

COMMUNICATION BRÈVE RELATIVE À LA SEXUALITÉ (CBS)

Recommandations pour une approche de santé publique



Organisation
mondiale de la Santé

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Communication brève relative à la sexualité (CBS) : recommandations pour une approche de santé publique.

1.Sexualité. 2.Santé reproductive. 3.Maladies sexuellement transmissibles – prévention et contrôle. 4.Comportement sexuel. 5.Soins de santé primaires. 6.Counseling. 7.Directives. l.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 254900 3

(Classification NLM : WC 140)

© Organisation mondiale de la Santé 2015

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel: bookorders@who.int. Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en (nom du pays)

COMMUNICATION BRÈVE RELATIVE À LA SEXUALITÉ (CBS)

Recommandations pour une approche de santé publique



**Organisation
mondiale de la Santé**

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	6
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	7
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	8
1. INTRODUCTION	11
1.1 Contexte et justification de l'intervention	12
1.2 Objectifs et public cible	14
1.3 Portée des lignes directrices	15
1.4 Définitions et approche	15
1.4.1 Santé sexuelle et sexualité	15
1.4.2 Communication brève relative à la sexualité (CBS)	17
2. MÉTHODOLOGIE ET PROCESSUS	19
2.1 Création du groupe d'élaboration des lignes directrices	20
2.1.1 Déclaration d'intérêts des membres du groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) et des pairs examinateurs	20
2.2 Identification, évaluation et synthèse des données disponibles	21
2.2.1 Le cadre GRADE	21
2.2.2 Stratégie de recherche	22
2.2.3 Sélection des études	22
2.3 Procédure d'élaboration des lignes directrices	24
2.4 Établissement du document et examen par les pairs	25
3. BONNE PRATIQUE	27
3.1 Définition	28
3.2 Respecter, protéger et réaliser les droits humains	28
4. DONNÉES FACTUELLES ET RECOMMANDATIONS	31
4.1 Recommandation 1 : la communication brève relative à la sexualité comme moyen de prévention des IST	32
4.1.1 Contexte général	32
4.1.2 Données disponibles	33
4.1.3 Équilibre entre avantages et inconvénients, entre faisabilité et acceptabilité	36
Avantages et inconvénients	36
Faisabilité et acceptabilité	37
Autres sujets de débat	37

4.2 Recommandation 2 : formation des prestataires de soins de santé	38
4.2.1 Contexte général	38
4.2.2 Données disponibles	40
4.2.3 Équilibre entre avantages et inconvénients et entre faisabilité et acceptabilité	41
Avantages et inconvénients	41
Faisabilité et acceptabilité	42
Autres sujets de débat	42
5. PUBLICATION, DIFFUSION, MISE EN ŒUVRE ET SUIVI	43
6. IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE	45
6.1 Élaboration et test d'un outil clinique	46
6.2 Formation en cours d'emploi des prestataires de soins de santé	47
6.3 Surmonter les obstacles au sein du système de santé et au niveau opérationnel qui empêchent la mise en œuvre de la CBS	48
7. RÉFÉRENCES	49
7.1 Références complètes	50
7.2 Résultats utilisés comme données factuelles	62
ANNEXE	65
Annexe 1: Participants à l'établissement du document	66
Coordinateur : Igor Toskin, Département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève	66
Groupe chargé de l'examen systématique	66
Spécialiste de la méthodologie GRADE	66
Rédactrice	66
Membres du groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG)	67
Examen par les pairs	67
Annexe 2: Cadre PICO : questions et résultats	68
Annexe 3: Liens vers les examens complets et les tableaux de données	70

REMERCIEMENTS

Ces lignes directrices ont été établies par le Département Santé et recherche génésiques (RHR) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), sous la direction du Dr Igor Toskin. L'élaboration de ce document a été rendue possible grâce à la contribution et à l'expertise de nombreuses personnes. Elle a débuté en 2010 suite à une consultation d'experts organisée avec l'appui de l'OMS.

L'OMS tient à remercier les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) : Tamara Adrián-Hernandez, Elham Atalla, George Ayala, Bergen Hope Cooper, John Munroe Douglas, Emily Maria Godfrey, Sharful Islam Khan, Barbara Klugman, Regina Kulier, Charlotta Löfgren-Mårtenson, Geetanjali Misra, Patanjali Dev Nayar, Rafael Mazin Reynoso, Thierry Troussier, Marlene Freida Wasserman et Christine Winkelmann. Le présent document se fonde sur les discussions tenues lors des réunions du GDG de l'OMS et sur les contributions apportées au fil du temps par les membres du GDG et les pairs évaluateurs. Thierry Troussier (Chaire Santé sexuelle et droits humains de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et Fonds de dotation Human Earth, France) et Barbara Klugman (School of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, Afrique du Sud) ont coprésidé le GDG, tandis que le Dr Klugman a rédigé le document. Bergen Cooper, consultant pour l'OMS (États-Unis d'Amérique) et Regina Kulier de la Fondation PROFA (Suisse) ont passé en revue les données factuelles qui ont servi de base au présent guide. Le groupe d'orientation de l'OMS, qui a prodigué des conseils tout au long de l'élaboration des lignes directrices, était composé des membres suivants : Moazzam Ali, Venkatraman Chandra-Mouli, Claudia García-Moreno, Mary Eluned Gaffield, Metin Gülmezoglu et Igor Toskin du Département Santé et recherche génésiques (RHR, OMS/Siège) ; Beverly Jane Ferguson du Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MCA, OMS/Siège) ; Vladimir Poznyak du Département Santé mentale et abus de substances psychoactives (MSD, OMS/Siège) ; Tomas John Allen, Réseaux d'information et de bibliothèques pour le savoir (LNK, OMS/Siège) ; et Antonio Carlos Gerbase (consultant principal, IST et VIH/sida, retraité). Le groupe d'orientation de l'OMS tient à remercier le Dr Susan L. Norris du Comité d'examen des directives du Secrétariat de l'OMS, Mme Elizabeth Noble, spécialiste de la communication et Mme Sofia de Vasconcelos, bénévole au Département Santé et recherche génésiques, pour l'appui fourni pendant la phase finale de l'élaboration et de l'examen des lignes directrices. Le groupe d'orientation de l'OMS tient à remercier l'équipe de la Chaire UNESCO Santé sexuelle & Droits humains et plus particulièrement Mme Marie Chollier et le Dr Thierry Troussier, pour le soutien global qu'ils ont fournis dans la phase finale de l'examen de la version française de ce guide.

Nous adressons également nos plus vifs remerciements aux personnes suivantes qui ont participé à l'examen collégial : le Dr Christine Dehlendorf, University of California, San Francisco (États-Unis) ; Mme Julie Fitter, Clinical Service Manager/Sex and Relationship Psychotherapist/MSc Course Leader, Porterbrook Clinic, Sheffield (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) et le Professeur John de Wit, Centre for Social Research in Health, UNSW (Australie) sur recommandation de l'Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille (WONCA).

La société Green Ink (Royaume-Uni) a assuré le contrôle rédactionnel des présentes lignes directrices (greeninkco.uk).

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ASSESS	Awareness, Skills, Self-efficacy/Self-esteem and Social Support
CBS	Communication brève relative à la sexualité
CDC	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health (base de données)
CREA	Creating Resources for Empowerment in Action
GDG	Groupe d'élaboration des lignes directrices
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LNK	Réseaux d'information et de bibliothèques pour le savoir (OMS)
MCA	Département OMS Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MSD	Département OMS Santé mentale et abus de substances psychoactives
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PICO	Population, Intervention, Comparison, Outcomes
RHR	Département OMS Santé et recherche génésiques
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
OMS	Organisation mondiale de la Santé
WONCA	Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Les professionnels de la santé publique et les prestataires de services de santé accordent une attention croissante à la santé sexuelle en raison de sa contribution à la santé et au bien être en général, chez l'adulte et chez l'adolescent. Les conséquences sanitaires des pratiques sexuelles à risque et les atteintes aux droits humains en matière de sexualité (par exemple les relations sexuelles sous contrainte) contribuent toutes deux au poids de morbidité mondiale.

Les recherches et les consultations menées ces dernières décennies ont montré que la communication en matière de sexualité est une question urgente sur laquelle il faut se pencher. Alors que les clients souhaiteraient aborder des questions de santé sexuelle avec leurs prestataires de soins de santé, ceux-ci ne possèdent souvent ni la formation, ni les connaissances nécessaires pour y répondre. Le rôle de la communication en matière de sexualité dans les soins de santé primaires n'a pas été défini de façon suffisamment claire.

