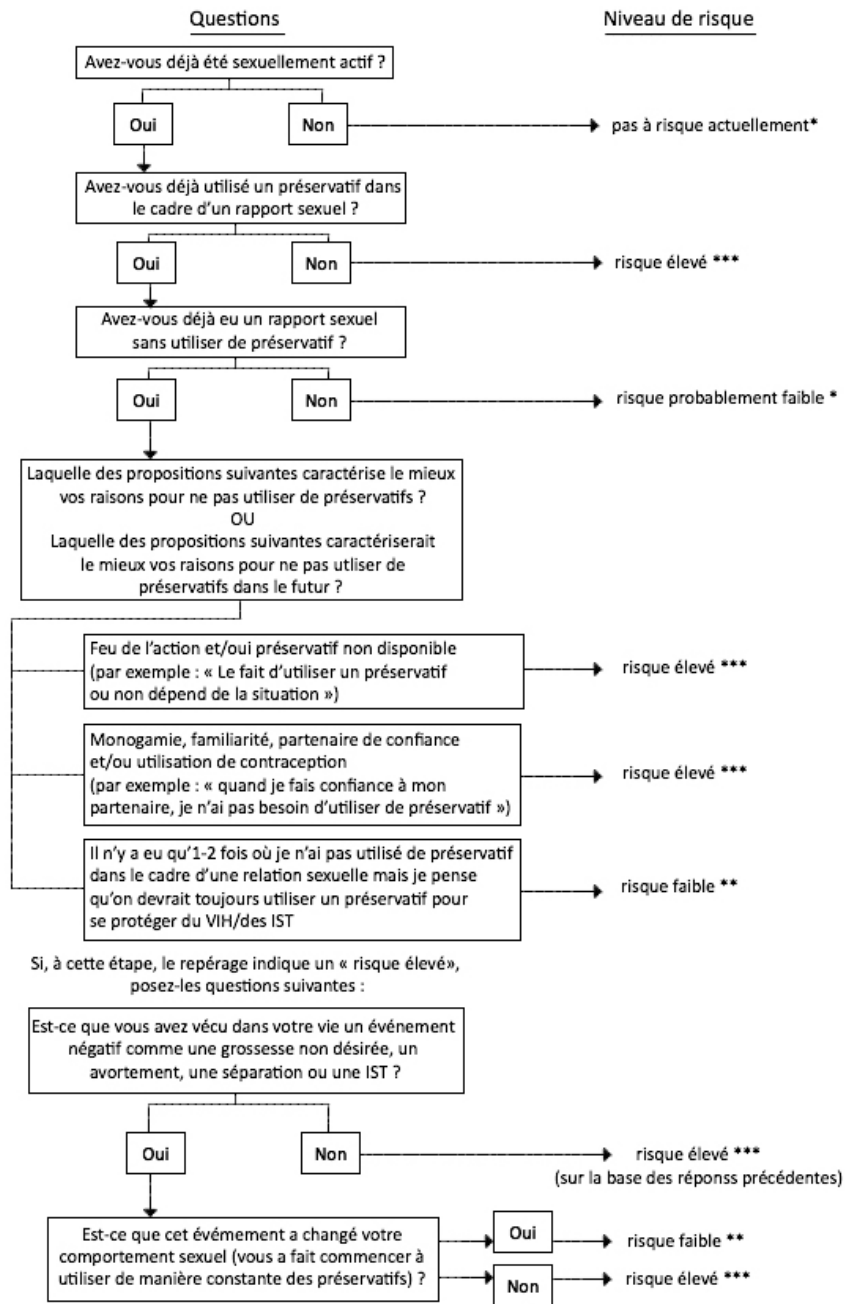
Sexual Risk Event History Calendar (SREHC)

Year				
What is your age?				
What is your Grade in School? (indicate grade, repeated grades, school changes, & if dropped out)?				
What are your Activities (Jobs/Sports/Clubs/Church/etc.)? Use x—x to show when involved				
Where do you Stay and who do you stay with?				
Who are your Family and Friends? Other important people?				
What Positive Events have you had and/or what are your Goals?				
What Negative Events or Losses have you had (Deaths, Violence, Others)?				
What is your Sexual Activity? 1. partner (use initials) 2. when (use x - - - x) 3. type (oral/vaginal/anal) 4. contraception/protection				
Have you had any of these behaviors (be specific)? Alcohol, Drugs, Cutting, Eating Problems, Others)?				

