

Titre de l'exposé sommaire :

## **Interventions axées sur l'individu, une population ou de multiples composantes pour prévenir les infections transmissibles sexuellement (ITS): Données probantes et implications pour la santé publique**

Évaluation de la qualité de la recension systématique: **7 (moyennement rigoureuse)**

### **Recension faisant l'objet de cet exposé sommaire :**

Manhart, L.E. et Holmes, K.K. (2005). **Randomized controlled trials of individual-level, population-level, and multilevel interventions for preventing sexually transmitted infections: What has worked?** *Journal of Infectious Diseases*, 191, S7-S24.

### **Coordonnées de l'auteur de la recension :**

D<sup>r</sup> King K. Holmes, Center for AIDS and STD, University of Washington, Harborview Medical Center, 325 9<sup>th</sup> Ave., Box 359931, Seattle, WA 98104 (worthy@u.washington.edu)

*Le présent exposé sommaire fait la synthèse du travail des auteurs de la recension systématique susmentionnée. Le but de ce résumé est de présenter une vue d'ensemble des résultats et des implications de cette recension. Pour de plus amples renseignements sur des études individuelles mentionnées dans l'article d'origine, veuillez consulter la recension même.*

### **Résumé du contenu de la recension**

Cette recension de 41 essais à répartition aléatoire entend examiner les interventions axées sur l'individu, une population ou de multiples composantes pour prévenir les infections transmissibles sexuellement (ITS). Les résultats retenus font état du ciblage d'individus (28 interventions), de groupes (9 interventions) et de collectivités (4 interventions). La recension examine également les marqueurs biologiques de résultats prospectifs en matière d'ITS dégagés de l'ensemble des études. Vingt-deux (22) des essais retenus (54 %) font état d'interventions qui réduisent l'acquisition et la transmission des ITS ou l'apparition de complications par suite d'une ITS; toutefois, un seul essai fait état d'une intervention efficace contre la transmission du VIH. Les quatre interventions les plus fréquentes reposent sur des changements comportementaux, la vaccination, l'utilisation de microbicides topiques et le recours à un traitement préventif, curatif ou suppressif. Les auteurs de la recension soulignent que les organismes de santé publique devraient s'appliquer à mener des évaluations rigoureuses des stratégies d'intervention fructueuses pendant la mise à l'échelle des résultats et de la mise en œuvre des interventions fondées sur cette mise à l'échelle dans de nouveaux lieux, de même que des essais portant sur de nouvelles interventions.

### **Commentaires sur la méthode de la recension**

Il s'agit d'une recension systématique méthodologiquement moyennement rigoureuse. Les critères d'inclusion sont clairement exposés. La stratégie de recherche comprend le dépouillement des bases de données bibliographiques MEDLINE et Cochrane Central Register of Controlled Trials, des présentations récentes non publiées jusqu'en 2003 et des références bibliographiques des articles retenus. Elle aurait pu être plus exhaustive et comprendre d'autres bases de données et d'autres sources de publications, la consultation des principaux experts et des recherches manuelles dans des revues pertinentes. Les éléments interventionnels sont présentés sous forme de tableaux et regroupés par objet d'intervention (individus, groupes ou collectivités), par moyen d'intervention (p. ex. changements comportementaux, vaccination, utilisation de microbicides topiques et traitements) et par type d'éléments de mesure des résultats (acquisition, transmission ou complications). Bien que la qualité méthodologique des études examinées ait figuré parmi les critères d'inclusion, elle n'a pas fait l'objet d'une évaluation indépendante. Dans leur discussion des études individuelles, les auteurs de la recension n'ont pas tenu compte de la rigueur méthodologique pour pondérer leurs recommandations.