En 2008, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a commandé une série d'études de cas sur l'intégration du counselling en sexualité dans les services de santé sexuelle et reproductive, pour élaborer une base de travail. Puis, en 2010, une consultation d'experts a été organisée par le Département OMS Santé et recherche génésiques (RHR), à l'issue de laquelle il a été recommandé d'élaborer des lignes directrices sur l'intégration de ces prestations de counselling dans les soins de santé primaires. Un groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) a ensuite été créé en juin 2012. Il était composé d'experts de la santé sexuelle dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, issus de toutes les Régions de l'OMS, avec une représentation équitable des deux sexes. Dans ce groupe figuraient des universitaires, des psychologues, des médecins, des spécialistes de la santé publique, des juristes et des spécialistes des sciences sociales, qui soit possédaient des compétences spécialisées dans l'élaboration des programmes, soit dispensaient des services cliniques de promotion de la santé et du bien-être sexuels. On y trouvait également des représentants d'autres groupes intéressés par ces questions et possédant des compétences complémentaires en matière de santé sexuelle et de droits humains. Un examen systématique a été mené sous l'égide du GDG et les données factuelles ainsi rassemblées ont été évaluées par un chercheur indépendant et par un spécialiste de la méthodologie GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation). Le GDG a développé un guide de bonne pratique et deux recommandations de politique générale en se fondant sur l'expertise du groupe et des pairs évaluateurs, l'examen systématique et les suggestions du Comité d'examen des directives.

Il s'agit d'un domaine de recherche encore inexploré et ces recommandations visent donc à donner aux responsables de l'élaboration des politiques et aux décideurs des établissements de formation en santé, des indications sur la mise en œuvre par les soignants de compétences de counselling, en vue de traiter les problèmes de santé sexuelle dans le cadre des soins de santé primaires. Suite à l'établissement des présentes lignes directrices sur la communication brève relative à la sexualité (CBS), l'OMS élaborera et mettra à l'essai des techniques spécifiques de CBS pour aider les prestataires à améliorer la qualité des soins qu'ils prodiguent. Elles feront ultérieurement l'objet de lignes directrices techniques.

Les recommandations sont résumées ci-dessous.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Bonne pratique :

Les responsables de l'élaboration des politiques de santé et les décideurs des établissements de formation en santé doivent veiller à ce que, lorsqu'elle est introduite, la CBS respecte, protège et réalise les droits humains des clients.

Recommandations de politique générale :

RECOMMANDATION 1



La CBS est recommandée pour la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) chez l'adulte et chez l'adolescent, dans le cadre des services de soins de santé primaires.

*Qualité des données : faible – modérée.
Force de la recommandation : forte*

RECOMMANDATION 2



Il est recommandé de former les prestataires de soins de santé en les dotant de connaissances sur la santé sexuelle et de compétences en matière de communication brève relative à la sexualité.

*Qualité des données factuelles : faible – très faible.
Force de la recommandation : forte*

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

1.1

CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'INTERVENTION

L'intérêt porté à la santé sexuelle au plan mondial tient en partie aux inquiétudes concernant la forte contribution des pratiques sexuelles à risque à la charge mondiale de morbidité. On reconnaît également de plus en plus la prévalence des violations des droits humains relatives à la sexualité, dont témoigne, par exemple, la forte proportion de jeunes qui ont subi des relations sexuelles sous contrainte (51,74). Il faut également noter qu'« au cœur même de la définition de la santé sexuelle se trouve l'idée selon laquelle la sexualité humaine doit reposer sur les principes d'autonomie et de bien-être et s'inscrire dans le cadre de la réalisation, de la promotion et de la protection des droits humains » (71: e377). Par ailleurs, il est de plus en plus largement admis que des approches fondées sur les droits humains sont indispensables pour promouvoir efficacement la santé sexuelle (4,112).

L'OMS œuvre dans le domaine de la santé sexuelle depuis 1974, et le monde reconnaît désormais combien il est important que les pactes, traités, programmes et lignes directrices internationaux abordent cette question. Également, la notion de santé sexuelle est consacrée dans les objectifs du Millénaire pour le développement N° 5 (Améliorer la santé maternelle) et 6 (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies). En 2008, le Département Santé et recherche génésiques (RHR) de l'OMS a commandé une série d'études de cas sur l'intégration du counselling en sexualité dans les services de santé sexuelle et reproductive, l'objectif étant de disposer d'une base de travail pour l'élaboration de ce guide. En 2010, RHR a organisé une consultation d'experts sur la santé sexuelle en vue de passer en revue ses travaux dans le domaine et de formuler des recommandations sur les activités que le Département pourrait conduire à l'avenir. Une des recommandations était que RHR commence à élaborer des lignes directrices sur le counselling en sexualité, à l'intention des prestataires de soins de santé, en vue de contribuer à l'intégration de ces prestations de counselling aux services de santé, essentiellement par l'intermédiaire des agents de soins de santé primaires (médecins, infirmiers, etc.). Le but ultime de cette initiative, dont ces lignes directrices ne sont qu'une première étape, est de garantir que les prestataires de soins de santé intègrent la CBS aux services de santé sexuelle et reproductive. En prenant l'initiative de ces discussions, les agents de santé peuvent promouvoir la santé sexuelle, plutôt que de se contenter de traiter les IST ou le VIH, ou de prendre en charge d'autres problèmes ayant une incidence sur la santé (comme la violence sexuelle, les pratiques néfastes telles que la mutilation génitale féminine ou les grossesses non désirées). Première étape vers l'établissement de lignes directrices cliniques sur la CBS, le processus d'élaboration de ces lignes directrices visait à évaluer l'efficacité de cette intervention dans les services de soins de santé primaires, ainsi que le niveau de compétences des prestataires de soins de santé dans ce domaine.

Ce document donne des recommandations sur la CBS et sur la manière de mettre en œuvre cette intervention. Ces indications viennent compléter les documents et lignes directrices de l'OMS consacrés à des thèmes connexes à savoir :

- Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires. Attitudes, connaissances, éthique, droits de l'homme, capacité de direction, gestion, travail d'équipe, travail communautaire, éducation, counselling, cadres cliniques, services, prestation, 2011 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/fr/)
- Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres. Recommandations pour une approche de santé publique, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/fr/)
- Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement, 2011. Directives de l'OMS (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/fr/)
- Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes. Intervenir et produire des données, 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/fr/>)
- Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines, 2010 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr_10_9/fr/)
- Manuel pour améliorer les services de counselling et de dépistage du VIH. Version pour expérimentation sur le terrain, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/fr/>)
- Counselling pour la prise en charge de la santé maternelle et néonatale. Manuel pour le renforcement des compétences, 2013 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241547628/fr/)
- Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf)
- Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services, 2005 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241562889.pdf>)
- Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, 2003 (<http://www.who.int/hiv/pub/sti/pub6/en/>)
- Formation aux techniques de counselling en sexualité, procréation et santé des adolescents. Guide de l'animateur, 2001 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adh_93_3/fr/)

1.2

OBJECTIFS ET PUBLIC CIBLE

L'objectif de ces lignes directrices est de prodiguer aux responsables de l'élaboration des politiques et aux établissements de formation en santé, des conseils pour une mise en œuvre efficace de la CBS dans le cadre des services de santé primaires. Il s'agit d'améliorer ainsi la qualité des soins de santé sexuelle et la formation des prestataires de soins aux connaissances et compétences nécessaires pour la CBS.

Il faut distinguer deux publics cibles :

→ *les responsables de l'élaboration des politiques de soins, qui doivent planifier l'intégration de la CBS dans les services de santé et dans les systèmes de suivi de la performance ;*

→ *les décideurs des établissements de formation en santé, qui doivent former les prestataires de soins de santé sur l'intégration de la CBS dans leurs pratiques.*

Ces lignes directrices évaluent l'efficacité de la CBS au niveau des soins de santé primaires. Le lieu de soins de premier recours varie au sein des pays comme au niveau international. Par exemple, dans certain cas, ce peut être un médecin généraliste ou le médecin de famille, tandis que dans d'autres, ce rôle est joué par des centres de santé locaux, des services de santé sexuelle (comme des centres de soins des IST ou des centres de traitement du VIH/sida) ou des services de santé reproductive tels que les services de planification familiale, les services de santé maternelle ou les services d'avortement. Dans certaines régions, il arrive que le lieu de soins de premier recours cible une population particulière : jeunes, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou professionnels du sexe. Ces services peuvent être gérés par les secteurs public ou privé et dépendre d'organisations non gouvernementales (ONG) ou d'organisations communautaires impliquées dans la prestation de soins.

Les personnes chargées d'élaborer les programmes des établissements de formation aux métiers de la santé tireront également profit de ce document, en particulier les formateurs des prestataires de soins de santé ou des professeurs d'éducation sexuelle. Ces lignes directrices ne prodiguent pas de conseils techniques sur le contenu des formations (un sujet traité dans de prochaines lignes directrices), mais elles permettent d'évaluer si les prestataires de soins de santé doivent être formés à la CBS.

1.3

PORTÉE DES LIGNES DIRECTRICES

Ces lignes directrices visent à évaluer l'efficacité de la CBS au premier point d'entrée vers les services de santé. Elles n'abordent pas le rôle que pourrait jouer un counselling formalisé systématique, mais évaluent plutôt l'intérêt de services de soutien prodigués par différents intervenants, en fonction des besoins, au niveau des soins de santé primaires.

