

Interventions efficaces en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) auprès des jeunes et des adultes Une synthèse des connaissances – Résultats saillants

Octobre 2012

Résumé

Ce document est une version résumée de la synthèse *Interventions validées en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) auprès des jeunes et des adultes*, produite à l'INPES. L'objectif de ce résumé est de mettre à disposition des acteurs de santé publique et des professionnels de terrain une présentation des interventions dont l'efficacité a été validée par des protocoles scientifiques. Dans un souci d'efficacité et de rigueur, cet état des connaissances est réalisé selon une méthode développée à l'INPES en 2010 pour sélectionner et analyser la littérature scientifique afin d'extraire et de classer les méthodes pertinentes.

Une vingtaine d'interventions sont identifiées ici comme ayant un impact sur la prévention des IST. La plupart d'entre elles visent des publics adultes à risque et/ou bien s'adressent à la population générale, quelques unes visent les adolescents. La plupart sont unimodales basées sur le développement de compétences (négociation, communication, utilisation des préservatifs, décision), sur une éducation, de la transmission d'informations ou la proposition d'un dépistage ; quelques unes combinent plusieurs modalités et peuvent être mises en place en milieu scolaire, impliquer les proches, les pairs et/ou la communauté. D'autres utilisent les médias auprès de jeunes adultes pour capter efficacement leur attention. La connaissance de ces modalités d'intervention largement utilisées au niveau international devrait enrichir la réflexion sur les pratiques développées en France.

Méthode

La thématique analysée porte sur la prévention des IST auprès des jeunes et des adultes. Si les principaux indicateurs sont la réduction des IST dans la population et l'augmentation de la fréquence d'utilisation des préservatifs, d'autres mesures peuvent être relevées : nombre de rapports, de partenaires, report de l'âge du premier rapport, dépistage, traitement des partenaires. Il est important de noter que les interventions ciblant uniquement la prévention du VIH ne sont pas traitées ici.

Les documents sélectionnés pour réaliser cet état des lieux sont les synthèses de littérature récentes comprises entre 2004 et 2010 dont la qualité est reconnue par la communauté scientifique et en santé publique. Dans un premier temps, les revues Cochrane portant sur la thématique sont automatiquement retenues. Dans un second temps, parmi les synthèses de littérature produites par des organismes de santé publique reconnus, sont sélectionnées celles qui sont plus récentes que les revues Cochrane. Dans un troisième temps, parmi les synthèses de littérature publiées dans des revues scientifiques à comité de lecture ayant un facteur d'impact élevé, sont retenues les synthèses postérieures aux revues Cochrane et aux synthèses des organismes. Ainsi 17 documents ont été retenus ici : 1 revue Cochrane¹, 1 revue produite par un organisme reconnu² et 15 articles scientifiques de synthèse^{3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17}.

Les documents sont ensuite analysés dans le but d'identifier et de distinguer les interventions efficaces : une intervention est alors définie comme *validée* lorsque son efficacité est reconnue par au moins un des documents, ou comme *prometteuse* quand son efficacité est pressentie par au moins un document (sans bien sûr être validée par un autre). L'analyse des documents est réalisée en deux temps par deux personnes. La première analyse d'abord tous les documents en élaborant un tableau de synthèse, puis la seconde vérifie les données en s'assurant que l'ensemble des interventions efficaces est correctement identifié et regroupé selon des dimensions caractéristiques. Deux classes distinctes ont ainsi été isolées en fonction de l'âge des bénéficiaires : les adolescents vs les jeunes adultes/adultes. Les interventions ont également été différenciées selon le type de prévention : « universelle » (proposée à toute la population) ou « ciblée » (visant des publics spécifiques).

Résultats saillants

1. Parmi les **interventions validées auprès des adolescents** (cf. [Tableau la](#)), plusieurs programmes sont réalisés en milieu scolaire (*Reducing the Risk, Get Real About AIDS Program, Youth AIDS Prevention Program,*

etc.). Dans l'ensemble, ces programmes sont basés sur l'acquisition de connaissances et compétences en matière de prévention des IST. Les intervenants sont les enseignants et/ou des professionnels de santé issus de l'établissement même. D'autres thématiques peuvent être abordées comme l'influence des pairs, la contraception, les interactions avec les parents, ... Ces programmes permettent d'augmenter la fréquence d'utilisation des préservatifs, de diminuer les comportements à risque, de reporter l'âge du premier rapport.