Legend: X ---- X = Duration, beginning and end points; X --→ = Duration, beginning and continuing points

Copyright: The Regents of the University of Michigan, 2009. Used with permission.

Figure 5 : Sexual Risk Event History Calendar



Action/Recommandation :

Pas à risque actuellement : éducation. Risque faible : éducation + dépistage. Risque élevé : éducation/prise de conscience + dépistage + counseling + suivi.

Note : Plus il y a d'asterisques, plus le degré de risque est élevé.

Figure 6: Algorithme d'évaluation du risque proposé par Patel et al.

Annexe 6 : organisation des soins primaires dans les pays d'étude

Pays ²	Accès aux soins centré sur les soins primaires	Professionnels de premier recours	Structures de premier recours	Financement de l'accès aux soins
Fr	Oui, rôle <i>gatekeeper</i> des médecins généralistes (remboursement du second recours conditionné par l'orientation via la médecine générale)	Médecins généralistes Maïeuticiens Infirmiers Dentistes Pharmaciens Pédiatrie générale Gynécologues médicaux	Cabinets libéraux et centres de santé (uni ou pluri professionnels) Services dédiés à la santé sexuelle (centres de planification familiale, CEGGID) Médecine scolaire Services d'urgences	Mixte : PuMA ³ Complémentaires santé (financement privé) Aides à l'accès à une complémentaire santé ou CMU ⁴ complémentaire sous conditions de ressources
UK	Oui, rôle de <i>gatekeeper</i> des médecins généralistes : séparation nette entre soins de premier et second recours	Médecins généralistes Infirmiers Infirmiers de pratiques avancées Auxiliaires de santé	Cabinets de groupe de 4 à 6 médecins généralistes Services d'urgence Services dédiés à la santé sexuelle (GUM ⁵ , FP ⁶ ...)	Majoritairement public via le NHS ⁷ pour la majeure partie des soins de premier et deuxième recours. Peu ou pas d'avance de frais par les patients
USA	Non Abandon progressif du système de <i>gatekeeper</i> depuis les années 1990	Médecins de famille (équivalent de la médecine générale en Fr, UK et Australie) Praticiens généralistes (pas d'internat) Médecine interne générale Pédiatrie générale Infirmiers cliniciens (pratiques avancées) Auxiliaires médicaux	Dispensaires de soins primaires (cliniques publiques à but non lucratif)	Majoritairement privé (assurances privées) Assurances financées par l'état : <i>Medicare</i> (personnes âgées présentant certaines pathologies, 39 millions de personnes) ; <i>Medicaid</i> (depuis 1965, assurance sous condition de revenus accessible aux femmes, enfants, personnes âgées et personnes avec handicap) ; élargissement du <i>Medicaid</i> et aides à l'accès à une assurance privée par l' <i>Obamacare</i> depuis 2010 – concerne 12 millions de personnes (risque de suppression) ; <i>SCHIP</i> (assurance gouvernementale pour les enfants sous condition de revenus des