1.4

DÉFINITIONS ET APPROCHE

1.4.1 Santé sexuelle et sexualité

La santé sexuelle revêt une importance fondamentale pour la santé physique et émotionnelle et le bien-être des personnes, des couples et des familles, ainsi que pour le développement social et économique des communautés et des pays. Une réunion d'experts internationale tenue en 2002 a permis d'établir la définition de travail de la « santé sexuelle » actuellement utilisée à l'OMS. Elle est assez générale :

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité ; il ne s'agit pas simplement d'une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et préserver la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés. » (37: 3)

On ne saurait définir, comprendre ou réaliser la santé sexuelle sans examiner globalement la notion de « sexualité ». Celle-ci, en effet, détermine des comportements importants et a une influence majeure sur l'état de santé sexuelle. La définition de travail qu'en donne l'OMS est la suivante :

« ... un aspect central de la personne humaine tout au long de sa vie [qui] comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels. » (37: 4)

Dans le contexte de la santé sexuelle, le « bien-être » suppose d'instaurer des environnements propices permettant aux gens d'atteindre durablement leurs buts de santé sexuelle personnels tout en agissant de manière responsable à l'égard des autres. L'autonomie concerne les droits des personnes à l'autodétermination en matière de santé sexuelle ; des droits qui doivent être reconnus par l'État et favorisés par tous, depuis les partenaires et les familles jusqu'aux institutions mondiales. (71: e378). Il y a différentes manières de promouvoir et de protéger l'autonomie, y compris par des lois et des politiques ou en renforçant les compétences de négociation des personnes ou des groupes (38,71).

Fondés sur les principes essentiels d'autonomie et de bien-être, d'une part, et de réalisation, de promotion et de protection des droits humains, d'autre part, les programmes de santé sexuelle doivent :

- combattre les violations des droits de l'homme en matière de sexualité et de reproduction ;
- permettre aux gens d'avoir des relations sexuelles satisfaisantes et sans risque;
- répondre aux besoins ou aux préoccupations en matière d'orientation sexuelle et d'identité sexuée.

En outre, ils doivent aborder la prévention et le traitement des séquelles ou des complications découlant des problèmes de santé sexuelle, à savoir :

- les infections et leurs séquelles (VIH, autres IST et problèmes associés tels que cancers, infertilité, etc.) (37) ;
- les grossesses non désirées (en lien avec la planification familiale, le counselling en contraception et l'avortement) (37) ;
- les problèmes, préoccupations et difficultés sexuels, qu'ils découlent de causes émotionnelles (7,113) ou de problèmes de couples (97) ; de maladies telles que le diabète, l'hypertension (51,113) ou les maladies cardiovasculaires (79) ; ou encore de certains médicaments, par exemple ceux contre le cancer et ceux utilisés pour les soins palliatifs (29,111,117,126) ;
- la stérilité ;
- les violences liées à l'inégalité entre les sexes, l'orientation sexuelle ou l'identité sexuée;
- les pratiques traditionnelles néfastes pour la santé sexuelle (54) comme les mutilations génitales féminines (MGF), la purification des veuves (obligation faite à une veuve d'avoir des relations sexuelles avec un membre de la famille de son mari défunt), et tout un ensemble de pratiques vaginales susceptibles d'avoir des conséquences négatives sur la santé (75) ;

- les problèmes de santé mentale associés à la santé sexuelle, y compris :
- les besoins en matière de santé sexuelle des personnes atteintes de problèmes de santé mentale – en rapport, par exemple, avec la plus grande fréquence des dysfonctionnements sexuels chez les sujets souffrant de dépression (8,113), le traitement de problèmes sexuels conjugué à la prise de certains antidépresseurs (105) et l'influence des antidépresseurs sur la santé sexuelle (8) ;
 - les problèmes de santé mentale associés à la santé sexuelle et aux niveaux élevés de stress, de stigmatisation et de discrimination – voir, par exemple, les taux accrus de troubles mentaux et de détresse morale chez les personnes gays, lesbiennes, bisexuelles et transgenres (14,101).

Certaines populations ont particulièrement besoin de services de santé sexuelle, notamment les jeunes (toutes orientations sexuelles confondues) ; les personnes atteintes de handicaps physiques, de déficiences mentales et de maladies chroniques ; les personnes intersexuées ; les populations incarcérées ; les personnes transgenres ; et les populations autochtones (71).

La capacité des personnes à assurer leur santé et leur bien-être sexuels dépend, entre autres, de leur accès à des informations complètes sur la sexualité, de leur connaissance des risques auxquels ils sont confrontés et de leur vulnérabilité face aux conséquences défavorables de l'activité sexuelle. Pour assurer leur santé sexuelle, les personnes ont également besoin de soutien social, d'un accès à des soins de santé sexuelle de qualité (c'est-à-dire couvrant tous les éléments de la santé sexuelle selon la définition de travail de l'OMS, notamment au moyen de produits et de supports), et d'un environnement favorable à la santé sexuelle pour tous. Des programmes de counselling et de communication sont notamment nécessaires.

1.4.2 Communication brève relative à la sexualité (CBS)

Le « counselling » désigne les « consultations systématiques organisées dans le cadre des soins de santé primaires en vue de traiter les problèmes émotionnels, psychologiques et sociaux qui influencent la santé et le bien-être des personnes » (19: 4).

Le counselling se caractérise par sa continuité ; c'est-à-dire qu'un prestataire donné établit une relation de confiance avec le client au fil du temps (6,19). Si le counselling est un moyen approprié de traiter les problèmes et difficultés sexuels, une psychothérapie systématique ou un traitement physiologique peut être nécessaire pour la prise en charge de dysfonctionnements ou de troubles. C'est pourquoi ces lignes directrices emploient le terme « clients » plutôt que celui de « patients ». La notion de « thérapie centrée sur le client », développée par Carl Rogers, clarifie cette distinction : alors que le terme « patient » suppose une hiérarchie où le prestataire de soins est le détenteur du savoir, le terme « client » fait de celui-ci un accompagnant dont le rôle est d'aider la personne à trouver des solutions (121).

Ces lignes directrices sont axées sur le recours au counselling en fonction des besoins, plutôt que sur le counselling formalisé (c'est-à-dire systématique et continu). C'est ce que l'on appelle la « communication brève relative à la sexualité (CBS) ». Dans le cadre de la CBS, le prestataire de services (infirmier, médecin ou éducateur spécialisé dans la santé) utilise ses compétences de counselling « en fonction des besoins » avec « une bien moindre certitude quant à la durée de la rencontre » (19: 10). Son objectif est prendre en charge les problèmes d'ordre sexuel et les problèmes personnels ou psychologiques connexes (tels que définis ci-dessus) et de promouvoir le bien-être (26,37). Contrairement au counselling professionnel, il n'est pas obligatoire que le prestataire soit toujours le même. En outre, ces compétences sont utilisées au cours d'une simple visite de soins de santé primaires.

La CBS tient compte des dimensions psychologiques et sociales de la santé et du bien-être sexuels ainsi que des aspects biologiques (99). Elle vise à aider les clients à reformuler leurs émotions, leur pensée et leur compréhension et à modifier de cette façon leur comportement ; ainsi, en améliorant leurs capacités d'autorégulation, les clients pourront vivre leur sexualité de manière autonome et satisfaisante, sans prendre de risques (38,140,121). La CBS repose sur l'idée qu'il y a souvent un décalage entre les intentions et les comportements. Elle permet aux clients de réduire ce fossé en les aidant à fixer des buts clairs, en nourrissant leur motivation et en les incitant à agir pour les atteindre (38).

Selon cette approche, le prestataire doit consacrer l'essentiel de la visite de soins de santé primaires à écouter les problèmes du client, et non à dispenser son expertise (11,19). Le but est d'aider le client à trouver les moyens de régler ses problèmes. C'est ce que l'on appelle l'« approche centrée sur le client » (134), où l'on respecte les idées, les sentiments, les attentes et les valeurs de celui-ci (52), par opposition au modèle « centré sur la maladie » dans lequel le prestataire prend des décisions en son nom (25: 69).