D'autres interventions scolaires validées sont multimodales et impliquent la communauté, les parents... (*Safer Choices, Reach for Health Community Youth Service*). Ces programmes sont menés par les enseignants qui peuvent être accompagnés par des professionnels de santé. Les cours de connaissances sont combinés à des activités de groupe sur la prévention des risques; sont également proposés des travaux communautaires, un partenariat avec les pairs, etc. Ils permettent de diminuer la fréquence des rapports sexuels non protégés, d'augmenter l'utilisation du préservatif au dernier rapport.

D'autres interventions multimodales validées sont focalisées sur l'utilisation du préservatif (*Structural-Level Condom Distribution Intervention*). Les stratégies de type SLCDI sont basées sur l'amélioration structurelle de la disponibilité, acceptabilité et accessibilité des préservatifs, notamment via des distributions à grande échelle en milieu scolaire ou non; combinées à des messages de prévention. Elles peuvent également être couplées à des interventions de groupe, impliquer les pairs, la communauté, ... Elles montrent ainsi une augmentation importante de l'utilisation des préservatifs et un report du premier rapport.

Ces trois catégories d'interventions peuvent aussi s'adresser à des publics plus vulnérables comme les minorités culturelles.

D'autres **interventions validées auprès des adolescents sont ciblées**, sur ces mêmes populations à risque (cf. Tableau Ib) via des interventions de groupes en dehors du milieu scolaire. Certaines sont mixtes (*Focus on Kids, Making Proud Choices: A safer-sex approach*), d'autres visent les garçons (*Be Proud, Be Responsible*) ou les filles (*Sistering, Informing, Healing, Living, and Empowering*). Ces programmes sont réalisés par des intervenants appariés en culture et en genre; les adolescents apprennent à développer des compétences; des facilitateurs pairs peuvent être présents. Ils montrent une augmentation

de la fréquence d'utilisation des préservatifs ou de l'intention de les utiliser. Le comportement sexuel général est également amélioré au niveau de la diminution du nombre de rapports, du nombre de partenaires, ...

Une dernière intervention validée auprès des adolescents cible les usagers de drogue en milieu carcéral (étude de Magura). Les jeunes acquièrent des connaissances en matière de santé générale et de VIH via la participation à des groupes. Ils apprennent les conséquences de l'abus des drogues sur la santé et sur les comportements sexuels, ainsi qu'à développer des stratégies pour réduire les risques d'infection. Cette étude montre une augmentation du port du préservatif et de son acceptabilité en général.

2. Parmi les interventions validées auprès des jeunes adultes et adultes en général (cf. Tableau IIa), une méthode consiste à pratiquer du counseling en face à face auprès de patients qui consultent en centre de santé pour un dépistage IST (*Project RESPECT*). Cette intervention réalisée par un professionnel de santé permet aussi de développer des compétences autour du préservatif. Cette méthode montre notamment une diminution du taux de nouvelles infections par IST et des pratiques à risque.

Les stratégies de type SLCDI sont également validées auprès des adultes. L'amélioration structurelle peut se faire selon trois niveaux: individuel – organisationnel – environnemental. Par exemple, la disponibilité des préservatifs peut être augmentée grâce à des distributeurs placés dans des endroits stratégiques (lieux de sexe...). L'acceptabilité peut être améliorée via des articles promotionnels ou grâce à des campagnes marketing de promotion. L'accessibilité des préservatifs peut être augmentée via des distributions gratuites à grande échelle et en adaptant les politiques sur le sujet pour permettre cette diffusion. Les SLCDI permettent d'augmenter l'utilisation des préservatifs.

