



examen des preuves

AVRIL 2014

Interventions sur les dimensions de la santé sexuelle : Une revue des interventions évaluées en matière de promotion de la santé sexuelle

Brian Condran, B.Sc., MHpro (c)
Dalhousie University

Introduction

La santé sexuelle représente un enjeu de premier plan pour les gouvernements et organismes nationaux et régionaux, et pour les organisations communautaires. C'est pourquoi on trouve différentes définitions de ce concept. En général, une définition de la santé sexuelle reflétera les priorités en matière de santé et les normes sociales prévalant dans le pays ou l'organisme qui la décrit (1, 2). Ainsi, quoique bien des définitions partagent des éléments communs, elles diffèrent souvent sur la façon d'encadrer les responsabilités en matière de santé sexuelle (au niveau de l'individu ou de l'ensemble de la société) et d'y intégrer les facteurs biomédicaux, la santé de la reproduction et le bien-être individuel (1, 2).

En 1974, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a entrepris une série de consultations sur la santé sexuelle (1), les séances les plus récentes ayant eu lieu entre 2007 et 2008 (3, 4). La définition de la santé sexuelle ayant émergé de ce processus encourage la considération de nombreuses dimensions biomédicales, sociales et personnelles qui interagissent en santé sexuelle. Au-delà du statut biomédical d'une personne ou d'une

population (p. ex., la présence d'une infection) ou des comportements individuels (l'utilisation du condom, le nombre de partenaires sexuels, etc.), la définition de l'OMS englobe les questions du plaisir et de la sécurité personnelle, en plus d'attirer l'attention sur les déterminants sociaux qui modulent la santé sexuelle, y compris la pauvreté, les stigmates sociaux ainsi que la disponibilité et l'accessibilité des services éducatifs en matière de santé (3-6). De cette façon, l'OMS favorise un équilibre entre les dimensions biomédicales et sociales de la promotion de la santé sexuelle, ainsi qu'entre les responsabilités

Définition de la santé sexuelle :

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles plaisantes, en toute sécurité, sans coercition, discrimination ni violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun. » (3, p. 5)



Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses

National Collaborating Centre
for Infectious Diseases

Des savoirs qui se transmettent!

Knowledge that's contagious!

et les comportements des individus (p. ex., utilisation du condom) et de la société au sens large (p. ex., s'assurant de la disponibilité des condoms), tenant compte des conditions sociales et économiques qui agissent sur ces facteurs (p. ex. l'idéologie associée à l'utilisation du condom) (3, 4).

L'inclusion de ces enjeux est particulièrement pertinente dans le cadre de la santé sexuelle de populations plus à risque d'exposition au VIH/SIDA (VIH), aux infections transmises sexuellement (ITS), à la violence physique et/ou à la coercition sexuelle (5). Ces populations sont souvent identifiées comme étant des femmes, des travailleurs du sexe et les lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et allosexuels (LGBTQA), les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et/ou les jeunes. Dans certaines situations, les obstacles engendrés par les déterminants sociaux entravent la capacité de ces populations « vulnérables » à maintenir une bonne santé sexuelle (6, 7). Étant donné que ces forces sont souvent hors du contrôle individuel (7), la mobilisation de la collectivité et des interventions en santé publique sont souvent nécessaires pour surmonter les obstacles qu'elles représentent.

Les actions combinées des collectivités, des agences de la santé publique et des professionnels de la santé du Canada ont contribué à diminuer le nombre des nouveaux cas d'infection au VIH (9) diagnostiqués, mais des défis et des lacunes subsistent, par exemple, l'augmentation de la prévalence de la syphilis et de la chlamydie dans les dix dernières années (10). Les populations autochtones sont surreprésentées, toutes proportions gardées, dans les nouveaux cas d'infection au VIH (9, p. 2, 11). En 2012, 42 % des nouveaux cas de VIH chez les hommes ont été attribués à des contacts hétérosexuels, tandis que 31 % de ces diagnostics correspondaient à des contacts

Les dimensions de la santé sexuelle

Bien-être sexuel : Enjeux associés au plaisir, à la capacité de faire des choix éclairés en matière de sexe et de sexualité, à la satisfaction reliée à l'expression de son orientation et de son identité sexuelles (4) et l'accès à des services culturellement appropriés et non discriminatoires (5). De plus, comme une sexualité saine est différente selon les individus, les populations et les contextes sociaux (4), le concept de bien être sexuel englobe les interventions « sur mesure » visant à répondre aux besoins d'une population ou d'un environnement précis.

Conception biomédicale de la santé sexuelle : Englobe la présence, l'absence ou la transmission d'une maladie ainsi que les questions sur la grossesse et les organes génitaux/reproducteurs (1, 2).

Déterminants sociaux de la santé sexuelle (DSSS) : Les + qui influent sur les contextes sociaux et les expériences des individus et des populations (6) relativement au sexe et à la sexualité en particulier (7, 8).

HSH (9, p. 8). Malgré des données probantes qui démontrent que les contacts hétérosexuels deviennent un mode d'exposition au VIH de plus en plus commun chez les hommes (11, 12), cette population n'est pas souvent ciblée lors des activités de prévention et ses besoins sont rarement pris en compte dans les services de soins de santé et de soutien (12). Il reste encore à préciser si la plupart des interventions en promotion de la santé sexuelle (IPSS) tiennent compte des déterminants sociaux

Les interventions en promotion de la santé sexuelle (IPSS) tentent d'apporter des changements dans les comportements, les attitudes, les connaissances et les expériences des individus et des collectivités, et/ou à influencer les mécanismes sociaux, politiques et économiques qui façonnent les milieux dans lesquels les individus vivent leur vie, leur sexualité et leur santé sexuelle (17, 18).

de la santé sexuelle (DSSS) (7) ou incluent les concepts de sécurité personnelle et de plaisir sexuel en tant que dimensions de la santé sexuelle (13).

Les populations ciblées sont plus susceptibles de réagir positivement aux interventions sur mesure qui répondent à leurs besoins uniques en matière de promotion de la santé sexuelle (5, 12, 14). Il est donc important que les interventions soient planifiées en fonction de ces besoins, et un moyen d'y parvenir est de mettre l'accent sur le bien-être sexuel et les DSSS. Par exemple, des études indiquent que certaines personnes vivant avec le VIH ou engagées dans des relations « ouvertement non monogames » ont plus souvent de bonnes pratiques favorisant la « sécurité sexuelle », comme l'usage du condom (15, 16). Par conséquent, les interventions qui visent à contrer la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au VIH, le stigmatisation sociale liée à la séropositivité ou l'attitude des professionnels de la santé face aux personnes

engagées dans des relations ouvertement non monogames peuvent refléter plus justement les besoins en matière de santé sexuelle de ces populations plutôt que des mesures qui seraient prises pour encourager l'utilisation du condom.

L'évaluation des méthodes et des résultats d'interventions a été identifiée comme étant un élément clé du succès des IPSS (19, 20). Comprendre l'efficacité de ces interventions ne requiert pas seulement de savoir « quels éléments fonctionnent », mais aussi « pourquoi ces éléments fonctionnent » (21). Il faut donc s'assurer que les mesures d'évaluation prises tiennent compte de la cible visée par l'intervention et permettent de déterminer les éléments précis ayant contribué aux changements anticipés, ou les disparités entre la structure de l'intervention et les besoins des populations ciblées. Par exemple, une intervention sous forme d'atelier qui intégrerait involontairement des définitions binaires des genres ou des postulats fondés

Diversité des orientations sexuelles et identités de genre

L'identification à un modèle est un élément essentiel de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre (22, 23). Lorsque l'information donnée par les articles révisés (AR) est suffisante, il a été possible de faire la distinction entre l'identité de genre et l'orientation sexuelle définies par l'auto-identification des personnes, l'étiquetage social, le comportement et les protocoles d'intervention.

Sexe : Désigne un ensemble de caractères biologiques chez les humains et les animaux. Le sexe est associé principalement à des caractéristiques physiques et physiologiques, notamment les chromosomes, l'expression des gènes, les niveaux et les fonctions des hormones ainsi que l'anatomie reproductive/sexuelle. Il est généralement catégorisé comme étant masculin ou féminin, mais il existe une variabilité dans les caractéristiques biologiques

telles que le sexe et les différentes expressions de ces caractéristiques (24, para 1).

Genre : Fait référence aux rôles, aux comportements, aux expressions et aux identités socialement construits pour les filles, les femmes, les garçons, les hommes et les personnes de genres différents. Le genre influence la façon dont les gens se perçoivent et perçoivent les autres, leurs façons d'agir et d'interagir ainsi que la distribution des pouvoirs et des ressources dans la société. Le genre est généralement conceptualisé comme étant binaire (fille/femme et garçon/homme), mais il existe une diversité importante dans les façons qu'ont les personnes et les groupes de le comprendre, de le vivre et de l'exprimer (24, para 2).