Toute une série de modèles peuvent orienter l'approche du prestataire de soins, essentiellement selon les axes théoriques du modèle « information, motivation et comportement » (84). De manière générale, la CBS recourt à des questions ouvertes plutôt qu'à des questions directes (3). La plupart des approches incluent les quatre composantes suivantes (25: 62) :

- **se rendre disponible pour le client** : en d'autres termes, mettre en place une relation avec celui-ci. Même si la CBS s'adapte au contexte et aux besoins particuliers, les prestataires de soins de santé peuvent employer certaines questions types pour aborder le sujet de la santé sexuelle d'une manière socialement adaptée, par exemple : « Avez-vous des questions sur la sexualité ou des préoccupations dans ce domaine ? » (69) ;
- **intervenir** : poser des questions pour lancer la conversation sur la santé sexuelle et la sexualité, par exemple : « Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? » (69), « Votre vie sexuelle répond-elle à vos attentes ? » ou « Comment vivez-vous vos relations sexuelles ? » (139) ;
- **personnaliser l'approche** : mettre en évidence les problèmes, difficultés, dysfonctionnements ou troubles sexuels et les liens entre ces différents aspects, en posant par exemple les questions suivantes : « Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'utilisation des préservatifs ? » (139), « Certaines personnes qui ont le même problème que vous (par exemple cancer, hypertension, diabète, traitement du sida) m'ont dit qu'elles rencontrent aussi des problèmes sexuels. Cela est-il également votre cas ? » (105,141) ;
- **proposer des solutions** : donner des informations et, avec le client, définir les mesures qui devraient ou pourraient être prises (44,85,138).

Pour conclure, on planifie une visite de suivi ou on oriente le sujet vers d'autres ressources ou services, selon que de besoin. Ainsi, on aide le client à étudier les options disponibles, mieux comprendre la situation et agir pour améliorer sa santé sexuelle (25).

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE ET PROCESSUS

2.1

CRÉATION DU GROUPE D'ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES

Un groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) a été créé en juin 2012. Il était composé d'experts de la santé sexuelle dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, issus de toutes les Régions de l'OMS, avec une représentation équitable des deux sexes. Dans ce groupe figuraient des universitaires, des psychologues, des médecins, des spécialistes de la santé publique, des juristes et des spécialistes des sciences sociales, qui soit possédaient des compétences spécialisées dans l'élaboration des programmes, soit dispensaient des services cliniques de promotion de la santé et du bien-être sexuels. On y trouvait également des représentants d'autres groupes intéressés par ces questions et possédant des compétences complémentaires en matière de santé sexuelle et de droits humains, qui venaient d'organisations œuvrant pour les droits de la femme, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transgenres. L'annexe 2 donne la liste de ceux qui ont participé à l'élaboration des lignes directrices.

2.1.1 Déclaration d'intérêts des membres du groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) et des pairs examinateurs

Tous les membres du GDG ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts. Ces formulaires ont été passés en revue par Igor Toskin, médecin au Département OMS Santé et recherche génésiques, avant que la composition du groupe soit arrêtée et que l'on invite les membres à la première réunion. Tous les participants non issus de l'OMS ont signé et remis un formulaire de déclaration des conflits d'intérêts. Un conflit potentiel a été déclaré. Le Dr Marlene Wasserman, DHS, sexologue clinique en Afrique du Sud, a déclaré être sous contrat pour les laboratoires pharmaceutiques Adcock Ingram, AstraZeneca, Bayer, Lilly, Novartis et Pfizer avant la création du GDG. Cependant, ces relations ont été évaluées par le Secrétariat de l'OMS, présentées aux participants à la réunion, et n'ont pas été considérées suffisamment significatives pour empêcher le Dr Wasserman de participer aux consultations et à la formulation des recommandations. Il a été convenu qu'il n'y avait pas de conflit d'intérêts en ce qui concerne les autres membres. Les pairs évaluateurs ont également remis chacun un formulaire de déclaration d'intérêts qui a été examiné avant que la sélection ne soit arrêtée. Les procédures de gestion des conflits d'intérêts se fondaient sur le manuel OMS pour l'élaboration de lignes directrices (*WHO handbook for guideline development*) (150).

2.2

IDENTIFICATION, ÉVALUATION ET SYNTHÈSE DES DONNÉES DISPONIBLES

Aucun financement externe n'a été obtenu pour ces lignes directrices. L'OMS a intégralement financé l'établissement de ce document.

2.2.1 Le cadre GRADE

L'OMS suit l'approche GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) pour l'élaboration et l'examen des recommandations (150). Cette méthode est de plus en plus souvent adoptée par les organisations à travers le monde pour évaluer la qualité des données et la force de différents types de recommandations (61). Elle favorise une démarche structurée, explicite et transparente pour l'évaluation et la recherche de consensus (64).

La méthodologie GRADE distingue l'évaluation de la qualité des données de l'évaluation de la qualité des recommandations. S'agissant des recommandations, la qualité correspond à la mesure dans laquelle les effets estimés semblent adaptés pour les soutenir (9). Parallèlement, le système GRADE distingue quatre niveaux de qualité des données : élevée, intermédiaire, faible ou très faible (58,59,60,62,63).

La force de la recommandation évalue la mesure dans laquelle il apparaît que les effets désirables d'une intervention l'emportent sur les effets indésirables (64). Le système GRADE distingue les recommandations fortes et les recommandations avec réserve. La recommandation peut être favorable ou défavorable à une intervention donnée. La force de la recommandation et son orientation dépendent de la qualité des données, de l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, des valeurs et des préférences, de l'emploi des ressources et de la faisabilité de l'intervention.

Ce cadre présente également une bonne pratique. C'est un type de recommandations pour lequel la présentation des données factuelles est inutile (voir le chapitre 3) et son élaboration ne suit donc pas la procédure présentée ci-dessus (57).

2.2.2 Stratégie de recherche

Un chercheur indépendant a mené un examen systématique à l'aide des questions du modèle PICO (Population, Intervention, Comparator and Outcomes). La recherche a été menée dans les bases de données électroniques suivantes : PubMed, ProQuest, Cumulative Index to Nursing & Allied Health (CINAHL), Jstor, Scopus/Science Direct, Cochrane Library, EBSCO, PsycINFO et Web of Knowledge. Plutôt que d'employer le système MeSH (Medical Subject Headings), il a été décidé de procéder par mots-clés, l'objectif étant d'examiner d'autres bases de données et d'accroître le nombre de citations uniques. La base Summon® (couvrant ProQuest, CINAHL, Jstor, Scopus/Science Direct, Cochrane Library, EBSCO, CINAHL, Ovid Medline/PubMed, PsycINFO et Web of Knowledge) a été interrogée en utilisant les mots-clés ci-après : santé sexuelle, soins de santé primaires, counselling, dysfonctionnements sexuels, détresse sexuelle, problèmes sexuels, idées fausses sur la sexualité, IST, VIH, grossesse non désirée, avortement, violence sexuelle, pratiques néfastes, renforcement des connaissances, bien-être, autonomie, plaisir et formation, ce sans appliquer aucune restriction de langues ni de dates. La recherche incluait également les références des articles. Des éléments de littérature grise ont été recueillis dans le Grey Literature Report de la New York Academy of Medicine. L'exercice a été mené aussi bien dans les articles publiés que non publiés.

2.2.3 Sélection des études

Les études sélectionnées présentaient des caractéristiques, des résultats et/ou des techniques de communication brève ou des interventions de counselling dans le cadre de l'action de santé publique ou des soins de santé primaires. Les différents thèmes des interventions renvoyaient à la prévention ou prise en charge de difficultés, inquiétudes, troubles et/ou idées fausses en matière de sexualité, les IST/le VIH, les grossesses non désirées et l'avortement, la violence sexuelle et les pratiques néfastes, et la diffusion des connaissances en matière de santé sexuelle. Des articles examinant les caractéristiques, les résultats et/ou les techniques des interventions brèves en faveur du bien-être sexuel ont également été analysés. Enfin, d'autres articles passés en revue décrivaient les programmes de formation mis en place pour améliorer les connaissances et les compétences des prestataires de soins de santé de santé primaires dans le domaine du counselling et de la communication sur la sexualité. Les résumés ont été examinés par deux lecteurs indépendants et un lecteur de l'OMS (voir la Figure 1). Les versions complètes des articles jugés pertinents ont été recueillies. Plusieurs études ont été incluses, satisfaisant à chaque fois aux critères PICO de l'annexe 2. D'après les critères définis à l'aide des deux premières questions PICO, le travail de recherche devait être une étude contrôlée et l'intervention durer entre 15 et 60 minutes et pouvoir être effectuée en soins primaires. D'après la troisième question PICO, l'intervention de formation ou de sensibilisation évaluée devait avoir pour but d'améliorer la capacité des prestataires de soins de santé primaires à communiquer sur les problèmes de santé sexuelle. Les données ont été extraites des articles afin de déterminer le contexte, la population et le type d'étude et d'établir s'il y avait randomisation, si l'étude était en aveugle et quels étaient la nature de l'intervention, les données de comparaison et les résultats. Les données factuelles ont été évaluées par le GDG à la lumière des résultats.

L'examen systématique visait à recueillir des données afin de déterminer si la CBS était une approche efficace, c'est-à-dire si cette intervention était justifiée. Il n'a pas évalué les atouts et les faiblesses des différentes techniques de CBS, mais plutôt son efficacité globale pour améliorer les résultats des services de santé sexuelle. Le GDG a estimé que ce processus était une première étape nécessaire avant d'évaluer des techniques cliniques spécifiques. Il resterait ensuite à élaborer des lignes directrices techniques fondées sur l'examen systématique de l'efficacité des différentes techniques de CBS.