D'autres **interventions validées ciblent des populations à risque de jeunes adultes et adultes** (cf. Tableau IIb), notamment des groupes de femmes issues de minorités culturelles (e.g. *Project SAFE: Sexual Awareness For Everyone*). Les séances sont menées par une animatrice appariée en culture. Les femmes reçoivent une éducation afin d'identifier les situations à risque, elles s'engagent à se responsabiliser et elles

travaillent plusieurs compétences. Une version revisitée propose des groupes de soutien (*Project SAFE 2*). Ces programmes permettent de réduire les rapports non protégés et de diminuer l'incidence des nouvelles IST. Cet effet est amplifié grâce aux groupes de soutien. Le comportement sexuel général est également amélioré (moins de partenaires multiples et de relations à haut risque).

Une autre intervention de groupe validée est réalisée par un professionnel de santé auprès de ses patients issus de minorités culturelles (étude de O'Donnell). Les groupes sont appariés en langue, culture et genre ; l'intervenant est aussi apparié en tous points. La thématique principale est centrée sur la promotion et la négociation autour du préservatif. Cette étude montre une réduction des IST spécifiquement chez les hommes.

Certaines interventions validées ciblent des personnes en situation de prostitution, avec du counseling médical dispensé par des professionnels volontaires sur le lieu d'exercice des travailleurs (études de Bhavé, etc.). Les séances de counseling sont associées à une éducation par les pairs et à une distribution gratuite de préservatifs dans les lieux de sexe. Ces études montrent une augmentation du port du préservatif et une diminution de la prévalence de toutes les IST. D'autres interventions menées dans les réseaux de prostitution sont multimodales (e.g. *Thai 100% Condom Use Program*). Celles-ci sont axées sur l'amélioration de la disponibilité et accessibilité des préservatifs à un niveau organisationnel ; et sur la responsabilisation de ces réseaux grâce à un système de contrôles / sanctions. Les femmes prostituées et leurs clients utilisent davantage les préservatifs, ce qui permet de diminuer la prévalence des IST dans ces réseaux, mais aussi dans la population générale. A noter que ce type de méthodes agit dans un contexte légal de reconnaissance de la prostitution, ce qui n'est pas le cas en France

D'autres interventions validées ciblent les personnes infectées et leurs partenaires via des actions au niveau de l'individu (*Partner Therapy / Notification*). Lors de la consultation avec le professionnel de santé, un traitement est aussi prescrit pour le partenaire avec des informations qui lui sont destinées en propre (contrat de notification, invitation à venir consulter). Cette méthode permet de diminuer la récurrence des IST chez les patients sources ; et aussi d'augmenter le nombre de

partenaires qui se font examiner et qui suivent le traitement.

Par ailleurs, plusieurs catégories d'intervention sont présentées ici pour leur **impact pressenti sur la prévention des IST auprès des jeunes adultes et adultes**. Ces dernières consistent surtout à faire de la prévention secondaire et à améliorer les taux de dépistage des IST.

3. Parmi ces interventions prometteuses, certaines utilisent les médias auprès des jeunes adultes (cf. [Tableau III](#)), notamment des campagnes multimédia de communication (études de Wilkins, ...). Ces campagnes ciblées utilisent tous les supports publicitaires (imprimés, radio, télévision, Internet...) afin de délivrer des informations de santé autour de *Chlamydia trachomatis* et de son dépistage. Ces campagnes permettent d'augmenter les taux de dépistage pendant et après leur diffusion.

D'autres méthodes prometteuses consistent à agir au niveau individuel via les nouvelles technologies afin de capter plus facilement l'attention des jeunes avec des outils qui les intéressent (e.g. *The S project*). Ces derniers reçoivent des SMS ou mails contenant des informations de santé sur les IST, ainsi que des liens vers des sites Internet référents. Ces méthodes montrent une augmentation des taux de dépistage de *Chlamydia trachomatis*.

Une autre intervention consiste à faire de la prévention secondaire en proposant directement un dépistage in situ de *Chlamydia trachomatis* dans les endroits fréquentés par les jeunes, qui ensuite envoient les auto-prélèvements par courrier (*The check is in the mail*). Ceci permet de capter un public difficile à se faire dépister par les circuits traditionnels. Ainsi les taux de dépistage et de traitement sont améliorés dans ces populations.

4. Certaines interventions prometteuses sont réalisées auprès de la population des adultes et jeunes adultes (cf. [Tableau IV](#)), également par de la prévention secondaire en proposant un dépistage in situ du *Chlamydia* aux personnes qui attendent aux urgences (étude de Dykstra). Cette méthode favorise aussi la captation d'un public difficile à amener à un dépistage traditionnel, et elle permet ainsi d'améliorer les taux de dépistage.