Intersexe : Personne qui naît avec une anatomie reproductive ou sexuelle qui ne correspond pas

Diversité des orientations sexuelles et identités de genre (suivi)

aux définitions convenues de sexe féminin ou masculin (25, para 1).

Cisgenre : Personne dont l'identité de genre est en concordance avec son sexe biologique déterminé à la naissance (26).

Transgenre (ou trans) : Personne qui vit une incompatibilité, à différents degrés, entre son identité de genre et son sexe biologique déterminé à la naissance (26).

Travesti : Terme médical désignant certaines personnes portant des vêtements que les gens du même sexe biologique déterminé à la naissance ne portent généralement pas, que ce soit pour des raisons de sexualité, de confort ou autre (22, p. 40). Ce terme est considéré comme offensif dans certains milieux ou lorsqu'il fait référence à des personnes transgenres (23); terme inclus en raison de son utilisation dans les AR.

Non binaire : Personne qui ne s'identifie pas strictement comme étant de sexe masculin ou féminin ou dont l'identité de genre change avec le temps ou selon le contexte. Peut inclure les personnes au « genre fluctuant » et les non conformistes sexuels (22).

Hétérosexuel(le) : Personne qui a une attirance sexuelle et/ou qui s'engage dans des activités sexuelles avec des personnes de « l'autre » genre (22).

Homosexuel(le) : Personne qui a une attirance sexuelle et/ou qui s'engage dans des activités sexuelles avec des personnes « du même » genre (22). Les hommes et les femmes homosexuels sont couramment désignés comme gays et lesbiennes, respectivement.

Bisexual(le) : Personne qui a une attirance sexuelle et/ou qui s'engage dans des activités sexuelles avec des personnes de différents genres (hommes et femmes) (22, p. 11).

Pansexuel(le) : Personne qui a une attirance sexuelle et/ou qui s'engage dans des activités sexuelles avec d'autres personnes peu importe leur sexe, leur genre ou leur identité de genre (22). Il y a parfois chevauchement dans l'expression de l'identité bisexuelle et pansexuelle chez certaines personnes.

Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) : Homme qui s'engage dans des activités sexuelles avec d'autres hommes, peu importe la définition publique de leur orientation sexuelle (22).

LGBTQA : Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, allosexuels et/ou androgynes. Terme hyperonyme couramment utilisé pour décrire les personnes ou les populations qui ne s'associent pas à l'identité cisgenre et/ou à l'orientation hétérosexuelle.

sur la « norme hétérosexuelle » pourrait brimer des membres de la communauté LGBTQA. En l'absence de mesures appropriées d'évaluation, ces éléments néfastes pourraient passer sous silence, ce qui limiterait l'efficacité de ce programme du point de vue de la communauté LGBTQA.

La présente revue exploratoire de la littérature a pour but d'appuyer la planification, la mise en œuvre et l'évaluation efficaces des IPSS par :

- La détermination des dimensions de la santé sexuelle qui ont été ciblées par les IPSS depuis 2010;
- L'analyse des moyens utilisés par les intervenants de la promotion de la santé sexuelle afin d'inclure ces dimensions dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des IPSS;

- L'inventaire des mesures d'évaluation utilisées dans le suivi des résultats.

Cette revue met l'accent sur la façon dont les IPSS abordent les dimensions de la santé sexuelle en rapport avec la diversité des genres et des orientations sexuelles de la population ciblée. L'information qu'elle renferme servira à la planification de futures interventions non seulement en présentant les stratégies utilisées pour répondre aux besoins en matière de promotion de la santé sexuelle dans des populations diversifiées, mais aussi en illustrant comment la promotion de la santé sexuelle peut aider ces populations à obtenir des résultats positifs dans les multiples dimensions de la santé sexuelle.

Méthodes

Les recherches dans les bases de données scientifiques ont été effectuées dans PubMed et CINAHL à partir de descripteurs médicaux MeSH et de titres dans la base de données CINAHL. Les termes utilisés dans la recherche comprenaient : « évaluation de programme », « qualité des soins de santé », « santé sexuelle », « santé reproductive » et « études sur les interventions ».¹ Seuls les articles en anglais publiés entre 2010 et 2014 ont été inclus dans la revue de littérature. Le pays d'origine et le lieu d'intervention ne faisaient pas partie des critères d'exclusion. La recherche initiale a permis de récupérer 191 articles dans les bases de données. Après l'examen des titres et résumés et l'exclusion des doublons, 87 articles ont été sélectionnés. L'analyse subséquente des textes complets a permis d'exclure 46

¹ NdT : Les mots-clés ci-dessus sont la traduction française des termes anglais utilisés par les auteurs dans leurs recherches.

² Les articles révisés (AR) de cette analyse qui font l'objet de renvois sont indiqués par les lettres AR et un numéro, pour les différencier des références « générales » utilisées dans le cadre de cette revue de littérature. Un index des articles révisés est présenté en annexe de ce document.

articles qui ne satisfaisaient pas aux critères d'inclusion, et les 41 articles restants ont été retenus pour la revue de littérature.

Résultats

L'intégration de la conception biomédicale de la santé sexuelle et du bien-être sexuel

Dans l'ensemble, les articles analysés dans cette revue décrivent des interventions en promotion de la santé sexuelle (IPSS) axées sur la conception biomédicale de la santé sexuelle (CBSS) et sur les dimensions sociales, interpersonnelles et émotionnelles du bien-être sexuel. La majorité des interventions (n = 33) (AR² 1-33) avait pour objectif principal de réduire la transmission des ITS/VIH dans la population ciblée. En plus de ces 33 articles, quatre autres (AR 34-37) visaient à étudier des aspects liés au bien-être sexuel. La plupart des interventions (n = 28) (AR 1-11, 13-20, 23-29, 31-33) ciblaient des enjeux associés au bien-être sexuel et à la CBSS, ou bien cherchaient à définir l'incidence biomédicale de mesures centrées sur des problèmes liés au bien être sexuel. Deux exemples pourraient illustrer ces approches intégrées :

- Un certain nombre d'interventions ont été effectuées sous forme d'ateliers communautaires ou en classe animés par des professionnels de la santé ou par des pairs ayant reçu une formation appropriée. Beaucoup de ces interventions avaient pour but principal de réduire la transmission des ITS/VIH dans les populations ciblées (souvent les jeunes, les travailleurs du sexe ou les HSH) en aidant les participants à développer les compétences et/ou l'auto efficacité nécessaires afin de négocier l'utilisation de méthodes contraceptives ou d'éviter carrément les activités sexuelles (AR 16). Bon nombre de

ces interventions ont aidé les participants à développer les aptitudes en communication favorisant une discussion efficace en matière de sexe, de sexualité et de prévention des ITS/VIH avec leurs partenaires, leur famille et des groupes de pairs.

- Une combinaison d'événements sociaux et d'ateliers visaient le développement de réseaux sociaux et encourageaient la mobilisation communautaire chez les travailleurs du sexe (principalement en Inde) afin d'améliorer leurs compétences de négociation des paiements et de la nature des services sexuels ainsi que de l'utilisation de moyens contraceptifs avec leurs clients, en plus de les sensibiliser aux facteurs de risques de transmission des maladies, à la disponibilité des services en matière de santé sexuelle et à leur capacité à accéder ces services.

Des exemples illustrent qu'il est possible d'atteindre des buts orientés sur la CBSS en favorisant le bien-être sexuel. Ces interventions n'intègrent pas ou n'encouragent pas nécessairement le plaisir sexuel (par exemple, Graves et ses collaborateurs encouragent l'abstinence plutôt que l'utilisation de moyens de contraception), mais elles considèrent les comportements sexuels comme une pratique sociale qui prend place à l'intérieur d'un contexte social spécifique (27). Plutôt que de promouvoir l'usage du condom ou l'acceptation des tests de dépistage, ces interventions tentaient d'intégrer l'utilisation du condom dans les réseaux et/ou les pratiques sexuelles des participants, ou de mettre les participants en contact avec les services de santé sexuelle dans leur communauté.

Déterminants sociaux de la santé sexuelle (DSSS)

Vingt-deux articles décrivaient des objectifs associés à l'incidence d'au moins un

déterminant social de la santé, ou DSSS, (AR 1, 3, 6, 8, 9, 13, 16-18, 22, 24, 25, 27, 28, 32-34, 36, 38-41). Les déterminants les plus souvent ciblés par les interventions comprenaient les rôles des sexes, l'exclusion ou le stigmate social et la qualité des services en matière de santé sexuelle. Même si ces facteurs ne sont pas toujours identifiés comme étant des DSSS, ils ont été ciblés en fonction d'observations empiriques établissant leurs liens avec les résultats en santé sexuelle. Des liens ont fréquemment été établis entre les déterminants sociaux, le bien-être sexuel (en particulier concernant la capacité de négocier l'usage du condom et d'éviter la violence sexuelle) et la CBSS, dans la mesure où ces facteurs sont considérés comme des conditions influant sur la transmission des ITS/VIH et limitant l'efficacité des interventions en vue de changer les comportements individuels.