### **En quoi cette question intéresse-t-elle la santé publique?**

Depuis 1997, on assiste à une recrudescence progressive et généralisée des taux d'infection à chlamydia et à gonocoque, à des éclosions de syphilis ainsi qu'à une hausse, d'une part, des nouveaux cas de VIH diagnostiqués et, d'autre part, des estimations de l'incidence du VIH chez les hommes ayant des relations homosexuelles.<sup>1</sup> Le nombre de cas de gonorrhée rapportés au Canada atteste clairement la recrudescence des ITS. Au Canada, la tendance à la baisse s'est renversée chez les hommes et les femmes en 1997 pour accuser un taux de 20,1 cas pour 100 000 personnes en 2000, soit une hausse de 35 % par rapport à 1997.<sup>1</sup> La syphilis infectieuse, auparavant rare au Canada, est elle aussi en hausse avec 463 cas rapportés en 2002; ce nombre culmine à 1 493 cas en 2006.<sup>1</sup> Fait à noter, la recrudescence des ITS survient au sein des populations exposées à un risque élevé (p. ex. les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues injectables), qui répondent moins bien aux interventions traditionnelles de santé publique (notification et traitement du partenaire, dépistage, promotion de la santé). Les efforts de prévention sont essentiels, surtout en raison de la nature asymptomatique de plusieurs ITS et du risque accru d'ITS subséquente après une première infection.<sup>1,2</sup>

## Données probantes et implications

Les éléments de données probantes du tableau ci-dessous n'ont pas été pondérés ni classés selon leur importance.

Quelles sont les données probantes?	Implications pour la pratique et les politiques
<p><b>1. Interventions individuelles : prévention de l'acquisition (23 interventions)</b></p> <p><b>1.1. Changements comportementaux (4 études)</b></p> <p>Le counseling portant sur la réduction des risques, soit la méthode de changement comportemental la plus fréquemment utilisée, donne lieu à des résultats mitigés :</p> <p>1.1.1. On observe une réduction des ITS nettement plus importante (20 %) chez les participants à une intervention de counseling durant une période de 12 mois comparativement à ceux n'ayant reçu que des messages éducatifs (<math>p = 0,008</math>). Dans le cadre de cette étude, les participants comptant 3 partenaires ou plus sont 1,9 fois plus susceptibles de contracter une nouvelle ITS que ceux qui en comptent moins; parallèlement, les participants ayant eu 6 rapports sexuels non protégés ou plus sont 1,9 fois plus susceptibles de contracter une nouvelle ITS que ceux qui en ont eu moins.</p> <p>1.1.2. Les participants à une intervention de counseling ne sont ni plus ni moins susceptibles d'acquérir une ITS que ceux des groupes témoins (<math>p = 0,20</math> tant chez les hommes que chez les femmes). Dans le cadre de cette étude, les participants à une intervention de counseling sont moins susceptibles que ceux des groupes témoins d'avoir des rapports sexuels non protégés après 3 mois (<math>p &lt; 0,05</math>); par ailleurs, ils ne sont ni plus ni moins susceptibles que ceux des groupes témoins d'avoir des rapports sexuels non protégés après 5 mois.</p> <p>1.1.3. Les participants à une intervention de counseling ne sont ni plus ni moins susceptibles de connaître une réduction des ITS que ceux qui reçoivent de l'information sur la santé (RI de 0,8, IC à 95 % : de 0,53 à 1,20).</p> <p>1.1.4. Les participants à une intervention intensive de counseling comportant des séances de rappel ne sont ni plus ni moins susceptibles d'acquérir le VIH que ceux qui ont bénéficié de séances moins fréquentes (RI de 0,8, IC à 95 % : de 0,66 à 1,08). En revanche, comparativement à ceux des groupes témoins, les participants à cette étude qui ont bénéficié de séances de counseling plus fréquentes sont : moins susceptibles d'avoir des rapports sexuels anaux non protégés que ceux des groupes témoins (RI de 0,9, IC à 95 % : de 0,79 à 0,94), moins susceptibles d'avoir des rapports sexuels anaux non protégés avec des hommes sérodiscordants ayant des rapports homosexuels (RI de 0,9, IC à 95 % : de 0,78 à 0,94), moins susceptibles d'avoir des rapports sexuels anaux passifs non protégés avec des partenaires séropositifs ou dont la séropositivité est inconnue (RI de 0,8, IC à 95 % : de 0,71 à 0,89).</p> <p><b>1.2. Prophylaxie antimicrobienne par voie orale (2 études)</b></p> <p>1.2.1. On observe une réduction plus nette de nouvelles gonorrhées chez les participants soumis à une prophylaxie à la minocycline que chez ceux ayant reçu un placebo. Toutefois, les hommes soumis à une prophylaxie qui ont tout de même contracté la gonorrhée sont plus susceptibles de développer une infection de souche pharmacorésistante. On ne fait état d'aucun calcul de la valeur de l'effet.</p> <p>1.2.2. Les participants soumis à une prophylaxie mensuelle à l'azithromycine sont nettement moins susceptibles</p>	<p><b>1. Interventions individuelles :</b></p> <p>1.1. Bien que les interventions individuelles fassent l'objet d'un plus grand nombre d'essais, comparativement à celles axées sur des groupes ou des collectivités, on ne peut établir clairement leur efficacité.</p> <p>1.1.1. Certaines données probantes sont favorables aux interventions de counseling comportant au moins deux séances, toutefois elles ne permettent pas d'établir clairement la quantité idéale de séances et l'intensité optimale du counseling pour obtenir un effet positif sur l'incidence des ITS.</p> <p>1.1.2. Les traitements prophylactiques semblent réduire l'incidence des ITS; il faut toutefois approfondir la recherche à ce sujet puisqu'on ne connaît pas l'incidence de ces interventions sur la résistance aux antimicrobiens.</p> <p>1.1.3. Bien que les microbicides topiques fassent l'objet de nombreux essais, on ne peut établir leur efficacité d'autant que plusieurs essais font état d'effets néfastes associés à l'apparition de lésions génitales.</p> <p>1.1.4. Les interventions comportant le traitement des partenaires semblent efficaces pour prévenir la transmission des ITS, toutefois, seulement deux des quatre études examinées révèlent un effet positif.</p>