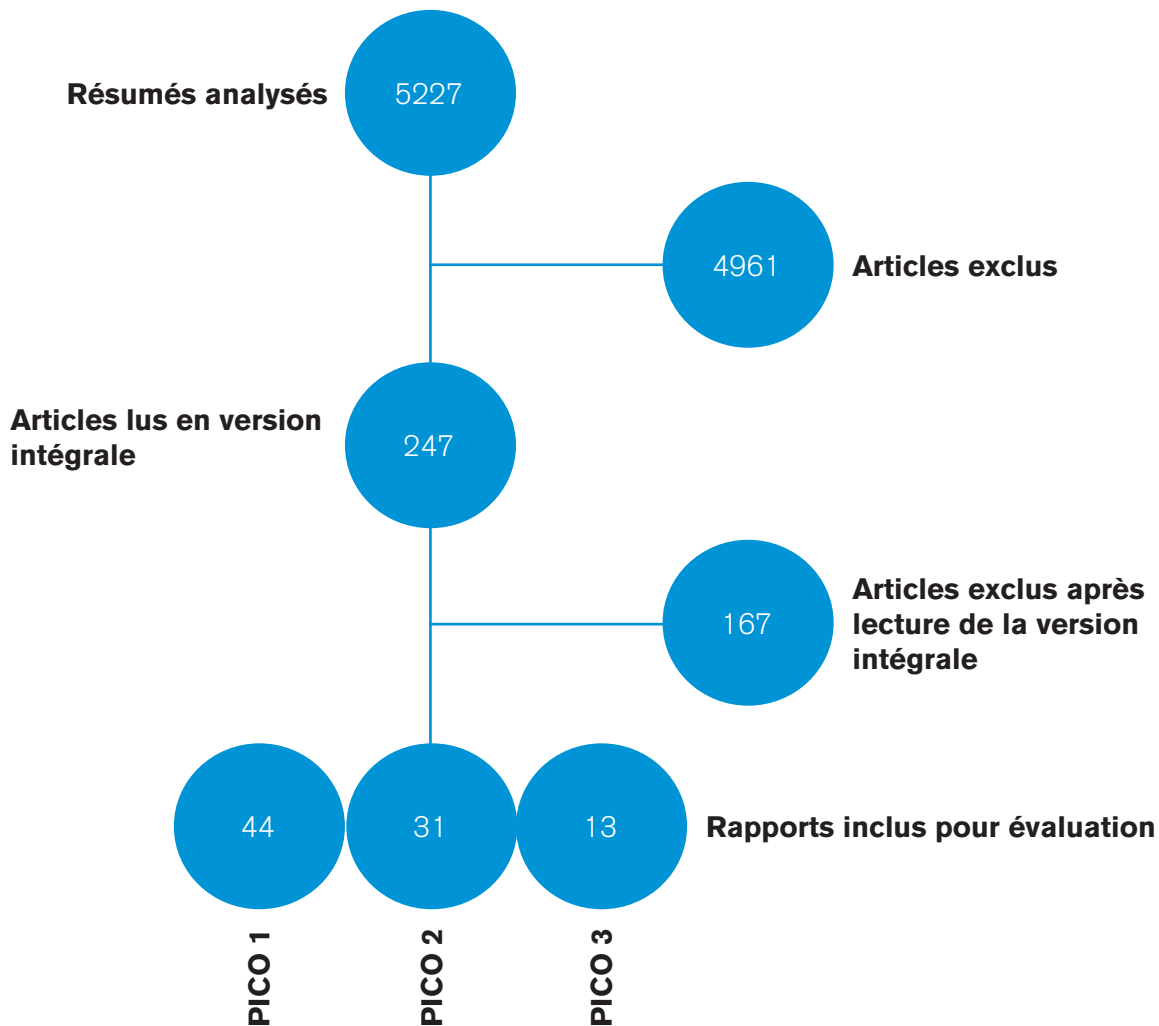
FIGURE 1. PROCÉDURE DE SÉLECTION POUR L'EXAMEN SYSTÉMATIQUE

Éléments provenant d'une recherche
dans les bases de données :

Summons : 4057
PubMed : 870
Cochrane : 53
Littérature grise : 9
Examen préliminaire : 73

Éléments provenant d'une
recherche de références
et du GDG :

Références : 113
GDG : 52



2.3

PROCÉDURE D'ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES

La première réunion en présentiel du GDG s'est tenue du 10 au 12 octobre 2012. Elle a permis de prendre des décisions sur :

- la portée de ces lignes directrices ;
- l'utilisation des questions PICO pour mener la recherche systématique de données factuelles (voir l'annexe 2), et, de manière plus générale, la stratégie de collecte de données factuelles ; et
- le *modus operandi* du groupe et une conception commune de la procédure d'élaboration des lignes directrices (qui doit être conforme aux critères de l'OMS).

Le GDG a tenu plusieurs conférences téléphoniques et eu des conversations par courrier électronique. Ces échanges ont permis au Secrétariat de l'OMS de finaliser les résultats pour chaque question PICO. Les membres du groupe ont ensuite évalué l'importance relative de chacun de ces résultats sur une échelle de 1 à 9 (7-9 : résultat décisif pour la prise de décisions, 4-6 : résultat important, et 1-3 : résultat peu important). Le score moyen de chaque résultat a servi à déterminer son importance relative. Les résultats et les notes correspondantes sont présentés à l'annexe 3.

Le GDG s'est réuni une seconde fois du 10 au 12 juillet 2013 afin d'élaborer des recommandations fondées sur les données disponibles et sur l'expertise technique du groupe, en suivant le processus GRADE. Il a replacé les données dans leur contexte en tenant compte de plusieurs éléments : les avantages et inconvénients relatifs des recommandations possibles ; les valeurs et préférences probables des prestataires de soins et des clients, ainsi que les droits fondamentaux applicables comme le droit à l'information, au respect et à la dignité ; les coûts et l'emploi des ressources, ainsi que d'autres problèmes de faisabilité pour les prestataires, notamment dans les régions à revenu faible ou intermédiaire et dans différents contextes sociaux et culturels.

Ces recommandations ont été élaborées en tenant compte de la diversité des groupes ciblés par ces lignes directrices, notamment les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs des établissements de formation en santé. Les décisions

ont été prises à l'unanimité. Lorsque le groupe n'est pas parvenu à un consensus, un vote à main levée (donc non anonyme) a été organisé en appliquant la règle de la majorité simple.

Lorsque des orientations étaient nécessaires mais que seules des données de faible ou très faible qualité étaient disponibles, les recommandations ont été établies en se fondant sur l'expertise du GDG et les considérations présentées ci-dessus (voir la recommandation 2).

Les décisions du GDG ont ensuite servi à établir ces lignes directrices. Le premier projet de document a été examiné par le GDG. Toutes les observations ont été recueillies par le Secrétariat, chacune a été examinée et des réponses y ont été apportées dans un tableau. Le document a ensuite été modifié en conséquence, avant d'envoyer la version révisée aux membres du GDG pour examen final.

2.4

ÉTABLISSEMENT DU DOCUMENT ET EXAMEN PAR LES PAIRS

Une deuxième version des lignes directrices sur la CBS a ensuite été examinée par les membres du GDG et par des pairs issus de différents groupes directement intéressés. La liste de ces intervenants figure à l'appendice 2. Les pairs examinateurs ont jugé ces lignes directrices pertinentes, appropriées et opportunes. Le document a été révisé en fonction des modifications proposées par le GDG et les pairs examinateurs et acceptées par le Secrétariat. Le Comité d'examen des directives a ensuite passé en revue le document, y apportant de nouvelles modifications.

CHAPITRE 3

BONNE PRATIQUE

3.1

DÉFINITION

Les « bonnes pratiques » sont des principes généraux formulés à partir du bon sens, d'avis d'experts, de normes professionnelles et d'accords internationaux sur l'éthique et les droits humains ; elles reposent, principalement mais pas uniquement, sur des données factuelles (76).

Les bonnes pratiques jouent un rôle essentiel pour contextualiser ou clarifier certaines recommandations techniques. Elles sont particulièrement importantes lorsque des changements sont nécessaires dans des environnements potentiellement hostiles ou négatifs, notamment dans les domaines de la sexualité et de la santé et du bien être sexuels. Au vu de la prééminence des tabous et de la stigmatisation associés aux normes et pratiques sexuelles en de nombreux endroits du monde, et compte tenu des obstacles légaux à l'accès de certaines populations aux services de santé publics ou privés, le GDG a jugé nécessaire de faire figurer une recommandation de ce type dans ces lignes directrices (voir la section 3.2.1).