Genre

Vingt-deux interventions tentaient de s'attaquer aux problèmes liés aux rôles sexuels (AR 5, 6, 8, 9, 13, 14, 16-18, 20, 21, 23-25, 27-29, 31, 34, 37, 40, 41). Certaines interventions ciblaient uniquement des populations d'hommes ou de femmes, répartissaient les participants en groupes homogènes ou les assignaient aléatoirement à des groupes hétérogènes. L'utilisation de groupes homogènes dans les études pourrait favoriser une plus grande ouverture et de meilleures interactions entre les participants, mais aucune explication n'a été fournie sur le recours à des groupes hétérogènes. Parmi ces interventions, les activités les plus courantes étaient sous forme d'ateliers ou de groupes de discussion (AR 6, 9, 13, 14, 16-18, 20, 21, 23-25, 27-29, 31, 37), dont huit étaient animés (du moins en partie) par des pairs (AR 17, 21, 23-25, 27-29). Ces ateliers mettaient l'accent sur l'exploration des relations entre les rôles sexuels et leur incidence sur la santé sexuelle. Par exemple, certaines discussions ont porté sur les effets des pressions sociales vécues par les hommes (hétérosexuels et

HSH) pour s'engager dans des activités sexuelles avec de nombreux partenaires sur l'augmentation du risque d'exposition aux ITS/VIH.

Seulement trois de ces études ciblaient exclusivement des populations d'hommes hétérosexuels (AR 14, 25, 28); elles ont été réalisées aux États-Unis et chacune était conçue sur mesure pour une population ethnique spécifique : l'une s'intéressait aux hommes afro-américains (AR 14) et les deux autres, aux Latino-Américains (AR 25,28). Chacune de ces interventions a été effectuée sous forme d'atelier et deux incluaient des stratégies de recrutement et des séances d'éducation animées par des pairs (AR 25, 28). Leurs objectifs principaux consistaient à augmenter l'acceptation des tests de dépistage des ITS/VIH par les participants et à tenter de modifier ce comportement en soulignant les liens établis par des méthodes empiriques entre les rôles sexuels des hommes prévalant dans les différentes cultures, la conception biomédicale de la santé sexuelle et le bien-être sexuel. Dans tous les cas, les séances d'intervention étaient adaptées aux contextes sociaux des participants, avec le souci de tenir compte des préoccupations spécifiques qu'ils avaient exprimées. Comparativement aux interventions qui visaient à la fois les hommes et les femmes, ces trois interventions investissaient plus d'efforts dans l'élaboration des méthodes, la préparation du matériel et des mesures portant précisément sur les besoins des hommes hétérosexuels concernant le bien-être sexuel et la CBSS.

Il faut noter que bon nombre de ces interventions ne faisaient pas explicitement la distinction entre sexe (différences biologiques) et genre. De plus, il n'était pas toujours évident de voir comment l'identité sexuelle des participants était déterminée, ou si des personnes transgenres étaient incluses dans l'étude. Quatre rapports seulement

mentionnaient la participation de personnes transgenres : une intervention traitait explicitement des besoins en matière de soins de santé des personnes transgenres (AR 39) et une autre comptait des représentants de cette population dans des activités de formation (AR 20). Un article indiquait le nombre de participants transgenres dans la présentation des données démographiques (AR 18), tandis qu'une autre identifiait certains participants comme étant des travestis (AR 22). Aucune des autres interventions ne ciblait spécifiquement les populations de personnes non binaires ou intersexuées et les femmes lesbiennes, bisexuelles et/ou allosexuelles. Cet aspect est discuté plus amplement dans la synthèse des principales conclusions.

Stigmatisation sociale, exclusion et réseaux de soutien

Certaines interventions ayant pour objectif de réduire la stigmatisation sociale ciblaient les travailleuses du sexe en Inde (AR 8, 24, 27, 34, 41) et au Brésil (AR 22) ainsi que les « nouveaux arrivants » dans la province de l'Ontario et les HSH séropositifs pour le VIH (AR 1). Ces interventions se fondaient sur des séances d'information visant à déboulonner les mythes à propos du travail du sexe et/ou concernant le VIH, et/ou sur des événements sociaux mis sur pied pour favoriser l'établissement de liens personnels et professionnels entre les participants aux interventions et les autres membres de la communauté. Les interventions de l'Initiative Avahan (AR 8, 24, 27, 34, 41) tentaient aussi d'améliorer la capacité des travailleuses du sexe à mobiliser les gens de la communauté afin d'améliorer leur environnement de travail, de mieux connaître les aspects juridiques, de mettre en place des services de soutien et d'éducation et d'améliorer l'accès à des services existants en soins de santé. De plus, le travail du sexe n'était pas défini comme étant nécessairement nuisible dans l'amélioration de la santé sexuelle, mais plutôt comme un

contexte spécifique dans lequel les facteurs biomédicaux et le bien-être sexuel prennent place. Au lieu d'encourager les participants à délaisser le travail du sexe, ces interventions cherchaient à réduire le stigmate social et les dangers potentiels (p. ex. violence physique, exposition aux ITS/VIH) associés à ce travail.

Treize interventions avaient pour objectifs de développer les réseaux de soutien social parmi les participants (AR 8, 13, 17, 22, 24, 25, 28, 34, 41), d'aider les participants à s'intégrer à de nouveaux cercles sociaux (AR 1) ou d'améliorer leur capacité à obtenir du soutien de la part de réseaux sociaux existants en développant leurs aptitudes à la communication (AR 6, 16, 25, 28). Parmi celles-ci, les interventions qui ont établi les liens les plus forts entre le bien-être sexuel et les déterminants sociaux sont celles qui ont rassemblé les participants dans le cadre d'événements sociaux (AR 8, 22, 34, 13, 17). Les interventions mises sur pied pour stimuler la mobilisation communautaire parmi les travailleurs du sexe tentaient aussi de renforcer les réseaux de soutien social parmi les participants; ces deux objectifs ont été présentés comme étant étroitement liés (AR 8, 22, 24, 34, 41).

Intégration des dimensions de la santé sexuelle à l'évaluation formative, à l'évaluation du processus et à l'évaluation des résultats

Développement : évaluation formative, études pilotes et évaluation des besoins

Treize articles décrivaient des études pilotes ou des évaluations des besoins effectuées avant la mise en œuvre d'une intervention (AR 4, 13, 14, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 29, 30, 32, 40). Une évaluation formative a été effectuée afin de déterminer la viabilité du format d'intervention et/ou la réceptivité de la

population ciblée. Trois visaient l'adaptation de méthodes développées dans des interventions précédentes pour répondre aux besoins spécifiques en matière de bien-être sexuel d'une nouvelle population cible (AR 13, 23, 25). Six des interventions incluaient des membres de la population cible comme partenaires tout au long du développement : quatre ont inclus des comités consultatifs communautaires (AR 4, 13, 20, 23), une a été décrite comme étant basée sur la communauté (AR 29) et une autre indiquait que les liens entre l'équipe d'intervention et les membres de la communauté se sont développés au cours de la période d'intervention (AR 22). Pour les fins de l'évaluation, les participants ont pris part à de courtes séances d'intervention à titre expérimental ou ont révisé des protocoles et/ou du matériel d'intervention. Les commentaires ont été recueillis pendant les entrevues de groupe ou par des sondages quantitatifs; dans les deux cas, les questions portaient sur la perception et la satisfaction du participant à l'égard du programme, et sur l'utilité et la pertinence du matériel couvert.

Évaluation du processus

Sept articles ont explicitement indiqué que l'évaluation du processus faisait partie intégrante de l'intervention proprement dite (AR 4, 7, 13, 20, 23, 24, 28). Ces évaluations ont utilisé des sondages (AR 7, 24, 28) et/ou des entrevues de groupe ou individuelles (AR 4, 13, 20, 23) pour répertorier les perceptions des participants à l'égard de l'intervention (p. ex. s'ils ont apprécié leur participation, s'ils pensaient que le matériel était pertinent, s'ils avaient l'impression d'avoir appris des choses qui les aideront dans la protection de leur santé sexuelle) afin de déterminer les changements qui pourraient être apportés au programme et la façon de les mettre en place. Deux de ces rapports ont aussi décrit les changements spécifiques apportés en fonction de ces commentaires, bien qu'ils ne fournissent pas

de données indiquant si ces changements ont permis d'améliorer l'efficacité du programme (AR 13, 23).