D'autres interventions visent les professionnels de santé (études de Verhoeven, ...). Ces derniers travaillent leurs compétences de communication afin que les patients prennent davantage conscience de l'existence du Chlamydia, ses séquelles et de l'amélioration en matière de dépistage. Ces études montrent une augmentation des taux de dépistage.

Pour finir, d'autres interventions prometteuses ciblent des **populations d'adultes à risque**, notamment par de la prévention secondaire auprès de femmes prostituées (étude de Gorter). Des bons d'accès gratuits au dépistage des IST à utiliser dans des centres de santé sont distribués. Ces bons permettent de bénéficier de traitements prophylactiques, d'examen de santé, ainsi que d'accéder à des

traitements gratuits et à un suivi en cas de dépistage positif d'IST curables. Cette étude montre une augmentation des taux de consultation et de dépistage des IST.

Enfin, une intervention ciblant les femmes SDF (étude de Nyamathi) consiste à utiliser des méthodes informelles interactives (travaux pratiques, vidéos, etc.) afin de capter cette population marginale, l'interactivité étant plus importante ici que la durée de l'intervention en soi. Cette étude montre une réduction à un an des comportements sexuels à risque (rapports non protégés et partenaires multiples).

Document réalisé par Delphine Kersaudy-Rahib, Béatrice Lamboy, Laetitia Haroutunian (INPES) et Juliette Clément (psychologue consultante).

Bibliographie

(1) Mathews C, Coetzee N, Zwarenstein M, Lombard C, Guttmacher S, Oxman A, Schmid G. Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4.

(2) NICE. One to One interventions to reduce the transmission of sexually transmitted infections including HIV, and to reduce the rate of under 18 conceptions, especially among vulnerable and at risk groups. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.

(3) Charania MR, Crepaz N, Guenther-Gray C, Henny K, Liau A, Willis LA, Lyles CM. Efficacy of Structural-Level Condom Distribution Interventions: A Meta-Analysis of U.S. and International Studies, 1998–2007. *AIDS Behav.* 2011 Oct;15(7):1283-97.

(4) Free C, Roberts IG, Abramsky T, Fitzgerald M, Wensley F. A systematic review of randomised controlled trials of interventions promoting effective condom use. *J Epidemiol Community Health.* 2011;65:100–10.

(5) Kang M, Skinner R, Usherwood T. Interventions for young people in Australia to reduce HIV and sexually transmissible infections: a systematic review. *Sex Health.* 2010 Jun;7(2):107-28.

(6) Wetmore CM, Manhart LE, Wasserheit JN. Randomized Controlled Trials of Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections: Learning From the Past to Plan for the Future. *Epidemiol Rev.* 2010;32:121–36.

(7) Crepaz N, Marshall KJ, Aupont LW, Jacobs ED, Mizuno Y, Kay LS, Jones P, McCree DH, O'Leary A.. The efficacy of HIV/STI behavioral interventions for African American females in the United States: a meta-analysis. *Am J Public Health.* 2009 Nov;99(11):2069-78.

(8) Piper JM. Prevention of Sexually Transmitted Infections in Women. *Infect Dis Clin North Am.* 2008 December; 22(4):619–35.

(9) Shahmanesh M, Patel V, Mabey D, Cowan F. Effectiveness of interventions for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections in female sex workers in resource poor setting: a systematic review. *Tropical Medicine and International Health.* 2008 May;13(5):659–79.

(10) Ginige S, Fairley CK, Hocking JS, Bowden FJ, Chen MY. Interventions for increasing chlamydia screening in primary care: a review. *BMC Public Health.* 2007;7:95.

(11) Crepaz N, Horn AK, Rama SM, Griffin T, Deluca JB, Mullins MM, Aral SO. 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. *Sex Transm Dis.* 2007 Jun;34(6):319-32.

(12) Trelle S, Shang A, Nartey L, Cassell JA, Low N. Improved effectiveness of partner notification for patients with sexually transmitted infections: systematic review. *BMJ.* 2007 February;17(334):354-60.