de contracter la gonorrhée, la chlamydia ou une trichomonase, mais ne sont ni plus ni moins susceptibles de contracter le VIH. On ne fait état d'aucun calcul de la valeur de l'effet.

### 1.3. Vaccins contre les ITS ou immunisation passive (7 études)

#### 1.3.1. Vaccin inactivé contre le virus de l'hépatite B (VHB) (3 études)

La vaccination se révèle hautement efficace (de 85 % à 100 %), particulièrement après l'administration de la 3<sup>e</sup> dose. Les participants vaccinés sont nettement moins susceptibles de contracter le VHB que ceux ayant reçu un placebo.

#### 1.3.2. Immunoglobulines contre le virus de l'hépatite C (VHC) (1 étude)

Les participants soumis à des injections intramusculaires d'immunoglobulines tous les deux mois sont nettement moins susceptibles de contracter le VHC que ceux ayant reçu un placebo ( $p = 0,02$ ).

#### 1.3.3. Vaccin contre le virus de l'herpès simplex de type 2 (HSV-2) (2 études)

Les résultats sur l'efficacité des vaccins contre le HSV-2 sont variables. Dans le cadre d'une étude, les participants vaccinés ne sont ni plus ni moins susceptibles de contracter le HSV-2 que ceux des groupes témoins. Dans le cadre d'une autre étude, les participants vaccinés contre le HSV-2 sont nettement moins susceptibles de contracter le HSV-2 que ceux des groupes témoins ( $p = 0,01$ ;  $p = 0,02$ ).

#### 1.3.4. Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH-16) (1 étude)

Dans le cadre d'une étude, le vaccin contre le VPH-16 démontre une efficacité de 100 % dans la prévention de l'acquisition du virus chez les étudiantes universitaires.

### 1.4. Application intravaginale de microbicides topiques (10 études)

Dans l'ensemble, les interventions ont donné lieu à des résultats mitigés quant à leur efficacité de prévention des ITS.

#### 1.4.1. Infection à gonocoque

Dans le cadre de 4 études, les participants qui ont reçu un traitement microbicide sont nettement moins susceptibles de contracter une gonorrhée que ceux des groupes témoins, du moins à court terme. Les résultats dégagés d'une de ces études font état de l'effet du traitement après 6 mois, ce qui n'est plus le cas après 12 mois. Dans le cadre de 4 études, les participants qui ont reçu un traitement microbicide ne sont ni plus ni moins susceptibles de contracter une gonorrhée. Dans le cadre de 2 études, les participants qui ont reçu un traitement microbicide sont nettement plus susceptibles de contracter une gonorrhée.

#### 1.4.2. Infection à chlamydia

Dans le cadre de 6 études, les participants qui ont reçu un traitement microbicide ne sont ni plus ni moins susceptibles de contracter une chlamydia que ceux des groupes témoins. Dans le cadre d'une étude, les participants qui ont reçu un traitement microbicide sont nettement plus susceptibles de contracter une chlamydia que ceux des groupes témoins.