Évaluation et mesure des résultats

Vingt-deux articles ne spécifiaient pas l'approche utilisée pour l'évaluation, bien qu'en pratique, ils aient effectué ce qui ressemblait à une évaluation sommative avec des données récoltées à des étapes précises durant l'intervention ou à la fin de cette intervention afin d'assurer le suivi des résultats et une évaluation rétrospective des éléments du programme (28) (AR 2, 6, 11, 15-19, 21,22, 25, 27, 29, 31, 33,34, 36-39, 40, 41). Quatre autres articles ont explicitement indiqué avoir fait des évaluations sommatives ou des évaluations des résultats (AR 1, 3-5, 9, 12). Ces interventions ont employé des mesures de suivi à long terme afin d'évaluer leurs effets immédiats sur les connaissances, les comportements, les attitudes et/ou les expériences des participants ainsi que la stabilité de ces changements au fil du temps. De nombreuses interventions ciblaient des enjeux associés à la conception biomédicale de la santé sexuelle (CBSS) et au bien-être sexuel, mais les mesures utilisées pour évaluer les résultats se limitaient généralement au suivi de l'incidence sur les facteurs biomédicaux à partir de statistiques épidémiologiques comme l'impact des ITS/VIH dans une région ou une population donnée. L'atteinte des objectifs de ces interventions grâce à l'usage accru du condom se mesurait souvent à partir des déclarations des participants quant à la fréquence d'utilisation et à leur propre perception de leurs compétences dans l'emploi du condom.

On peut s'interroger sur la valeur d'une évaluation basée sur les déclarations des participants concernant leurs attitudes ou comportements en matière de contraception pour déterminer la stabilité d'une amélioration du bien-être sexuel. Par exemple, savoir qu'un

participant utilise le condom sur une base régulière et qu'il se sent compétent ne fournit pas d'information sur la nature de ses activités sexuelles, qu'elles soient consensuelles, transactionnelles ou pour la survie (29). Pour évaluer des changements à long terme dans le bien-être sexuel, il faut une grande variété de mesures qui permettent de définir les contextes dans lesquels s'inscrivent ces comportements et ces attitudes. Il est aussi important de prévoir des mesures de la perception des participants à propos de leurs activités sexuelles et de s'assurer que ces mesures reflètent les préférences et les besoins de la population en question. Le bien-être sexuel est fonction de facteurs personnels et contextuels; par conséquent, ce qui fonctionne pour une personne pourrait être nuisible pour une autre (4).

À titre d'exemple, Adam (AR 1) et Graves (AR 16) et leurs collaborateurs ont tenté de renforcer les réseaux de soutien social des participants comme moyen de promouvoir le bien-être sexuel. Au moment d'évaluer les résultats des interventions, Adams et son équipe ont utilisé des mesures psychométriques de la solitude des participants ainsi que des données sur la fréquence d'utilisation du condom lors d'activités sexuelles. L'équipe de K.N. Graves (AR 16) n'a pas mesuré la fréquence des activités sexuelles ni l'utilisation du condom après intervention mais plutôt les changements déclarés par les participants au niveau de la qualité de la communication avec leurs parents et de leurs perceptions quant aux pressions sociales pour s'engager dans des activités sexuelles. Les deux interventions comprenaient des mesures d'évaluation des résultats permettant de révéler les changements dans la disponibilité et la qualité du soutien social, ce qui rejoignait les buts sous-jacents. Dans le cas de l'étude menée par Graves, les mesures d'évaluation ne tenaient pas compte des changements dans les comportements sexuels, contrairement à celle d'Adams. Dans le

premier cas, l'usage accru du condom était un but explicite, mais pas dans le second.

Groupes témoins et autres sources de données pour fins de comparaison

Plutôt que d'utiliser des groupes témoins, certaines interventions ciblaient une vaste région géographique (comme l'Initiative Avahan : AR 8, 22, 24, 34, 41) en tant que méthode alternative pour obtenir des données comparatives. Dans les trois rapports, les données étaient tirées d'études à grande échelle et de projets de surveillance épidémiologique effectués par des partenaires universitaires ou gouvernementaux (AR 8, 34, 41). L'utilisation de données rassemblées par des sources externes et de données spécifiques au programme a permis d'en évaluer l'impact sans avoir à inclure un groupe témoin. Les données de surveillance ont été utilisées afin de comparer la prévalence des ITS/VIH chez les membres de la population ciblée vivant dans les régions couvertes par l'intervention par rapport à ceux qui vivaient dans des zones non ciblées par l'intervention. Les deux autres rapports de l'Initiative Avahan décrivent l'utilisation de sondages spécifiques à l'intervention contenant des questions relatives à la fréquence d'exposition à l'intervention (p. ex. le nombre d'interactions) et à la familiarité avec l'intervention afin d'évaluer son impact en fonction de la « dose », c'est à dire de l'intensité d'exposition (AR 22, 24).

Synthèse des principales conclusions

De nombreuses interventions ciblent une combinaison d'enjeux relatifs au bien-être sexuel, à la CBSS et aux DSSS

Les articles sélectionnés pour la revue de littérature ne faisaient pas référence

directement à la définition de la santé sexuelle établie par l'OMS (3), ni aux indicateurs prescrits (4) des dimensions individuelles (facteurs biomédicaux, bien-être sexuel, déterminants sociaux), mais chacune de ces dimensions y était représentée, et souvent de façon combinée. Dans plusieurs cas, l'état d'une des dimensions (la CBSS) était influencé par des interventions ciblant une autre dimension (bien-être sexuel et/ou DSSS). Par exemple, une intervention pouvait tenter de réduire la prévalence ou la transmission des ITS/VIH dans une région donnée (CBSS) en mettant sur pied des activités qui augmentent la confiance des participants dans l'usage du condom (bien-être sexuel) tout en fournissant gratuitement des condoms dans des endroits publics accessibles.

Le nombre élevé d'interventions ciblant des facteurs associés à la conception médicale de la santé sexuelle n'a rien pour surprendre puisque ces enjeux constituent les axes traditionnels des IPSS (30). Cependant, le niveau élevé d'attention accordé au bien-être sexuel dans ces interventions indique que beaucoup d'intervenants dans la promotion de la santé sexuelle voient l'importance de situer la sexualité dans son contexte. Cela représente une avancée dans le domaine puisqu'une des limitations des IPSS était l'absence de mise en contexte et de symbolique de la sexualité (27). De plus, bon nombre d'interventions traitaient aussi des déterminants de la santé sexuelle (DSSS), ce qui représente aussi une amélioration face aux lacunes reconnues (7).

Beaucoup d'interventions n'indiquent pas explicitement leur traitement des aspects du sexe, du genre et de la diversité sexuelle

Plus de la moitié des interventions traitaient des risques pour l'aspect biomédical de la santé sexuelle ou pour le bien-être sexuel

associés aux rôles des sexes établis dans les contextes culturels, que ce soit directement en engageant les participants à examiner l'influence des rôles sexuels sur leur expérience, ou indirectement en définissant les rôles sexuels comme étant des composantes d'un « facteur de risque » spécifique (comme les femmes dans le commerce du sexe et l'utilisation ou non du condom). Cependant, la majorité de ces rapports n'indiquaient pas comment les participants étaient définis comme étant « hommes » ou « femmes ». Ils ont probablement été classés dans la catégorie qu'ils ont eux mêmes choisie, mais il n'y avait pas assez d'information pour déterminer si c'était représentatif de la réalité.

De même, les rapports indiquaient rarement si les personnes transgenres ou ayant une identité sexuelle non binaire étaient exclues des études ou, si elles étaient incluses, de quelle façon on les assignait dans un groupe ou l'autre. Il n'a pas été possible de déterminer si cette situation avait été créée intentionnellement ou si elle résultait d'une erreur. Par exemple, plutôt que de mal représenter ces populations, une intervention pourrait avoir inclus des membres de ces communautés sans les identifier séparément afin de préserver la confidentialité. On aurait également pu assigner des personnes transgenres dans des groupes selon leur propre déclaration ou selon l'interprétation d'un facilitateur face à leur genre. Une autre possibilité serait que les personnes transgenres et/ou non binaires ne cherchaient pas du tout à participer à ces interventions à cause de la façon dont les critères d'inclusion étaient formulés dans la documentation pour le recrutement, et/ou de la perception que les interventions se fondaient sur une définition classique (binaire) du genre masculin et féminin.

Cet aspect représente un défi de taille pour les IPSS. En effet, comme le genre est un

déterminant social majeur de la santé (7, 8), les intervenants en promotion de la santé devraient s'assurer de définir explicitement ce concept de même que les critères d'inclusion/exclusion ainsi que la façon de déterminer le genre des participants. D'un point de vue pragmatique, l'identité de genre représente une considération importante sur le plan méthodologique puisque le ciblage de populations spécifiques à l'aide des bons critères d'inclusion peut contribuer à l'utilisation efficace de ressources limitées. Du point de vue éthique, le fait de demander à des personnes transgenres ou non binaires de dévoiler leur identité peut les exposer à la stigmatisation sociale ou à la violence (5). Cependant, les personnes transgenres ont des besoins uniques en matière de santé sexuelle par rapport aux trois dimensions, tout comme les membres des populations LGBTQA (31, 32). Des interventions qui ciblent des personnes en fonction de leur propre déclaration comme étant homme ou femme peuvent réussir à répondre à certains de leurs besoins, mais bon nombre de ces besoins resteraient non comblés (26).