(13) Sales JM, Milhausen RR, DiClemente RJ. A decade in review: building on the experiences of past adolescent STI/HIV interventions to optimise future prevention efforts. *Sex Transm Infect.* 2006;82:431–6.

(14) Wright NM, Walker J. Homelessness and drug use: a narrative systematic review of interventions to promote sexual health. *AIDS Care.* 2006;18(5):467-478.

(15) Manhart LE, Holmes KK. Randomized controlled trials of individual-level, population-level, and multilevel interventions for preventing sexually transmitted infections: what has worked? *J Infect Dis.* 2005 Feb 1;191 Suppl 1:S7-24.

(16) Ward DJ, Rowe B, Pattison H, Taylor RS, Radcliffe KW. Reducing the risk of sexually transmitted infections in genitourinary medicine clinic patients: a systematic review and meta-analysis of behavioural interventions. *Sex Transm Infect.* 2005;81:386-393.

(17) Robin L, Dittus P, Whitaker D, Crosby R, Ethier K, Mezo J, Miller K, Pappas-Deluca K.. Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. *J Adolesc Health.* 2004 Jan;34(1):3-26.

Tableau Ia : Interventions universelles validées auprès des adolescents

Interventions	Publics bénéficiaires	Exemples de programme	Principales caractéristiques des programmes	Principaux résultats sur le problème à prévenir ou sur ses déterminants
Interventions en milieu scolaire ^{13,15,17}	10-18 ans Universel / Ciblé minorités culturelles	- Walter (1993) - Reducing the Risk - Get Real About AIDS Program - Youth AIDS Prevention Program : YAPP - Teen Incentives Program - Seattle Social Development Project : SSDP	- Connaissances sur la prévention VIH/IST - Développement de compétences : décision, négociation et communication autour des comportements à risque et de l'utilisation du préservatif - Intervenants : enseignants et/ou professionnels de santé - Problématiques possibles : contraception, interactions avec parents, influence des pairs et capacité de résistance, ...	- Augmentation de la fréquence d'utilisation du préservatif - Diminution des comportements à risque - Amélioration générale du comportement sexuel - Report du premier rapport - Diminution de la fréquence des rapports
Interventions scolaires multiniveaux : impliquant la communauté, ... ^{13,17}	12-16 ans Universel / Ciblé minorités culturelles	- Safer Choices - Reach for Health Community Youth Service	- Enseignants formés + professionnels de santé - Activités de groupe en classe sur la prévention des risques, planification, via des jeux de rôle, discussions - Déploiement des actions au sein de la communauté - Mise en place de travaux communautaires pour les élèves - Partenariat avec les pairs : sports, clubs extrascolaires - Implication possible des parents	- Diminution de la fréquence des rapports sexuels non protégés (3 mois après l'intervention) - Augmentation de l'utilisation du préservatif au dernier rapport - Amélioration du comportement sexuel
Interventions multimodales visant l'utilisation du préservatif ³	> 14 ans Universel / Ciblé minorités culturelles	- Structural-Level Condom Distribution Intervention (SLCDI) multimodale	- Disponibilité, acceptabilité et accessibilité des préservatifs - Distribution de préservatifs : cadre scolaire (à proximité des classes, à l'infirmerie) ou extrascolaire (lieux de rendez-vous privilégiés des jeunes) - Relais délivrant des messages de prévention - Peut être combinée à des interventions de groupe - Implication possible des pairs ou de la communauté	- Augmentation de l'utilisation du préservatif - Effet protecteur sur l'initiation des jeunes : report du premier rapport sexuel