#### 1.4.3. VIH (4 études)

Dans le cadre de 3 études, les participants qui ont reçu un traitement microbicide ne sont ni plus ni moins susceptibles de contracter le VIH que ceux des groupes témoins.

Dans le cadre d'une étude, les participants qui ont reçu un traitement microbicide sont nettement plus susceptibles de contracter le VIH que ceux des

<p>groupes témoins.</p> <p>1.4.4. <b>Syphilis</b> Dans le cadre d'une étude, les participants qui ont reçu un traitement microbicide ne sont ni plus ni moins susceptibles de contracter une syphilis que ceux des groupes témoins.</p> <p>1.4.5. <b>Trichomonase</b> Dans le cadre d'une étude, les participants qui ont reçu un traitement microbicide ne sont ni plus ni moins susceptibles de contracter une trichomonase que ceux des groupes témoins.</p> <p>1.4.6. <b>Vaginose bactérienne (VB)</b> Dans le cadre d'une étude, les participants qui ont reçu un traitement microbicide ne sont ni plus ni moins susceptibles de contracter une VB que ceux des groupes témoins.</p> <p>1.5. <b>Effets indésirables</b> D'après 3 études sur 10, les participants qui ont reçu un traitement microbicide sont nettement plus susceptibles de subir des effets indésirables (irritation symptomatique, maladie génitale ulcéreuse, vulvite, lésions génitales) que ceux des groupes témoins.</p> <p><b>2. Interventions individuelles : prévention de la transmission (4 études)</b> Les quatre interventions comprennent un traitement curatif ou suppressif.</p> <p>2.1. Dans l'ensemble, ces études ont donné lieu à des résultats mitigés.</p> <p>2.1.1. Les participants dont le partenaire a reçu un traitement au tinidazole sont moins susceptibles de subir une trichomonase vaginale récurrente que ceux dont le partenaire a reçu un placebo (<math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>2.1.2. Les participants qui ont fourni à leur partenaire un traitement à l'azithromycine contre la chlamydia ne sont ni plus ni moins susceptibles de transmettre des ITS que ceux dont le partenaire a obtenu un traitement par lui-même (RI de 0,80, IC à 95 % : de 0,62 à 1,05).</p> <p>2.1.3. L'administration de valacyclovir au partenaire séropositif au HSV-2 d'un couple sérodiscordant réduit le risque de transmission du HSV-2 au partenaire séronégatif (HR de 0,52, IC à 95 % : de 0,27 à 0,99, <math>p = 0,04</math>).</p> <p>2.1.4. Les partenaires des participants souffrant d'une infection à gonocoque ou à chlamydia subissent moins de persistance ou de réinfection (<math>p = 0,04</math>) s'ils reçoivent un traitement. Les partenaires des participants souffrant d'une gonorrhée subissent moins de persistance ou de réinfection (<math>p = 0,02</math>) quand le traitement est administré au partenaire par le patient.</p> <p><b>3. Interventions individuelles : Prévention des complications (1 étude)</b></p> <p>3.1. Les participants qui ont subi un test ELISA et une culture dans le cadre d'un dépistage des infections à chlamydia endocervicales sont 56 % moins susceptibles de contracter une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) que ceux qui ne l'ont pas fait. L'effet véritable sur la réduction de la probabilité de contracter une AIP varie de 12 % à 80 % (RR de 0,44, IC à 95 % : de 0,20 à 0,88).</p>	
<p><b>4. Interventions auprès de groupes : prévention d'acquisition (9 études)</b></p> <p>4.1. <b>Changements comportementaux</b> Le counseling comportemental donne lieu à des résultats mitigés.</p> <p>4.1.1. Les participants à une intervention de counseling de groupe comportant 4 séances présentent après-coup des taux d'ITS, d'activité sexuelle avec plus d'un partenaire ou d'utilisation du condom ni plus ni moins bas que ceux des participants à une intervention comportant seulement 2 séances de counseling.</p>	<p><b>4. Interventions auprès de groupes</b></p> <p>4.1. Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour déterminer l'efficacité des interventions collectives dans la prévention de l'acquisition des ITS.</p>