La conception et la mise en œuvre des interventions devraient intégrer des méthodes d'évaluation

Beaucoup d'articles ne spécifiaient pas le type d'évaluation (c. à d. évaluation sommative ou évaluation du processus) utilisé pour analyser les résultats des interventions. Souvent, ils utilisaient les descriptions des situations « avant » et « après » en guise d'évaluation de l'impact immédiat des interventions, et des enquêtes longitudinales pour déterminer la stabilité de ces effets. Ces articles analysaient les données recueillies à des moments précis des études mais n'indiquaient pas si des changements avaient été faits à partir de leurs conclusions. Bien des articles ne donnaient qu'une description sommaire de la façon de

choisir les méthodes utilisées pour évaluer une intervention donnée ou pour les intégrer au processus d'intervention. Ces résultats sont compatibles avec ceux de revues précédentes examinant les composantes des évaluations d'interventions en promotion de la santé sexuelle et de la santé publique (30, 33). Les rapports décrivant les évaluations du processus ont fourni les descriptions les plus détaillées des méthodes employées durant l'intervention pour l'évaluer. Ces rapports discutent non seulement des méthodes utilisées pour amasser et analyser les données, mais aussi de la façon dont l'évaluation a aidé à adapter les activités d'intervention, le matériel et les concepts théoriques utilisés. Puisque le but de l'évaluation du processus est d'explorer les composantes d'un programme en action, de cerner les obstacles potentiels et de trouver des solutions à ces obstacles (21), il n'est pas surprenant que ces rapports fournissent des détails élaborés. De plus, les données concernant le processus peuvent être utiles dans l'interprétation des résultats car elles aident à définir le contexte dans lequel s'inscrivent les activités d'intervention (34, 21). Comme cette information peut aider à adapter les interventions visant la promotion de la santé sexuelle aux besoins particuliers des populations ciblées, les évaluations de processus peuvent être particulièrement utiles pour cibler des populations « à risque » comme les jeunes LGBTQA ou les populations qui n'étaient pas traditionnellement desservies par les IPSS, tels que les hommes hétérosexuels ou les personnes transgenres ou non binaires.

Les interventions devraient prévoir des mesures des résultats qui permettraient d'observer les changements dans le bien-être sexuel et les DSSS

Beaucoup d'interventions ont concentré leurs efforts sur le bien-être sexuel et les

déterminants sociaux de la santé sexuelle (DSSS) et sur la conception biomédicale de la santé sexuelle (CBSS), mais un certain nombre d'entre elles ont tablé principalement sur les données comportementales et épidémiologiques pour mesurer les résultats du programme plutôt que d'intégrer des mesures capables de suivre les changements dans les composantes subjectives du bien-être sexuel (27). De même, les interventions ayant ciblé les DSSS ne prévoyaient pas toujours des mesures permettant de mettre en lumière les changements sociaux ou politiques à un niveau plus élevé, ou les effets qui pourraient s'étendre au-delà de l'expérience immédiate des participants. Lorsque les données étaient disponibles pour évaluer ces changements, il s'agissait le plus souvent de données épidémiologiques (encore) ou sur le taux d'acceptation des tests pour les ITS/VIH et des services de santé sexuelle.

Voilà pourquoi il est difficile de comparer l'application des mesures d'évaluation ou l'ampleur des effets entre les interventions, ou encore d'examiner les résultats associés aux interventions axées sur différentes dimensions de la santé sexuelle. Par exemple, il est difficile d'évaluer quelles méthodes d'intervention sont plus efficaces pour la promotion du développement de réseaux de soutien social. Ainsi, Adam et son équipe (AR 1) ont utilisé les auto-déclarations du degré de solitude tandis que Graves et ses collaborateurs (AR 16) ont mesuré la perception qu'avaient les participants de la qualité de leur communication avec leurs parents, mais ces deux types de mesures ne sont pas nécessairement comparables. En outre, la comparaison des effets de ces interventions avec ceux de l'Initiative Avahan est impossible puisque les rapports d'Avahan inclus dans cette revue de littérature ne mesuraient pas l'étendue des réseaux sociaux.

À l'avenir, il serait utile d'inclure des mesures d'évaluation des interventions et de leurs résultats, qui permettraient d'observer les changements dans le bien-être sexuel et dans l'expérience subjective des participants (par exemple, « l'exposition perçue à la discrimination »). Lors de l'évaluation des changements reliés aux déterminants sociaux de la santé sexuelle, il serait souhaitable de miser sur des données provenant des réseaux sociaux des participants. Par exemple, recueillir des données fournies par les partenaires sexuelles d'hommes identifiés comme étant hétérosexuels pourrait aider à déterminer l'incidence des rôles sexuels masculins sur la santé, étant donné que ces femmes peuvent avoir une perspective privilégiée sur le bien-être sexuel de leurs partenaires et mieux décrire les changements qui influencent leur propre bien-être sexuel.

Conclusions

Les initiatives de promotion de la santé sexuelle se sont développées en termes de complexité, de diversité et de variété des méthodes utilisées, ainsi que dans l'étendue de la couverture géographique et les populations ciblées. Quoique des progrès aient été réalisés dans certains domaines et que les interventions individuelles aient obtenu des résultats positifs, la transmission des ITS/VIH demeure un enjeu important au Canada et ailleurs dans le monde.

Les hommes hétérosexuels n'étaient représentés que dans trois des articles inclus dans la revue. Il n'est pas surprenant que cette population ne reçoive que peu d'attention dans les recherches et les services de prévention et de soutien associés au VIH (12, 14), malgré qu'elle représente une proportion grandissante de Canadiens vivant avec le VIH (9). Cette lacune dans les connaissances a

incité des organisations nationales à demander plus de financement pour des recherches ciblées (35), et des responsables de la promotion de la santé sexuelle à en appeler pour une attention accrue à cette population (12, 13). Aucune des interventions incluses dans cette revue ne ciblait explicitement les personnes transgenres ou non binaires, ou les femmes lesbiennes, bisexuelles, allosexuelles et/ou en questionnement. Cette carence est particulièrement préoccupante puisque les données indiquent la pénurie de services inclusifs pour toutes les identités de genre en matière de santé sexuelle dans certaines régions du Canada (26), la méconnaissance des besoins de ces populations et le manque de financement pour la réalisation d'études ciblées portant sur ces enjeux (36). De même, aucun des articles révisés ne mentionnait les personnes intersexuées et aucune donnée analysée ne portait sur l'état de santé ou l'utilisation des services de santé sexuelle de cette population.

Toutefois, les méthodes et les mesures décrites dans cette revue exploratoire de littérature composent une « boîte à outils » pouvant aider les responsables de la promotion de la santé sexuelle à mieux cibler ces populations, et les difficultés répertoriées sont des facteurs qui devraient être pris en considération. Le manque de connaissances sur les besoins en termes de promotion de la santé sexuelle dans ces populations démontre à quel point il est nécessaire et important d'évaluer les besoins, de réaliser des études pilotes et d'intégrer des évaluations formatives et/ou l'évaluation du processus dans les interventions actuelles, en plus d'obtenir l'engagement direct et significatif des membres de la communauté. L'inclusion de ces éléments pourrait fournir des indications concernant les principaux besoins de la population en question et les facteurs contextuels qui pourraient limiter ou faciliter l'atteinte des objectifs de l'intervention, en plus d'orienter le choix des mesures qui reflètent

ces objectifs et permettent d'observer les impacts de l'intervention au fil du temps.

L'habilitation des communautés (17, 18) et le ciblage des environnements à risque (37) représentent des objectifs fondamentaux dans le domaine de la promotion de la santé, comme en témoignent bon nombre des articles analysés, même si ces buts n'étaient pas toujours au centre de l'intervention. La présente revue de la littérature ne visait pas à commenter l'ampleur des effets spécifiques associés avec ces tendances, mais elle a quand même permis de répertorier de nombreux bénéfices des interventions, notamment une amélioration de la réceptivité des participants et une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources limitées. Une analyse quantitative de cette corrélation pourrait fournir de précieuses informations sur les bénéfices spécifiques des approches orientées sur les déterminants sociaux de la santé sexuelle et le bien-être sexuel, mais cette tâche serait difficile étant donné les problèmes observés dans la mesure des résultats, ce qui souligne la nécessité de planifier des interventions intégrant des méthodes et des mesures d'évaluation appropriées.