3.2

RESPECTER, PROTÉGER ET RÉALISER LES DROITS HUMAINS

Les violations des droits humains – imputables notamment à l'exclusion sociale et à l'inégalité entre les sexes – accentuent la vulnérabilité de la population générale et de certains groupes à toute une gamme de problèmes de santé sexuelle. Par exemple, la relation de pouvoir ou d'emprise dans le cadre des relations sexuelles peut restreindre la capacité à négocier une protection contre la grossesse ou la maladie (30,40) tandis que le handicap expose à un risque accru de violence sexiste (39,104,21). De même, le manque d'accès à l'éducation, y compris à l'éducation sexuelle et à l'apprentissage

des compétences nécessaires à la vie courante, peut priver les jeunes de l'autonomie nécessaire pour faire des choix sexuels sûrs et pouvoir développer des relations sexuelles garantissant leur santé et leur bien-être (4). Également, la stigmatisation sexuelle ou les préjugés à l'égard des homosexuels (92) sont susceptibles de majorer le risque de problèmes de santé mentale et sexuelle et de violence subie pour les personnes lesbiennes, gays ou bisexuelles (101). Enfin, la violence et la stigmatisation peuvent accroître le risque de problèmes de santé sexuelle chez les personnes transgenres et les professionnels du sexe, et entraver leur accès aux services de soins (93). Les rôles de genre (comportements genrés attendus) peuvent également avoir une incidence sur la santé sexuelle. Par exemple, dans certains contextes, la construction sociale de la masculinité peut inciter les (jeunes) hommes à prendre des risques pour démontrer leurs compétences sexuelles, alors même que l'on manque de services de santé sexuelle adaptés à leurs besoins (70).

Le respect, la protection et la réalisation des droits humains peuvent avoir un impact mesurable sur les résultats en matière de santé et notamment de santé sexuelle (55,71). Les droits sexuels recouvrent certains droits fondamentaux déjà reconnus dans des textes internationaux et régionaux, d'autres documents de consensus et la législation nationale. Ainsi, les droits sexuels désignent l'application des droits humains à la sexualité et à la santé sexuelle. Les traités internationaux consacrés à ces droits fondamentaux sont la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1965), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (adopté en 1966), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (adopté en 1966), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (adoptée en 1979), la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (adoptée en 1984), la Convention relative aux droits de l'enfant (adoptée en 1989) et la Convention relative aux droits des personnes handicapées (adoptée en 2006).

Les droits humains revêtant une importance particulière pour la santé et le bien-être sexuels sont ceux dont chacun bénéficie de pouvoir, sans contrainte, discrimination ni violence :

- atteindre le niveau de santé le plus élevé possible, y compris avoir accès aux services de santé sexuelle et reproductive ;
- rechercher, recevoir et communiquer des informations relatives à la sexualité ;
- bénéficier du respect de son intégrité physique ;
- choisir son partenaire ;
- décider d'être sexuellement actif ou non ;
- avoir des rapports sexuels librement consentis ;
- accéder au mariage librement consenti ;
- décider d'avoir des enfants ou non, quand et combien ; et
- avoir une vie sexuelle satisfaisante, sûre et agréable (71).

La stigmatisation, la discrimination et les stéréotypes sexistes affectent la qualité des services de santé sexuelle (5,8,16,69). Le consentement éclairé est un aspect essentiel de l'approche de la CBS fondée sur les droits : les clients ont le droit d'être pleinement informés de leur état de santé sexuelle et des possibilités de prévention et de traitement afin de pouvoir prendre des décisions éclairées sur leur sexualité et leurs problèmes de santé sur ce plan (37). Également, conformément au droit de jouir des avantages du progrès scientifique et de ses applications (119) et au droit à l'autonomie (71) – l'un des piliers de l'éthique clinique, – le client a le droit de connaître les « options de diagnostic et de traitement à bases factuelles qui sont disponibles, afin de pouvoir participer activement à la prise de décisions » (69). Pour mettre en œuvre une approche de la CBS fondée sur les droits, il faut aussi que les prestataires s'engagent en faveur de la confidentialité et que le contexte dans lequel la CBS intervient y soit propice.

La société n'accorde que très peu d'attention aux droits humains des clients et à leur capacité à les réaliser (94,96). Comme le relèvent Van Reeuwijk et Nahar: « [une] approche de la sexualité positive et fondée sur les droits s'attache à obtenir des résultats comme l'autonomisation et la réduction des inégalités entre les sexes, de la violence sexuelle, des sentiments de honte, de peur et d'insécurité, de la discrimination et de la stigmatisation » (143: 67). Il apparaît en outre que, dans les domaines de l'éducation et de la communication sur la sexualité, une démarche centrée sur l'autonomisation devrait atteindre les résultats de santé sexuelle recherchés plus facilement qu'une approche non axée sur les droits (122,131).

BONNE PRATIQUE

Les responsables de l'élaboration des politiques de santé et les décideurs des établissements de formation en santé doivent veiller à ce que, lorsqu'elle est introduite, la CBS respecte, protège et réalise les droits humains des clients.

CHAPITRE 4

DONNÉES

FACTUELLES ET

RECOMMANDATIONS

4.1

RECOMMANDATION 1 :

LA COMMUNICATION BRÈVE RELATIVE À LA SEXUALITÉ COMME MOYEN DE PRÉVENTION DES IST

RECOMMANDATION 1

La CBS est recommandée pour la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) chez l'adulte et chez l'adolescent, dans le cadre des services de soins de santé primaires.

Recommandation ferme, données scientifiques de qualité faible à moyenne

4.1.1 Contexte général

Les adultes et les adolescents considèrent les prestataires de soins de santé comme une source fiable d'informations sanitaires (49) et sont souvent disposés à discuter des questions de sexualité avec eux (10). Néanmoins, les prestataires n'abordent généralement pas de leur propre initiative les problèmes de santé et de bien-être sexuels (6,17). Ce sont souvent les clients eux-mêmes qui doivent le faire, même lorsque cela les gêne (41,44).

La plupart des programmes de santé sexuelle mettent l'accent sur la prévention des grossesses non désirées et sur la prévention et le traitement des IST, et les travaux consacrés au counselling en santé sexuelle abordent le plus souvent les IST. Cela montre

que le soutien aux prestataires et leur formation peuvent jouer un rôle essentiel pour donner aux clients les moyens de prévenir les IST (46).

Cependant, les hommes, les femmes et les personnes dont le genre ou la sexualité sont indistincts ont, selon la culture qui les entoure, une perception différente des IST et ne disposent pas des mêmes moyens pour les prévenir. Ce qui peut s'expliquer par l'influence d'un large éventail de problèmes de santé et de bien-être sexuels chez eux ou leurs partenaires. Les services de santé doivent aussi leur apporter un soutien sur ce plan (140). Ces problèmes peuvent être liés à des maladies – par exemple problèmes sexuels dus à des maladies chroniques ou au traitement du cancer ou du diabète, IST (45,111) – ou être d'ordre interpersonnel, psychologique ou social (12,69). Bien souvent néanmoins, les

prestataires de soins de santé, exception faite des psychologues ou des sexologues, ne sont pas incités à poser ces diagnostics pour faciliter les soins ou sont insuffisamment formés dans ce domaine (2,44,55,132).

La manière dont les gens perçoivent leurs propres préoccupations ou problèmes sexuels est diverse, subjective et varie en nature et en gravité. Les principaux indicateurs servant à évaluer les préoccupations de santé sexuelle sont la forme et la taille du pénis, du vagin ou des seins, la performance ou la satisfaction sexuelle (personnelle ou du partenaire), l'identité sexuée et, enfin, l'orientation sexuelle et la nature des relations sexuelles.

L'adolescence est une période de développement personnel et de construction de soi, un moment décisif pour une transition réussie vers l'âge adulte (56). L'expression de la sexualité et l'expérimentation sexuelle en sont une dimension attendue et saine (88). En l'absence d'informations et d'un soutien psychosocial pour combattre les idées fausses, les peurs et les incertitudes, de nombreux adolescents ont une mauvaise image d'eux-mêmes et de leur corps et vivent mal leur développement sexuel (5,143). L'adolescence est une période de découverte où l'on définit ses limites personnelles, ce qui fait partie intégrante de la transformation menant à l'âge adulte (141). On a montré que, si les réactions sont négatives quand un(e) adolescent(e) révèle qu'il (elle) est gay, lesbienne ou bisexuel(le), cela a des répercussions négatives sur sa santé, avec notamment une plus grande fréquence de la dépression, de la consommation de drogues et des rapports sexuels non protégés – ce qui accroît la vulnérabilité face aux IST (124).

Les adolescents acquièrent progressivement la capacité d'agir pour réaliser leur droit à la santé (30) et l'on peut renforcer cette aptitude en dispensant des services adaptés (34,96). Une des études utilisées pour établir ces lignes directrices a montré que les adolescents qui ont parlé du VIH avec leur prestataire de soins étaient plus enclins à utiliser le préservatif et à prendre d'autres précautions afin de prévenir les infections (41). Pourtant, l'accès des adolescents aux services, qui pourraient leur apporter le soutien dont ils ont besoin, est souvent entravé par les normes culturelles (13,96,129). Il y a un fossé entre les services de santé dont les adolescents voudraient bénéficier et ceux qui leur sont proposés (96,143).