<p>4.1.2. Les participants à une intervention de counseling de 7 séances en petit groupe présentent après-coup moins de symptômes d'ITS que ceux des groupes témoins (<math>p = 0,001</math>), mais ils ne sont ni plus ni moins susceptibles que ces derniers de contracter une infection à gonocoque ou à chlamydia après 12 mois. La même étude révèle que les hommes qui ont participé à l'intervention sont moins susceptibles de contracter la gonorrhée que ceux des groupes témoins (<math>p &lt; 0,03</math>).</p> <p>4.1.3. Les participants à une intervention de counseling comportant 3 séances connaissent une réduction plus importante du taux d'ITS que ceux des groupes témoins (<math>p = 0,004</math>).</p> <p>4.1.4. Les participants à 6 séances en petit groupe ne sont ni plus ni moins susceptibles d'acquérir une STI que ceux des groupes témoins.</p> <p>4.1.5. Les participants à une intervention de counseling en petit groupe comportant 16 séances connaissent après-coup une réduction plus importante du taux d'ITS que ceux des groupes témoins (<math>p = 0,004</math>) 12 mois après l'intervention.</p> <p>4.1.6. Les participants à des interventions comportementales connaissent après-coup une réduction des taux d'ITS et de grossesse par rapport à ceux des groupes témoins (RI de 0,71, IC à 95 % : de 0,51 à 0,99).</p> <p><b>4.2. Prophylaxie antimicrobienne par voie orale</b></p> <p>4.2.1. Les participants soumis à une prophylaxie à la azithromycine ne sont ni plus ni moins susceptibles de contracter une infection à gonocoque ou à chlamydia que ceux des groupes témoins.</p> <p><b>4.3. Distribution de condoms féminins</b></p> <p>4.3.1. Dans le cadre de deux études, les participants à qui on a distribué des condoms masculins et féminins ne sont ni plus ni moins susceptibles de contracter une ITS que ceux des groupes témoins qui ont reçu des condoms masculins seulement.</p>	
<p><b>5. Interventions communautaires : Multivolets (4 études)</b></p> <p>5.1. Les interventions à composantes multiples comprennent de l'éducation en milieu scolaire, des services de soins de santé génésique, la distribution de condoms et des activités communautaires.</p> <p>5.2. On n'observe aucune différence entre les taux de VIH ou de HSV-2 et la prévalence d'ITS chez les participants à des interventions communautaires comparativement à ce que l'on observe au sein des groupes témoins.</p> <p><b>6. Interventions communautaires : Traitement syndromique ou collectif</b></p> <p>6.1. Chez les participants à une intervention axée sur l'information, l'éducation et la communication en combinaison avec un service de gestion syndromique des ITS, comparativement à ce que l'on observe au sein des groupes témoins, on observe d'importantes réductions des cas de syphilis active (RI de 0,25, IC à 95 % : de 0,27 à 0,98) et de gonorrhée (RI de 0,25, IC à 95 % : de 0,10 à 0,64), mais on n'observe aucune différence dans le nombre de cas d'infection au VIH-1, d'infection à chlamydia, d'ulcères génitaux ou d'urétrorrhée.</p> <p>6.2. Les participants à un traitement collectif, comparativement à ceux des groupes témoins, ne sont ni plus ni moins susceptibles de connaître une réduction de l'incidence du VIH, de la gonorrhée, de la chlamydia, de la VB ou de la syphilis après 20 mois.</p> <p>6.3. On observe chez les participantes enceintes qui bénéficient d'un traitement collectif une réduction du taux de mortalité néonatale (RR de 0,83, IC à 95 % : de 0,71 à 0,97); du nombre de cas d'ophtalmie infantile (RR de 0,37, IC à 95 % : de 0,20 à 0,70); du déficit pondéral à la naissance (RR de 0,68, IC à 95 % : de 0,53 à 0,86), de même qu'aucun accouchement prématuré (RR de 0,77, IC à 95% : de 0,56 à</p>	<p><b>5. Interventions communautaires :</b></p> <p>5.1. Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour déterminer l'efficacité des interventions à composantes multiples ou des interventions communautaires avec traitement collectif dans la prévention de l'acquisition ou de la transmission des ITS.</p> <p>5.2. Les cinq essais portant sur des interventions communautaires ont eu lieu en Afrique et il est difficile d'établir la pertinence de leurs résultats dans le contexte canadien.</p>