² Fr = France ; UK = Royaume-Uni ; USA = États-Unis d'Amérique ; Au = Australie

³ Protection Universelle Maladie

⁴ Couverture Maladie Universelle

⁵ Genito-Urinary Medicine

⁶ Family Planning

⁷ National Health System

Pays ²	Accès aux soins centré sur les soins primaires	Professionnels de premier recours	Structures de premier recours	Financement de l'accès aux soins
				parents (bas mais non éligibles au <i>Medicaid</i>)
Au	Oui, rôle de <i>gatekeeper</i> des médecins généralistes (second recours remboursé uniquement sur orientation par le médecin généraliste)	Médecins généralistes Infirmiers de pratique générale Infirmiers communautaires Infirmiers cliniciens (pratiques avancées) Pharmaciens Maïeuticiens Dentistes Travailleurs sanitaires aborigènes	Cabinets de médecine générale/structures pluri professionnelles Structures ciblant des besoins particuliers (santé sexuelle, addictologie, maladies chroniques, santé mentale, santé de la femme et santé de l'enfant...) Centres de santé communautaires	Mixte : Le <i>Medicare</i> , financé par le gouvernement et les cotisations des salariés (assurance universelle) qui couvre la majorité des soins de premiers recours (mais pas médicaments ou soins dentaires) Souscription à des assurances privées pour pallier les carences du <i>Medicare</i>

Références :

Aide au paiement d'une complémentaire santé [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/aide-paiement-complementaire-sante>

Agency for Healthcare Research and Quality. The Number of Nurse Practitioners and Physician Assistants Practicing Primary Care in the United States [Internet]. 2011 [cité 17 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/primary/pcwork2/index.html>

Agency for Healthcare Research and Quality. Primary Care Workforce Facts and Stats [Internet]. 2012 [cité 17 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/primary/pcworkforce/index.html>

Agency for Healthcare Research and Quality. Primary Care Workforce Facts and Stats No. 3 [Internet]. 2012 [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/primary/pcwork3/index.html>

American Academy of Family Physicians. Primary Care [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.aafp.org/about/policies/all/primary-care.html>

Australian Medical Association. General Practice in Primary Health Care [Internet]. 2016 [cité 17 juin 2019]. Disponible sur : <https://ama.com.au/position-statement/general-practice-primary-health-care-2016>

Bindman AB, Majeed A. Organisation of primary care in the United States. *BMJ*. 2003;326(7390):631-4.

Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Three Models of Primary Care Organisation in Europe, Canada, Australia and New-Zealand. *Irdes, éditeur. Questions d'économie de la santé*. 2009;(141):6p.

Cartier T, Mercier A, de Pouvourville N, Huas C, Ruelle Y, Zerbib Y, et al. *Constats sur l'organisation des soins primaires en France*. *Exercer*. 2012;23(101):65-71.

CMU complémentaire [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/cmu-complementaire>

Department of Health | Primary Health Care in Australia [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur : <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/NPHC-Strategic-Framework~phc-australia>

La France en Australie. *La protection sociale* [Internet]. Consulat Général de France à Sydney ; [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <https://au.ambafrance.org/La-protection-sociale>

GOV.UK. [cité 17 juin 2019]. *The NHS Choice Framework: what choices are available to me in the NHS?* [Internet]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-choice-framework/the-nhs-choice-framework-what-choices-are-available-to-me-in-the-nhs>

InterExchange. *Understanding the U.S. Health Care System · Career Training USA · InterExchange* [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: </articles/visit-the-usa/understanding-us-healthcare-system/>

NHS England [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.england.nhs.uk/>

Nicholson C, Jackson CL, Marley JE, Wells R. *The Australian Experiment: How Primary Health Care Organizations Supported the Evolution of a Primary Health Care System*. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(Suppl 1):S18-26.

Phillips RL, Bazemore AW. *Primary Care And Why It Matters For U.S. Health System Reform*. *Health Affairs*. 2010;29(5):806-10.

Protection universelle maladie [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>

Ridic G, Gleason S, Ridic O. *Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada*. *Mater Sociomed*. 2012;24(2):112-20.

Roland M, Guthrie B, Thomé DC. *Primary Medical Care in the United Kingdom*. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(Suppl 1):S6-11.

Ryan M, Doty M, Hamel L, Norton M. Abrams M, Brodie M. *Primary Care Providers' Views of Recent Trends in Health Care Delivery and Payment* [Internet]. *Commonwealth Fund*; 2015 [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/aug/primary-care-providers-views-recent-trends-health-care-delivery>

Squires D. *Spending, Use of Services, Prices, and Health in 13 Countries* [Internet]. *Commonwealth Fund* ; 2015 [cité 17 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/oct/us-health-care-global-perspective>