Tableau Ib : Interventions ciblées validées auprès des adolescents

Interventions	Publics bénéficiaires	Exemples de programme	Principales caractéristiques des programmes	Principaux résultats sur le problème à prévenir ou sur ses déterminants
Interventions de groupe auprès de minorités culturelles en dehors du milieu scolaire ^{4,6,7,13,17}	9-18 ans Ciblé Afro-américains	- Mixtes : Focus on Kids, Making Proud Choices (A safer-sex approach) - Garçons : Be Proud, Be Responsible - Filles : Sistering, Informing, Healing, Living, and Empowering	- Même minorité culturelle et même sexe si groupes genrés - Et/ou présence d'un facilitateur pair - Développement de compétences : négociation, communication et utilisation du préservatif	- Augmentation de la fréquence d'utilisation du préservatif ou de l'intention de l'utiliser - Amélioration du comportement sexuel (diminution du nombre de rapports, du nombre de partenaires, ...)
Intervention de groupe en milieu carcéral ^{13,17}	16-19 ans Ciblé jeunes usagers de drogue en détention	- Magura (1994)	- Connaissances sur la santé générale et VIH - Conséquences de l'abus de drogues sur la santé et comportements sexuels - Stratégies de réduction des risques d'infection	- Augmentation du port du préservatif pour tous types de relations - Augmentation de l'acceptabilité du préservatif

Tableau IIa : Interventions universelles validées auprès des adultes et jeunes adultes

Interventions	Publics bénéficiaires	Exemples de programme	Principales caractéristiques des programmes	Principaux résultats sur le problème à prévenir ou sur ses déterminants
Intervention individuelle réalisée par un professionnel de santé 2,4,4,6,7,8,11,15,16	Universel Personnes consultant en centre de santé pour une IST	- Project RESPECT	- Counseling médical en face à face - Deux situations expérimentales : standard + intensive - Contenu : négociation, communication, notion de plaisir	- Diminution des nouvelles infections par IST - Diminution des pratiques à risque - Action intensive : meilleurs résultats chez les hommes hétérosexuels concernant le port du préservatif
Intervention structurelle visant l'utilisation du préservatif (SLCDI) ^{3,4,9,15}	Universel Population générale	- Condom disposal	- Actions sur le contexte structurel et dans un cadre législatif - Disponibilité, acceptabilité et accessibilité du préservatif au niveau individuel / organisationnel / environnemental - Disponibilité : distributeurs, bacs / lieux de sexe, prisons / récolter des fonds fédéraux (Etats-Unis) - Acceptabilité : le lier à des articles promotionnels (prospectus sur l'utilisation) / spots tv, campagnes médias... / campagnes marketing de promotion - Accessibilité : distributions gratuites à grande échelle / étendre les accès publics par distribution véhiculée / changer les politiques	- Augmentation de l'utilisation du préservatif

Tableau IIb : Interventions ciblées validées auprès des adultes et jeunes adultes

Interventions	Publics bénéficiaires	Exemples de programme	Principales caractéristiques des programmes	Principaux résultats sur le problème à prévenir ou sur ses déterminants
Interventions de groupe auprès de femmes issues de minorités culturelles 4,6,7,8,11,15,16	Femmes Ciblé minorités culturelles	- Project SAFE : Sexual Awareness For Everyone - Project SAFE 2	- Basées sur le AIDS Risk Reduction Model - Identification des situations à risque - Engagement à changer de comportements - Développement de compétences (communication, négociation et bon usage des préservatifs) - Intervenant de même sexe et culture que le groupe - Project SAFE 2 + participation mensuelle à des groupes de soutien afin d'augmenter l'adhésion	- Réduction des rapports non protégés - Diminution de l'incidence des nouvelles IST (1 an de suivi) - Amélioration du comportement sexuel (moins de partenaires multiples et de relations à haut risque) - Taux de nouvelles IST encore plus bas auprès des femmes bénéficiant d'un groupe de soutien (2 ans de suivi)
Intervention de groupe réalisée par un professionnel de santé 4,11,15	Personnes consultant en centre de santé Ciblé minorités culturelles	- O'Donnell (1998)	- Intervenant de même sexe et culture que le groupe - Contenu : négociation autour du préservatif	- Réduction des IST auprès des hommes
Counseling médical et counseling par les pairs 4,6,9	Personnes en situation de prostitution	- Bhave (1995) - Feldblum (2005) - Wong (1998, 2004) - Ford (2000, 2002, 2003)	- Counseling médical => réduire les risques d'infection + Education par les pairs - Distribution de préservatifs dans les lieux de sexe	- Augmentation du port du préservatif - Diminution de la prévalence de toutes les IST dans la population en situation de prostitution
Interventions multimodales via les réseaux de prostitution 3,9,15	Population à haut risque sexuel	- Thai 100% Condom Use Program - China - Asia	- Disponibilité et accessibilité du préservatif à un niveau organisationnel - Basés sur la responsabilisation (empowerment) des réseaux de prostitution - Sanction des établissements qui ne suivent pas la règle	- Augmentation de l'utilisation du préservatif par les prostituées et leurs clients - Diminution de la prévalence des IST dans ces réseaux, et également dans la population générale
Interventions individuelles auprès des personnes infectées et leurs partenaires 1,2,6,12,15	Personnes infectées + partenaires	- Kissinger (1998, 2005) - Nuwaha (2001) - Golden (2003)	- Partner Therapy / Notification - Délivrer un traitement pour les partenaires des personnes infectées + informations qui lui sont personnellement destinées par le professionnel de santé (contrat de notification, flyers, invitation à une consultation)	- Augmentation du nombre de partenaires réalisant un examen médical et suivant le traitement - Diminution de la récurrence / persistance des IST auprès des patients sources