Comme le relève le cadre OMS pour les programmes de santé sexuelle : « des stratégies spéciales sont nécessaires pour étendre la portée des services aux groupes difficiles à atteindre, comme les adolescents et les jeunes non scolarisés ou sans emploi, les réfugiés, les jeunes professionnels du sexe, les enfants des rues, les enfants victimes d'abus sexuels, les jeunes lesbiennes, bisexuels ou gays et les consommateurs de drogues. La nature complexe de la vulnérabilité de ces populations est un aspect important dont tenir compte. Les services doivent être disponibles et accessibles sans consentement parental, en tenant compte des capacités des jeunes, en constante évolution, et en agissant dans leur intérêt supérieur. » (37: 38).

Les approches de la santé sexuelle des adolescents doivent accepter la sexualité comme un aspect normal et positif de la vie et « permettre aux jeunes d'explorer, d'expérimenter et d'exprimer la sexualité d'une manière saine, positive, agréable et sûre. Cela passe obligatoirement par le respect de leurs droits sexuels. » (143: 69).

4.1.2 Données disponibles

Les données factuelles étudiées lors de l'examen systématique ont montré que la CBS améliore les connaissances en matière de santé sexuelle, l'attitude à l'égard des rapports protégés et l'intention de se protéger, et les compétences en prévention des IST, autant de progrès qui se sont maintenus sur 12 mois (24,107).

Des études ont décrit les effets de ces améliorations sur différentes populations, y compris les

groupes particulièrement vulnérables. Elles ont montré que la CBS diminue les comportements sexuels à risque, augmente l'utilisation rapportée du préservatif masculin (32,85,107), en particulier chez les populations à risque (47,81,114), et diminue l'incidence des IST (32,47,79,85,107,147). Quatre études ont montré qu'elle réduit le nombre de partenaires sexuels et le nombre de rapports sexuels non protégés (24,81,85,114). Un article a également révélé que la CBS augmentait l'usage des gants lors des rapports digitaux-vaginaux chez les partenaires homosexuels féminins après traitement contre la vaginose bactérienne (95).

Il n'y a pas de modèle unique de CBS et la terminologie employée pour décrire les méthodes ou les résultats diffère parfois d'une étude à l'autre. Les études sur la CBS acceptées comme données factuelles après l'examen systématique mené pour ces lignes directrices avaient toutes en commun une même conception de la CBS, selon laquelle celle-ci consiste à poser des questions sur la santé sexuelle, à donner des informations et à apporter un soutien aux clients en renforçant leur confiance en eux et leur capacité à agir pour protéger leur santé et leur bien-être sexuels. Tous ces éléments relèvent d'une démarche centrée sur les clients qui s'attache notamment à leur montrer comment utiliser correctement les préservatifs (32,47,81,114) et comment négocier l'usage de ceux-ci (32,47,81,107,114), deux éléments essentiels de la prévention des IST.

La CBS a été utilisée dans le cadre d'une étude menée chez les professionnelles du sexe à Antananarivo et Tamatave (Madagascar). Des infirmières ont eu un échange de 15 minutes avec les clients. Durant celui-ci, elles ont mené une évaluation individuelle du risque, discuté de la transmission et contrôlé les connaissances de base des clients sur les IST et le VIH, expliqué ce qu'est la double protection, fait une démonstration de l'utilisation du préservatif et donné aux clients l'occasion de l'essayer sur des modèles, renforcé les compétences à négocier l'utilisation du préservatif et fait la promotion du principe « pas de préservatif, pas de rapports sexuels ». Les infirmières ont adapté la CBS aux situations personnelles (47).

La CBS a également été utilisée dans le cadre d'une étude sur les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Dans un centre de recherche spécialisé sur la santé des femmes aux États-Unis, les prestataires de soins de santé ont d'abord organisé un auto-entretien assisté par ordinateur en vue d'évaluer les risques comportementaux. Cette méthode, en effet, permet d'obtenir des taux beaucoup plus élevés de divulgation des relations homosexuelles et des comportements considérés socialement indésirables que les questionnaires auto-administrés (95,142). L'intervention a porté sur quatre facteurs. Premièrement, pour traiter le problème de la sensibilité perçue à la vaginose bactérienne, les participants ont reçu des informations sur la prévalence relativement élevée de cette affection chez les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes et sur la forte concordance entre la vaginose bactérienne et les partenariats sexuels féminins monogames. Deuxièmement, pour s'atteler à la gravité perçue, les participants ont été informés des symptômes de la vaginose bactérienne et de ses conséquences. Troisièmement, en rapport avec les bénéfices perçus, les prestataires ont « souligné les avantages du traitement et de la prévention de la vaginose bactérienne, en présentant notamment les options disponibles pour réduire la probabilité de transmission aux partenaires sexuels féminins ». Enfin, les obstacles perçus à la mise en œuvre de l'intervention comportementale ont été passés en revue « en abordant notamment les moyens d'intégrer systématiquement aux pratiques sexuelles le lavage des accessoires sexuels et l'usage du préservatif masculin. » (95: 3).

Dans une étude menée chez les professionnelles du sexe à Tijuana et Ciudad Juarez (Mexique), la CBS portait sur quatre aspects : « i) motifs incitant à avoir des rapports protégés (par exemple envie de protéger sa santé, d'éviter les IST ou de se sentir propre) ou non protégés (par exemple gain financier) ; ii) obstacles à l'emploi du préservatif (par exemple menaces de violence physique) ; iii) techniques pour négocier des rapports protégés avec les clients ; et iv) renforcement des soutiens sociaux. » (114: 2052).

Deux études ont montré qu'il n'y a aucune différence sur le plan des résultats entre les interventions de type CBS et les interventions plus intensives, ces deux catégories ayant une dimension comportementale (24,85). Une autre a révélé que la CBS menée par un médecin est plus efficace que l'éducation par les pairs (47).

Kamb et al. (85) ont constaté qu'outre l'intérêt que revêt l'interactivité des conversations entre le prestataire et le client, l'intégration d'un plan personnalisé de réduction des risques joue un rôle déterminant dans l'efficacité de la CBS (ce qui se traduit par exemple par un usage accru du préservatif et une réduction des IST). D'autres études ont approfondi cette question ; par exemple Patterson et al. (114) ont décrit la manière dont la CBS permettrait d'identifier les obstacles à la mise en œuvre et la manière de surmonter ceux-ci. Il s'agit notamment d'évaluer les risques de violence potentiels et la façon de les éviter.

Concernant les interventions en groupe, une étude menée dans deux centres publics de traitement des IST à New York a révélé qu'une intervention de 45 minutes avec des groupes comptant 4 à 8 participants a permis de réduire de 23 % l'incidence des IST sur 17 mois de suivi, d'améliorer les attitudes, les connaissances sur l'utilisation du préservatif et l'efficacité (138). Une autre étude a été réalisée dans des centres de santé spécialisés en IST de Los Angeles en vue de comparer deux approches d'intervention en salle d'attente, l'une fondée sur l'influence sociale et l'autre sur les compétences. Il est apparu que les deux démarches ont permis de réduire les réinfections par les IST chez les hommes, mais non chez les femmes (32). Cette étude a conduit le GDG à conclure que, même si les interventions en groupe peuvent être efficaces, la CBS individuelle permettra sans doute d'atteindre un éventail plus large de clients. C'est ce que tend également à montrer l'étude mentionnée plus haut sur les professionnelles du sexe à Madagascar, qui a comparé l'éducation par les pairs seule à une approche associant celle-ci à la CBS par les prestataires de soins de santé et révélé que le counselling par les prestataires de soins de santé permet d'obtenir de meilleurs résultats en matière de réduction des IST (47).

La principale étude sur les adolescents qui étaye la présente recommandation a été menée à Washington, D.C. et était fondée sur le programme ASSESS (Awareness, Skills, Self-efficacy/Self-esteem, and Social Support). Elle plaide pour « une sensibilisation accrue des adolescents aux risques sexuels, l'acquisition des compétences requises pour éviter les situations sexuelles à risque, l'auto-efficacité (sentiment qu'il sera possible de résister à la pression exercée par les pairs) et le soutien social (les adolescents doivent se sentir soutenus par le médecin) » (17: 109). L'étude consistait à mener une intervention débutant par une évaluation des risques en 11 questions, à l'intention des jeunes adolescents, suivie par la diffusion d'un enregistrement sonore répondant à leurs préoccupations et par une prestation de counselling sur les IST et la prévention du VIH effectuée par un prestataire de soins. Des livrets d'information ont également été diffusés aux adolescents et à leurs parents. Après trois mois, les clients du groupe ciblé par l'intervention utilisaient davantage le préservatif lors des rapports sexuels, mais cette influence n'était plus ressentie neuf mois plus tard. Cependant, les résultats en matière d'IST, tels que rapportés par les clients eux-mêmes, suggèrent que le programme a eu un impact positif à cette échéance, indiquant que « la sensibilisation accrue des adolescents et l'usage plus répandu du préservatif ont eu comme effet cumulé de réduire le risque sexuel » (17: 113).