Références

1. Edwards, W.M. et E. Coleman. Defining sexual health: A descriptive overview. *Arch Sex Behav* [Internet]. Juin 2004 [cité le 27 mars 2014]; 33(3):189-95. Disponible sur PubMed au : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15129038>.
2. Sandfort, T.G. M. et A.A. Ehrhardt. Sexual health: A useful public health paradigm or a moral imperative? *Arch Sex Behav* [Internet]. Juin 2004 [cité le 27 mars 2014]; 33(3):181-7. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15129037>.
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Définition de la santé sexuelle : rapport sur une consultation technique sur la santé sexuelle, du 28 au 31 janvier 2002, Genève. Genève, Suisse : OMS; [Internet]. 2006 [cité en mars 2014]. Disponible en anglais au : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.
4. OMS. Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. Genève, Suisse : OMS; [Internet]. 2010 [cité en mars 2014]. Disponible en anglais au : http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf.
5. Mayer, K.H., Bradford, J.B., Makadon, H.J., Stall, R., Goldhammer, H. et S. Landers. Sexual and gender minority health: What we know and what needs to be done. *Am J Public Health* [Internet]. 2008 [cité en mars 2014]; 98(6):989-95. Disponible sur PMC : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2377288/>.
6. Raphael, D., éditeur. *Social determinants of health*. 2nd ed. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Inc; 2009.
7. Malarcher, S. *Social determinants of sexual and reproductive health: Informing future research and programme implementation*. Genève, Suisse : OMS [Internet]. 2010 [cité en mars 2014] Disponible au : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/social_science/9789241599528/en/.
8. Dean, H.D. et K.A. Fenton. Addressing social determinants of health in the prevention and control of HIV/AIDS, viral hepatitis, sexually transmitted infections, and tuberculosis. *Public Health Rep.* [Internet] 2005 [cité en mars 2014] : 125(supplément 4):1-5. Disponible sur PMC : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882967/?report=classic>.
9. Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Ottawa, Ont. : ASPC [Internet]. 2012 [cité le 29 mars 2014]. Disponible au : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat2011-fra.php>
10. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2010*. Ottawa, Ont. : Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, ASPC [Internet]. 2012 [cité le 28 mars 2014]. Disponible au : <http://publications>.

gc.ca/collections/collection_2013/aspc-phac/HP37-10-2010-fra.pdf.

11. Agence de la santé publique du Canada. Coup d'œil – Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre, 2012. Ottawa, Ont. : ASPC [Internet]; 31 décembre 2012 [cité en mars 2014] Disponible au : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/surreport/2012/dec/index-fra.php>.
12. Antoniou, T., Loufty, M.R., Glazier, R.H. et C. Strike. 'Waiting at the dinner table for scraps': A qualitative study of the help-seeking experiences of heterosexual men living with HIV infection. *BMJ Open* [Internet]. 2012 [cité en mars 2014] 2, e00697. Disponible sur *BMJ Open* : <http://bmjopen.bmj.com/content/2/4/e000697.abstract>.
13. Gahagan, J., Aube, G., Condran, B. et K. Furlotte. Sexually transmitted infections research network (STIRN): Summary of the inaugural STIRN meeting. Halifax, NS : GAHPS Unit. Sous presse [cité en mars 2014].
14. Jbilou, J., Robertson, S.S., Jazebizadeh, H., Gallang, L., Robinson, M., Pakzad, S. et G. Tremblay. Men-centered approaches for primary and secondary prevention of HIV/AIDS: A scoping review of effective interventions. *J AIDS Clin Res* [Internet]. 2013 [cité en mars 2014]; 4(11):1000257. Disponible au : <http://omicsonline.org/men-centered-approaches-for-primary-and-secondary-prevention-of-hiv-aids-a-scoping-review-of-effective-interventions-2155-6113.1000257.php?aid=21040>.
15. Conley, T.D., Moors, A.C., Ziegler, A. et C. Karathanasis. Unfaithful individuals are less likely to practice safer sex than openly nonmonogamous individuals. *J Sex Med* [Internet]. 2012 [cité en mars 2014]; 9:1559-65. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22463058>.
16. Dombrowski, J.C., Harrington, R.D. et M.R. Golden. Evidence for the long-term stability of HIV transmission-associated sexual behavior after HIV diagnosis. *Sex Transm Dis.* [Internet]. Janvier 2013 [cité en mars 2014]; 40(1):41-5. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23254116>.
17. Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L. et J. Springett. A framework for health promotion evaluation. Dans: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., Ziglio, E., éditeurs. *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*. Genève, Suisse : OMS; [Internet]. 2001 [cité en mars 2014]. Disponible au : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf.
18. Organisation mondiale de la Santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé : Vers une nouvelle santé publique. Genève, Suisse : OMS [Internet]. 1986 [cité en mars 2014]. Disponible au : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>.
19. Adamchak, S., Bond, K., MacLaren, L., Magnani, R., Nelson, K. et J. Seltzer. A guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs. Washington, DC: FOCUS on Young Adults [Internet]. 2000 [cité en mars 2014]. Disponible au : <http://www.pathfinder.org/publications-tools/pdfs/FOCUS-Tool-5-A-Guide-to-Monitoring-and-Evaluating-Adolescent-Reproductive-Health-Programs-Part-1.pdf>.
20. Stephenson, J.M., Imrie, J. et C. Bonell [Éditeurs]. *Effective sexual health interventions: Issues in experimental evaluation*. Oxford, NY: Oxford University Press. 2003 [cité en mars 2014]
21. Wight, D. et A. Obasi. Unpacking the 'black box': The importance of process data to explain outcomes. Dans : Stephenson, J. M., Imrie, J., Bonell, C., éditeurs. *Effective sexual health interventions: Issues in experimental evaluation*. Oxford, NY: Oxford University Press; 2003. P.151-66.
22. Barker, M., Richards, C., Jones, R., Bowes-Catton, H., Plowman, T., Yockney, J. et M. Morgan. The bisexual report: Bisexual inclusion in LGBT equality and diversity. The Open University: Center for Citizenship, Identities and Governance and Faculty of Health and Social Care [Internet]. Février 2012 [cité en mars 2014]. Disponible au : <http://www.open.ac.uk/ccig/files/ccig/The%20BisexualityReport%20Feb.2012.pdf>.
23. Trans Pride Canada. Media reference guide – Best practices. Trans Pride Canada [Internet]. ND [cité en mars 2014]. Disponible au : <http://www.transpride.ca/trans-media-reference.htm>.
24. Instituts de recherche en santé du Canada. Définitions du sexe biologique et du genre. IRSC [Internet]. 28 janvier 2014 [cité en mars 2014]. Disponible au <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/47830.html>.
25. Intersex Society of North America. What is Intersex? Intersex Society of North America [Internet]. Sans date [cité en mars 2014]. Disponible au : http://www.isna.org/faq/what_is_intersex.
26. Bauer, G.R., Travers, R., Scanlon, K. et T.A. Coleman. High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: A province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 [cité en mars 2014]; 12(292). Disponible au : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/292>.
27. Kippax, S. Sexual health interventions are unsuitable for experimental evaluation. Dans : Stephenson, J. M., Imrie, J., Bonell, C., éditeurs. *Effective sexual health interventions: Issues in experimental evaluation*. Oxford, NY: Oxford University Press; 2003, p. 17-34.
28. Dagley, D.L. et J.K. Orso. Integrating summative, formative modes of evaluation. *NASSP Bulletin* [Internet]. 1991 [cité en mars 2014]; 75(536):72-82. Disponible sur Sage Journals: <http://bul.sagepub.com/content/75/536/72.refs>.
29. Covenant House. Homelessness, survival sex and human trafficking: As experienced by the youth of Covenant House New York. New York, NY: Covenant House [Internet]. Mai 2013 [cité en mars 2014]. Disponible au : <http://www.covenanthouse.org/sites/default/files/attachments/Covenant-House-trafficking-study.pdf>.