<p>1,05).</p> <p>6.4. Chez les participants à un traitement syndromique, comparativement à ceux des groupes témoins, on observe une plus faible incidence des cas d'infection au VHI (RR de 0,58, IC à 95 % : de 0,42 à 0,79).</p>	
<p><b>7. Problèmes d'ordre méthodologique des études retenues</b></p> <p>7.1. La généralisation des résultats pourrait être limitée par le nombre de participants aux études (pas plus de 95 participants). En outre, plusieurs études ne comportent pas de données sur le taux d'abandon lors du suivi (n = 17).</p> <p>7.2. Les lieux, les populations et les interventions varient grandement entre les études, de sorte qu'il est difficile d'en comparer les résultats de façon pertinente.</p> <p>7.3. Le résumé n'est pas pondéré selon la qualité des études initiales.</p> <p>7.4. Le résumé cite les résultats de 4 essais présentés dans le cadre de conférences internationales en 2002–2003; toutefois, il faut les interpréter avec prudence, car ils n'ont pas encore été publiés ni fait l'objet d'évaluations par les pairs.</p> <p>7.5. Les interventions communautaires (n = 5) ainsi que quelques-unes des interventions de groupe ou individuelles ont eu lieu dans des pays en développement, de sorte qu'il est difficile d'en généraliser les résultats pour les appliquer à d'autres populations.</p> <p>7.6. Seuls des essais cliniques aléatoires ont fait l'objet de cette recension; toutefois, d'autres types de protocoles de recherche pourraient fournir des données probantes de qualité.</p>	<p><b>7. Évaluation des programmes et recherche</b></p> <p>7.1. Il y a lieu de mener des évaluations rigoureuses et des études de grande qualité pour approfondir les connaissances sur ce sujet. Elles doivent comprendre :</p> <p>7.1.1. l'évaluation des stratégies interventionnelles fructueuses pendant la mise à l'échelle des résultats et la mise en œuvre des interventions fondées sur cette mise à l'échelle dans de nouveaux lieux;</p> <p>7.1.2. des essais portant sur des échantillons de plus grande taille pour une meilleure puissance statistique;</p> <p>7.1.3. des essais sur la durée du suivi et les effets après 6 à 12 mois;</p> <p>7.1.4. des essais sur les retombées des interventions sur le plan épidémique ou au sein de différents réseaux sexuels;</p> <p>7.1.5. des mises à jour de recensions systématiques comportant des résultats d'études en cours de réalisation;</p> <p>7.1.6. la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions individuelles de prévention des ITS (p. ex. traitement administré au partenaire par le patient) dans différents lieux;</p> <p>7.1.7. des essais visant à déterminer si des interventions comportementales précises influent de manière différente, d'une part, sur les populations présentant une prévalence des ITS initiale particulière et, d'autre part, sur l'incidence d'ITS de différents degrés d'infectiosité;</p> <p>7.1.8. une recension systématique réunissant des essais avec suivi passif (par opposition à un dépistage actif), des protocoles de recherche sans répartition aléatoire (p. ex. des études avec contrôle avant-après) ou des résultats intermédiaires (p. ex. taux de dépistage).</p> <p>7.2. En raison des coûts potentiellement élevés de ce type de recherche, on doit établir un ordre de priorité parmi les interventions à étudier.</p>
<p><b>8. Information sur les rapports coût-avantages et coût-efficacité</b></p> <p>8.1. La recension ne contient aucune information liée à ces coûts.</p>	<p><b>8. Information sur les rapports coût-avantages et coût-efficacité</b></p> <p>8.1. Des travaux de recherche ultérieurs devront porter sur le rapport coût-efficacité des interventions.</p>
<p><b>Implications générales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il faut mettre à l'échelle les résultats de plusieurs études axées sur le patient (n = 7) pour les intégrer à des interventions axées sur des populations. Le cas échéant, il faut évaluer la mise en œuvre, dans différents lieux, des interventions fondées sur des résultats mis à l'échelle.</li> <li>La plupart des études retenues comportent des interventions individuelles (28/41), de sorte que les conclusions sont principalement axées sur ce type de stratégie.</li> <li>Bien que les auteurs de la recension constatent, dans 22 des 41 études (54 %), une réduction de l'acquisition et de la transmission des ITS ou des complications associées aux ITS, ainsi que l'efficacité d'une intervention contre la transmission du VIH par voie sexuelle, ils ne font pas état des résultats de l'évaluation de la qualité de ces études.</li> </ul> <p><b>Implications pour la recherche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>On observe un écart important entre les résultats sur la prévention des ITS et du VIH chez les hommes ayant des rapports homosexuels d'après les ECA qui font appel à des éléments objectifs.</li> <li>La recension comprend quelques essais sur le dépistage des ITS, mais aucun essai aléatoire sur les interventions structurelles.</li> <li>Il y a lieu d'effectuer des évaluations rigoureuses des programmes ainsi que des études de recherche de grande qualité pour approfondir les connaissances sur ce sujet. Ces dernières doivent comprendre des évaluations des interventions fructueuses fondées sur des résultats mis à l'échelle ou mises en œuvre dans de nouveaux lieux.</li> </ul>	