Tableau III : Interventions universelles prometteuses utilisant les médias auprès de jeunes adultes

Interventions	Publics bénéficiaires	Exemples de programme	Principales caractéristiques des programmes	Principaux résultats sur le problème à prévenir ou sur ses déterminants
Campagnes de communication multimédia ⁵	15-29 ans Universel	- Wilkins (2007) - Chen (2007)	- Campagnes multimédias autour du Chlamydia - Tout support publicitaire : print, radio, TV, Internet, etc. - Ciblées "Grand public - Jeunes"	- Augmentation du taux de dépistage pendant et après la campagne
Interventions individuelles via les nouvelles technologies ⁵	16-29 ans Universel	- The S Project - Kang (2009)	- Utilisation des nouvelles technologies pour capter l'attention des jeunes - Actions ciblées sur la personne	- Amélioration de l'utilisation et des attitudes autour du préservatif - Augmentation des démarches personnelles de dépistage vers un médecin, spécifiquement chez les jeunes femmes - Augmentation du taux de dépistage du Chlamydia
Prévention secondaire : Intervention individuelle par courrier proposant un dépistage ⁵	16-25 ans Universel	- The check is in the mail	- Dépistage proposé aux jeunes là où ils se trouvent - Actions ne portant pas sur des messages de prévention, mais proposant directement un prélèvement	- Amélioration des taux de dépistage - Amélioration des taux de traitement - Captation de publics difficiles à amener aux systèmes de dépistages traditionnels

Tableau IV : Les autres interventions prometteuses auprès des adultes et jeunes adultes

Interventions	Publics bénéficiaires	Exemples de programme	Principales caractéristiques des programmes	Principaux résultats sur le problème à prévenir ou sur ses déterminants
Prévention secondaire : Intervention individuelle aux urgences ⁵	Universel Personnes attendant aux urgences	- Dykstra (2008)	- Dépistage proposé in situ - Actions proposant directement un prélèvement	- Amélioration des taux de dépistage - Captation de publics difficiles à amener aux systèmes de dépistages traditionnels
Interventions menées auprès des professionnels de santé et de leurs patients ¹⁰	Universel Médecins généralistes Personnel médical Personnes consultant en centres de santé	- Verhoeven (2005) - Shafer (2002) - Armstrong (2003) - Allison (2005)	- Développer les compétences de communication des professionnels de santé - Augmenter la conscience de l'existence de l'infection et ses séquelles auprès des patients - Améliorer les connaissances sur le dépistage et son caractère non invasif	- Augmentation des taux de dépistage du Chlamydia
Prévention secondaire auprès de femmes prostituées ⁹	Ciblé Personnes en situation de prostitution	- Gorter (2005)	- Bons qui procurent un accès gratuit aux soins et au dépistage	- Augmentation des consultations et du dépistage des IST
Intervention auprès des personnes isolées socialement ^{7,14}	Ciblé Femmes SDF utilisatrices ou non de drogues dures	- Nyamathi (1998)	- Utilisation de méthodes informelles interactives : travaux pratiques, vidéos et jeux de rôle (caractéristique plus importante que la durée de l'intervention en soi)	- Réduction des comportements sexuels à risque (rapports sans préservatifs et partenaires multiples) jusqu'à 12 mois