30. Downing, J., Jones, L., Cook, P.A. et M.A. Bellis. Prevention of sexually transmitted infections (STIs): A review of reviews into the effectiveness of non-clinical interventions: Evidence briefing update [Internet]. Liverpool, UK: Université John Moores de Liverpool; 2006 [cité en mars 2014]. Disponible au : <http://www.nice.org.uk/media/ABC/87/STIEvidenceBriefingFinal.pdf>.
31. Boehmer, U. Twenty years of public health research: Inclusion of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. *Am J Public Health* [Internet]. 2002 [cité en mars 2014]; 92(7):1125-30. Disponible sur PMC : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447202/>.
32. San Francisco Human Rights Commission LGBTQ Advisory Committee. Bisexual invisibility: Impacts and recommendations [Internet]. San Francisco, CA: SFHRC; 2011 [cité en mars 2014]. Disponible au : <http://www.sf-hrc.org/modules/showdocument.aspx?documentid=989>.
33. Stirman, S.W., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F. et M. Charns. The sustainability of new programs and innovations: A review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implement Sci* [Internet]. 2012 [cité en mars 2014]; 7(17). Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22417162>.
34. Oakley, A., Strange, V., Bonell, C., Allen, E., Stepherson, J. et RIPPLE Study Team. Process evaluation in randomized controlled trials of complex interventions. *BMJ* [Internet]. 18 février 2006 [cité en mars 2014]; 332: 413-6. Disponible au : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16484270>.
35. Instituts de recherche en santé du Canada. Intégrer les notions de genre et de sexe à la recherche en santé : un outil pour les pairs examinateurs des IRSC. Ottawa, ON : IRSC. 10 janvier 2012 [cité en mars 2014]. Disponible au : <http://www.cih-irsc.gc.ca/f/43216.html>.
36. Gahagan, J., Collaboratif Rassemblement d'esprits. Énoncé de consensus sur la recherche avec les femmes, les personnes trans, les filles et le VIH au Canada. Halifax, NS: GAHPS Unit; 2013 [cité en mars 2014]. Disponible au : <http://www.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/Diff/gahps/NationalConsensusStatementFrenchV2B.pdf>.
37. Rhodes, T. The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy* [Internet]. 2002 [consulté en mars 2014]; 13: 85-94. Disponible au : <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/drupol/article/PIIS0955395902000075/abstract>.

Annexe : index des articles révisés (AR)

1. Adam, B.D., Betancourt, G. et A. Serrano-Sanchez. Development of an HIV prevention and life skills program for Spanish-speaking gay and bisexual newcomers to Canada. *The Canadian Journal of Human Sexuality* [Internet]. 2011 [cité en février 2014]; 20(1-2):11-7. Disponible au : <http://utpjournals.metapress.com/content/122833>.
2. Baars, J.E., Boon, B.J.F., Garretsen, H.F.L. et D. Mheen. The reach of a free hepatitis B vaccination programme: Results of a Dutch study among drug users. *Int J Drug Policy* [Internet]. Mai 2010 [cité en février 2014]; 21:247-50. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19700297>.
3. Bachmann, L.H., Grimley, D.M., Gao, H., Aban, I., Chen, H., Raper, J.L., Saag, M.S., Rhodes, S.D. et E.W. Hook. Impact of a computer-assisted, provider-delivered intervention on sexual risk behaviors in HIV-positive men who have sex with men (MSM) in a primary care setting. *AIDS Educ Prev* [Internet]. Avril 2013 [cité en février 2014]; 25(2): 87-101. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23514077>.
4. Balaji, M., Andrews, T., Andrew, G. et V. Patel. The acceptability, feasibility, and effectiveness of a population-based intervention to promote youth health: An exploratory study in Gao, India. *Journal of Adolescent Health* [Internet]. 2011 [cité en février 2014]; 48: 453-60. Disponible au : http://www.sangath.com/images/file/Yuva%20mitr_JAH_2011.pdf.
5. Brown, K.E., Hurst, K.M. et M.A. Arden. Improving adolescent contraceptive use: Evaluation of a theory-driven classroom-based intervention. *Psychology, Health & Medicine* [Internet]. 30 novembre 2011 [cité en février 2014]; 16(2):141-55. Disponible au : <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548506.2010.525791#.UzjDZ61dWEg>.
6. Campero, L., Walker, D., Rouvier, M. et E. Atienzo. First steps toward successful communication about sexual health between adolescents and parents in Mexico. *Qual Health Res* [Internet]. 6 mai 2010 [cité en février 2014]; 20(8):1145-54. Disponible au : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20448274>.
7. Cornelius, J. B., Dmochowski, J., Boyer, C., St. Lawrence, J., Lightfoot, M. et M. Moore. Text-messaging-enhanced HIV intervention for African American adolescents: A feasibility study. *J Assoc Nurses AIDS Care* [Internet]. 2013 [cité en février 2014]; 24:256-67. Disponible sur PMC : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3627821/>.
8. Deering, K. D., Boily, M. C., Lowndes, C. M., Shoveller, J., Tyndall, M. W., Vickerman, P., Bradley, J., Gurav, K., Pickles, M., Moses, S., Ramesh, B. M., Washington, R., Rajaram, S. et M. Alary. A dose-response relationship between exposure to a large-scale HIV preventive intervention and consistent condom use with different sexual partners of female sex workers in southern India. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 [cité en février 2014]; 11(Suppl. 6):s8. Disponible au : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S6/S8>.

9. Doyle, A.M., Ross, D.A., Maganja, K., Baisley, K., Masesa, C., Andreasen, A., Plummer, M.L., Obasi, A.I.N., Weiss, H.A., Kapiga, S., Watson-Jones, D., Chagalucha, J., Hayes, R.J. et MEMA kwa Vijana Trial Study Group. Long-term biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: Follow-up survey of the community-based MEMA kwa Vijana trial. *PLoS Med* [Internet]. 8 juin 2010 [cité en février 2014]; 7(6): e1000287. Disponible au : <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000287>.
10. Tobin, K.E., Kuramoto, S.H., Davey-Rothwell, M.A. et C.A. Latkin. The STEP into action study: a peer-based personal risk network-focused HIV prevention intervention with injection drug users in Baltimore, Maryland. *Addiction* [Internet]. Février 2011 [cité en février 2014]; 106(2):366-375. Disponible sur Pub Med : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21054614>.
11. Elliot, L., Henderson, M., Nizon, C. et D. Wight. Has untargeted sexual health promotion for young people reached its limit? A quasi-experimental study. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 20 février 2013 [cité en février 2014]; 67:398-404. Disponible au : <http://jech.bmj.com/content/early/2013/02/19/jech-2012-201034.full>.
12. Espada, J.P., Orgiles, M., Morales, A., Ballester, R. et T.B. Huedo-Medina. Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. *AIDS Education and Prevention* [Internet]. Décembre 2012 [cité en février 2014]; 24(6):500-13. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23206200>.
13. Fasula, A.M., Fogel, C.I., Gelaude, D., Carry, M., Gaiter, J. et S. Parker. Project power: Adapting an evidence-based HIV/STI prevention intervention for incarcerated women. *AIDS Educ Prev*. [Internet]. Juin 2013 [cité en février 2014]; 25(3):203-15. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23631715>.
14. Frye, V., Bonner, S., Williams, K., Henny, K., Bond, K., Lucy, D., Cupid, M., Smith, S. et B.A. Koblin. Straight talk: HIV prevention for African-American heterosexual men: Theoretical bases and intervention design. *AIDS Education and Prevention* [Internet]. Octobre 2012 [cité en février 2014]; 24(5):389-407. Disponible au : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23016501>.
15. Gao, X., Wu, Y., Zhang, Y., Zhang, N., Tang, J., Qiu, J., Lin, X. et Y. Du. Effectiveness of school based education on HIV/AIDS knowledge, attitudes and behavior among secondary school students in Wuhan, China. *PLOS One* [Internet]. 7 septembre 2012 [cité en février 2014]; 7(9):e44881. Disponible au : <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0044881>.
16. Graves, K.N., Sentner, A., Workman, J. et W. Mackey. Building positive life skills the smart girls way: Evaluation of a school-based sexual responsibility program for adolescent girls. *Health Promot Pract* [Internet]. Mai 2011 [cité en février 2014]; 12(3):463-71. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21051328>.
17. Hawk, M. The girlfriends project: Results of a pilot study assessing feasibility of an HIV testing and risk reduction intervention developed, implemented and evaluated in community settings. *AIDS Education and Prevention* [Internet]. 2013 [cité en février 2014]; 25(6):519-34. Disponible au : <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.2013.25.6.519>.
18. Fisher, H.H., Patel-Larson, A., Green, K., Shapatava, E., Uhl, G., Kalayil, E.J., Moore, A., Williams, W. et B. Chen. Evaluation of an HIV prevention intervention for African Americans and Hispanics: Findings from the Voices/Voices community-based organization behavioral outcomes project. *AIDS Behav* [Internet]. 2011 [cité en février 2014]; 15:1691-706.
19. Hong, J., Fongkaew, W., Senaratana, W. et O. Tonmukaykul. Development of a theory-based sexual and reproductive health promotion and HIV prevention program for Chinese early adolescents. *Nursing & Health Sciences* [Internet]. Septembre 2010 [cité en février 2014]; 12:360-8. Disponible au : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2010.00538.x/abstract>.
20. Hosek, S.G., Green, K.R., Siberry, G., Lally, M., Balthazar, C., Serrano, P.A., Kapogiannis, B. et le réseau Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Interventions. Integrating behavioral HIV interventions into biomedical prevention trials with youth: Lessons from Chicago's project prepare. *HIV/AIDS & Social Services* [Internet]. 27 juin 2013 [cité en février 2014]; 12(3-4):333-48. Disponible au : <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15381501.2013.773575#.UzjL8q1dWEg>.
21. Juneja, S., Tirumalasetti, V.R., Mishra, R.M., Sethu, S. et J.R. Singh. Impact of an HIV prevention intervention on condom use among long distance truckers in India. *AIDS Behav* [Internet]. Mars 2013 [cité en février 2014]; 17:1040-51. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23008122>.
22. Lippman, S.A., Chinaglia, M., Donini, A.A., Diaz, J., Reingold, A. et D.L. Kerrigan. Findings from Encontros: A multilevel STI/HIV intervention to increase condom use, reduce STI, and change the social environment among sex workers in Brazil. *Sex Transm Dis*. [Internet]. Mars 2012 [cité en février 2014]; 39(3):209-216. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22337108>.
23. Mahoney, M., Bien, M. et M. Comfort. Adaptation of an evidence-based HIV prevention intervention for women with incarcerated partners: Expanding to community settings. *AIDS Educ Prev*. [Internet]. Février 2013 [cité en février 2014]; 25(1):1-13. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23387947>.
24. Mainkar, M.M., Pardeshi, D.B., Deshpande, S., Khazi, S., Gautam, A., Goswami, P., Adhikary, R., Ramanathan, S., George, B. et R.S. Paranjape. Targeted interventions of the Avahan program and their association with intermediate outcomes among female sex workers in Maharashtra, India. *BMC Public Health* [Internet]. 29 décembre 2011 [cité en février 2014]; 11(Suppl. 60):S2. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22375562>.