**Légende :** IC – intervalle de confiance; RI – ratio d'incidence; RR – risque relatif

\*\* Veuillez consulter le glossaire de donneesprobantes-sante.ca (dans la section « Guide d'utilisation du site ») pour accéder aux définitions.

## Références mises à profit pour analyser la question

---

1. Patrick, D.M., Wong, T., et Jordan, R.A. (2000). Sexually transmitted infections in Canada: Recent resurgence threatens national goals. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 9(3), 149-165.
2. Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. Accessible à [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti\\_2006/pdf/Guidelines\\_Fr\\_complete\\_06-26-08.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/pdf/Guidelines_Fr_complete_06-26-08.pdf).

## Autres recensions de qualité sur le même sujet

---

- Elwy, A.R., Hart, G.J., Hawkes, S. et Petticrew, M. (2002). Effectiveness of interventions to prevent sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus in heterosexual men: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 162(16), 1818-1830.
- Horn, A.K., Rama, S.M., Griffin, T., DeLuca, J.B., Mullins, M.M., Aral, S.O., et coll. (2007). The efficacy of behavioral interventions in reducing HIV risk sex behaviors and incident sexually transmitted disease in black and Hispanic sexually transmitted disease clinic patients in the United States: A meta-analytic review. *Sexually Transmitted Diseases*, 34(6), 319-332.
- Underhill, K., Montgomery, P. et Operario, D. (2007). Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high-income countries: Systematic review. *British Medical Journal*, 335(7613), 248-259.
- Weller, S. et Davis, K. (2002). Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, Art. n°: CD003255.
- Yamada, J., DiCenso, A., Feldman, L., Cormillott, P., Wade, K., Wignall, R., et coll. (1999). A systematic review of the effectiveness of primary prevention programs to prevent sexually transmitted diseases in adolescents. Hamilton, Ontario: Effective Public Health Practice Project.

## Liens connexes

---

- Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada <http://www.ammi.ca/index.php>
- Relevé des maladies transmissibles au Canada <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/index-fra.php>
- Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>
- Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle [http://198.103.98.171/publicat/cgshe-ldnemss/emss\\_toc-fra.php](http://198.103.98.171/publicat/cgshe-ldnemss/emss_toc-fra.php)
- Le Collège des médecins de famille du Canada. (2007). *ITS courantes et conseils pour la prévention*. Accessible à <http://www.cfpc.ca/French/cfpc/programs/patient%20education/sti/default.asp?s=1>
- Conseil du Canada d'information et d'éducation sexuelles [http://www.sieccan.org/pdf/sexual\\_health\\_gs.pdf](http://www.sieccan.org/pdf/sexual_health_gs.pdf)
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada <http://www.masexualite.ca/professionnels/its.aspx>

## Proposition de citation

---

Robeson, P., McRae, L., Dobbins, M. (2010). Interventions axées sur l'individu, une population ou de multiples composantes pour prévenir les infections transmissibles sexuellement (ITS) : données probantes et implications pour la santé publique. Hamilton, ON: McMaster University. Accessible à [http://www.health-evidence.ca/documents/16300/Manhart\\_2005\\_L'exposé\\_Sommaire\\_-\\_Français.pdf](http://www.health-evidence.ca/documents/16300/Manhart_2005_L'exposé_Sommaire_-_Français.pdf)

*Les opinions et les idées exprimées dans le présent document sont celles du ou des auteur(s) de l'exposé sommaire et de donneesprobantes-sante.ca. Elles ne reflètent pas nécessairement les opinions de l'employeur ni celles des autres organismes contractants. Pour faciliter la tâche aux internautes, donneesprobantes-sante.ca offre des liens vers d'autres sites à partir du sien. Toutefois, donnees-probantes.ca ne sanctionne pas le contenu de ces sites et n'accepte aucune responsabilité à cet égard.*