25. Martinez, O., Roth, A.M., Kelle, A.M., Downs, M. et S.D. Rhodes. Adaptation and implementation of HoMBReS: A community-level, evidence-based HIV behavioral intervention for heterosexual Latino men in the Midwestern United States. *AIDS Educ Prev.* [Internet]. Février 2014 [cité en février 2014]; 26(1):68-80. Disponible au : <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.2014.26.1.68>.
26. Parker, L., Maman, S., Pettifor, A., Chalachala, J.L., Edmonds, A., Golin, C.E., Moracco, K. et F. Behets. Feasibility analysis of an evidence-based positive prevention intervention for youth living with HIV/AIDS in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *AIDS Educ Prev.* [Internet]. 2013 [cité en février 2014]; 25(2):135-50. Disponible au : <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.2013.25.2.135>.
27. Ruchakulla, H.K., Kodavalla, V., Rajkumar, H., Prasad, S.P.V., Kallam, S., Goswami, P., Dale, J., Adhikary, R., Paranjape, R. et G.N.V. Braham. Condom use and prevalence of syphilis and HIV among female sex workers in Andhra Pradesh, India – Following a large-scale HIV prevention intervention. *BMC Public Health* [Internet]. 29 décembre 2011 [cité en février 2014]; 11(Suppl. 6):s1. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22376071>.
28. Rhodes, S.D., Daniel, J., Alonzo, J., Vissman, A.T., Duck, S., Downs, M. et P.A. Gilbert. A snapshot of now Latino heterosexual men promote sexual health within their social networks: Process evaluation findings from an efficacious community-level intervention. *AIDS Educ Prev.* [Internet]. 2012 [cité en février 2014]; 24(6):514-26.
29. Sanchez, J., De La Rosa, M. et C.A. Serna. Project Salud: Efficacy of a community-based HIV prevention intervention for Hispanic migrant workers in South Florida. *AIDS Educ Prev.* [Internet]. 2013 [cité en février 2014]; 25(5):363-57. Disponible au : <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.2013.25.5.363>.
30. Suffoletto, B., Akers, A., McGinnis, K.A., Calabria, J., Wiesenfeld, H.C. et D.B. Clark. A sex risk reduction text-message program for young adult females discharged from the emergency department. *Journal of Adolescent Health* [Internet]. 24 mai 2013 [cité en février 2014]; 53:378-93. Disponible au : [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(13\)00243-7/abstract](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(13)00243-7/abstract).
31. Takahashi, L.M., Tobin, K.E., To, S., Ou, S., Ma, C.H., Ao, F.K.W. et J. Candelario. Chieh Mei Ching Yi: A randomized controlled trial of a culturally tailored HIV prevention intervention for Chinese massage parlor women in Los Angeles. *AIDS Educ Prev.* [Internet]. 2013 [cité en février 2014]; 25(6):508-18. Disponible au : <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.2013.25.6.508>.
32. Tan, J., Cai, R., Lu, Z., Cheng, J., de Vlas, S.J. et J.H. Richardus. Joint marketing as a framework for targeting men who have sex with men in China: A pilot intervention study. *AIDS Educ Prev.* [Internet]. Avril 2013 [cité en février 2014]; 25(2):102-11. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23514078>.
33. Ye, S., Xiao, Y., Jin, C., Cassell, H., Belvins, M., Sun, J., Vermund, S.H. et H. Qian. Effectiveness of integrated HIV prevention interventions among Chinese men who have sex with men: Evaluation of a 16-city public health program. *PLoS ONE* [Internet]. 31 décembre 2012 [cité en février 2014]; 7(12):e50873. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23300528>.
34. Gaikwad, S.S., Bhende, A., Nidhi, G., Saggurti, N. et V. Ranebennur. How effective is community mobilization in HIV prevention among highly diverse sex workers in urban settings? The Aastha intervention experience in Mumbai and Thane districts, India. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. Octobre 2012 [cité en février 2014]; 66:i69-77. Disponible au : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22760223>.
35. Jalloh, C., McMillan, B., Ormond, M., Casey, C. et J.L. Wylie. Evaluation of Harsh Reality: a sexual health print-based resource for street involved youth. *Health Education Journal* [Internet]. Mai 2013 [cité en février 2014]; 72(3): 337-44. Disponible au : <http://hej.sagepub.com/content/72/3/337.short>.
36. Patchen, L., LeTourneau, K. et E. Berggren. Evaluation of an integrated services program to prevent subsequent pregnancy and birth among urban teen mothers. *Soc Work Health Care* [Internet]. 2013 [cité en février 2014]; 52(7):642-55. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23947540>.
37. Williams, J.K., Glover, D.A., Wyatt, G.E., Kisler, K., Liu, H. et M. Zhang. A sexual risk and stress reduction intervention designed for HIV-positive bisexual African-American men with childhood sexual abuse histories. *Am J Public Health* [Internet]. Août 2013 [cité en février 2014]; 103(8):1476-1484. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23763412>.
38. Bray, L., Sanders, C. et J. McKenna. Discussing sexual and relationship health with young people in a children's hospital: Evaluation of a computer-based resource. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2 juillet 2013 [cité en février 2014]; 22:3447-55. Disponible au : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12350/abstract>.
39. Howard-Barr, E.M., Wiley, D., Moore, M.J., Lang, D. et K. Zipperer. Addressing sexual health in Florida youth: Improving communication, collaboration, and consensus building among providers. *Health Promot Pract* [Internet]. Juillet 2011 [cité en février 2014]; 12(4):600-9. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20720097>.
40. MacDowall, W., Parker, R., Nanchahal, K., Ford, C., Lowbury, R., Robinson, A., Sherrard, J., Martins, H., Fasey, N. et K. Wellings. 'Talking of sex': Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient Educ Couns.* [Internet]. Décembre 2010 [cité en février 2014]; 81:332-7. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21094013>.
41. Toller-Erausquin, J., Biradavolu, M., Reed, E., Burroway, R. et K.M. Blankenship. Trends in condom use among female sex workers in Andhra Pradesh, India: The impact of a community mobilization intervention. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. Octobre 2012 [cité en février 2014]; 66:ii49-54. Disponible sur PubMed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22495773>.

Parrainé par le Centre international pour les maladies infectieuses (CIMI), le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI) est l'un des six centres de collaboration nationale (CCN) financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Le travail de chaque centre est axé sur un sujet distinct en santé publique.

Le CCNMI rassemble, résume et diffuse l'information et les renseignements sur les technologies et les outils d'actualité liés aux maladies infectieuses, et assure qu'ils soient mis à la disposition des praticiens et au service de tous les Canadiens. Le travail du CCNMI sert à éclairer les politiques publiques et à mieux équiper les praticiens de la santé publique dans leur rôle de prévention et de contrôle des maladies infectieuses émergentes et réemergentes.

Le CCNMI – des savoirs qui se transmettent!

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web du Centre de collaboration nationale maladies infectieuses au www.ccnmi.ca.

An English version is available at www.nccid.ca

N° de PROJET du CCNMI : 181



Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses

National Collaborating Centre
for Infectious Diseases

515, AVENUE PORTAGE, WINNIPEG (MB) R3B 2E9
204.943.0051
NCCID@ICID.COM
WWW.CCNMI.CA

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada. Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.