La CBS peut prendre de nombreuses formes différentes. En l'occurrence, la partie de l'enregistrement sonore consacrée à l'évaluation de la santé sexuelle (que les adolescents ont écouté en début de session) comportait 11 questions auxquelles il était possible de répondre par « oui », « non » et « sans objet ». Elles concernaient les émotions et les comportements susceptibles d'être associés à la transmission des IST ou du VIH (y compris l'attraction sexuelle, l'expérience de serrer quelqu'un dans ses bras, l'expérience du baiser, la capacité à refuser un rapport sexuel, l'expérience de la masturbation, l'expérience des rapports vaginaux, oraux ou anaux, l'utilisation du préservatif et la consommation de drogues ou d'alcool). La partie

éducative concluant l'enregistrement présentait le lien possible entre chaque réponse donnée et le risque d'infection par les IST ou le VIH (17). La conversation entre le prestataire et le client s'est déroulée après que le client a écouté l'enregistrement et répondu aux questions. Les parents comme les adolescents ont emporté des livrets d'information à lire chez eux.

D'aucuns suggèrent que plusieurs sessions sont nécessaires pour modifier efficacement les comportements sexuels, mais les données factuelles remettent en question cette idée. Six études ont montré qu'il était tout aussi efficace d'organiser une seule intervention de CBS que plusieurs (17,24,81,107,114,147).

Quatre études ont révélé que les interventions brèves et intensives étaient aussi efficaces. Pour mémoire, on entend ici par « intervention brève » une CBS individuelle réalisée par un soignant, et par « intervention intensive » une formation pratique plus solide, généralement organisée en groupes avec un système de soutien par les pairs et des processus interactifs tels que des jeux de rôle (24,81,85,95). Ces travaux tendent là encore à démontrer combien il est opportun d'intégrer la CBS aux services de routine.

Deux études ont montré que la motivation des clients peut influencer l'efficacité de la CBS. Par exemple, les personnes ayant déjà souffert d'une IST sont davantage motivées à agir pour prévenir les problèmes de santé sexuelle futurs (85,147). Le fait que les clients sont généralement peu disposés à participer à des interventions intensives plaide également pour l'intégration de la CBS dans les visites de routine. Carey et al. ont noté que le simple fait de participer à une évaluation de base peut influencer les comportements (24).

4.1.3 Équilibre entre avantages et inconvénients, entre faisabilité et acceptabilité

Avantages et inconvénients

Les avantages de l'intervention l'emportent sur les inconvénients.

Chacun a le droit de bénéficier de services de santé sexuelle l'aidant dans la prévention et la prise en charge des IST. Cela étant, la CBS, si elle est efficace, amène les clients à s'affirmer davantage à l'égard de leurs partenaires (par exemple concernant l'usage du préservatif), ce qui peut les mettre en danger (32). S'ils sont bien formés, les prestataires seront conscients de ce risque et pourront aborder le sujet avec leurs clients et suggérer des moyens d'y pallier. Même si, à court terme, la divulgation de leurs problèmes sexuels peut être source de stress pour les clients, elle est essentielle à l'amélioration de leur santé sexuelle. Qui plus est, le fait de ne pas aider les clients à protéger et améliorer leur santé a non seulement un effet préjudiciable sur leur état de santé, mais entraîne également une augmentation des coûts pour le système de santé (28,109).

Les adolescents ont le droit de rechercher et d'obtenir des informations (118). Sans les informations, le soutien et les compétences nécessaires pour promouvoir et protéger leur santé et leur bien-être, les adolescents risquent d'être stigmatisés, de ressentir de la détresse, de la honte ou de l'anxiété, ou encore de contracter des IST ou d'avoir des grossesses non désirées (87,117).

Rien ne tend à montrer que la CBS augmente l'activité sexuelle de manière générale, y compris parmi les adolescents (17).

D'après la recommandation 2, une formation adaptée doit être prodiguée aux prestataires de soins chargés de la communication brève relative à la sexualité (CBS).

Si les prestataires sont correctement formés, les problèmes sexuels des clients peuvent généralement être traités moyennant une visite chez leur prestataire de premier recours, seuls les problèmes plus complexes nécessitant les services d'un spécialiste (88).

Parfois cependant, les intervenants du premier niveau de soins ne possèdent pas les compétences professionnelles requises pour prendre en charge les problèmes sexuels (ou les problèmes de santé physiologiques qui en sont à l'origine). Ainsi, les prestataires de soins de santé doivent savoir quels sont les autres services disponibles et orienter les patients vers eux si besoin. Il est sans doute insuffisant de proposer des services de CBS sans que les prestataires aient les moyens de traiter certains problèmes, directement ou par l'orientation vers des spécialistes.

Faisabilité et acceptabilité

Certaines études ont directement évalué la faisabilité de l'intervention. Une étude récemment menée en Russie a laissé le choix à un groupe d'hommes et de femmes soit de participer à une intervention motivationnelle/de renforcement des compétences d'une durée de 60 minutes (destinée à réduire les comportements à risque en matière de VIH), soit de consulter simplement des documents sur la prévention du VIH. Le suivi à trois et six mois a mis en évidence une baisse significative du nombre d'actes sexuels non protégés au sein du groupe ayant bénéficié de l'intervention (84). La faisabilité de la CBS en session unique sur le lieu de soins a été évaluée en Afrique du Sud (84), au Kenya, en Tanzanie et à Trinidad (137), et au Mexique (114).

Les résultats ont montré que l'intervention est faisable dans le cadre des programmes de prévention des IST et du VIH des pays à revenu faible ou intermédiaire, de même que dans différents contextes culturels.

Une étude conduite aux États-Unis a comparé un échantillon randomisé de femmes participant à une intervention en séance unique de réduction des risques sexuels fondée sur les compétences (type CBS) à un échantillon de femmes prenant part à une intervention éducative centrée sur le sida. En l'espèce, presque tous les patients du groupe ciblé par l'intervention de type CBS se sont rendus à la consultation de suivi à trois mois, et ce groupe a rapporté un usage bien supérieur du préservatif. Il est apparu que la CBS était bien plus faisable qu'une intervention par groupe, méthode jugée plus économique (10).

Même si les études présentées ci-dessus ont révélé une acceptabilité implicite, dans la mesure où les clients sont revenus pour de nouvelles séances, rares sont les travaux ayant cherché à évaluer directement l'acceptabilité de la CBS. Certaines études ont remis en question son acceptabilité par les patients et les prestataires de soins de santé lorsqu'elle est menée chez des couples (137), et son acceptabilité par les patients seuls lorsqu'elle est associée au dépistage du VIH/ des IST (84). Cependant, d'autres études ont confirmé l'acceptabilité de l'intervention auprès de certaines populations. Dans une étude à méthode mixte conduite aux États-Unis sur l'acceptabilité de la CBS chez les femmes en post-partum et allaitantes, la vaste majorité d'entre elles ont estimé que l'évaluation était à la fois acceptable et importante (43). De nouvelles études sont nécessaires pour évaluer cette dimension, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en vue de l'adapter aux besoins des différentes populations en fonction du contexte local.

Autres sujets de débat

La CBS étant effectuée par un acteur de santé, elle a plus de chances de surmonter les sensibilités culturelles bien souvent associées à la diffusion d'informations et au soutien aux adolescents en matière de sexualité, pour autant que le prestataire de services ait reçu une formation adaptée (voir à ce sujet la section 4.2). Quoi qu'il en soit, il faudra sans doute rassurer les parents des jeunes adolescents au sujet de la CBS (17).

La CBS n'est qu'une des interventions nécessaires pour aider les adolescents à régler leurs problèmes de santé sexuelle et pour réduire les IST et les grossesses involontaires. Il ne faut donc pas la préférer aux autres interventions efficaces comme l'éducation sexuelle complète en milieu scolaire. De plus, comme les données factuelles montrent que tous les changements auxquels la CBS contribue ne sont pas tous maintenus à long terme, une intervention continue reste nécessaire.

4.2

RECOMMANDATION 2 :

FORMATION DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

RECOMMANDATION 2

Il est recommandé de former les prestataires de soins de santé en les dotant de connaissances sur la santé sexuelle et de compétences en matière de communication brève relative à la sexualité.

Recommandation ferme, données de qualité très faible à faible

4.2.1 Contexte général

Peu d'études se sont intéressées à la formation donnée aux prestataires de soins de santé pour les aider à aborder les questions de sexualité avec leurs clients (2,55,57,77). Or, les acteurs de santé ne parviennent pas toujours à reconnaître les signes de problèmes de santé sexuelle. Il arrive par exemple qu'ils se concentrent sur les symptômes physiques de violence du partenaire intime en négligeant d'autres signes moins évidents, comme ceux évoquant un mauvais état de santé mentale (68). La gêne à discuter des pratiques sexuelles, le sentiment de ne pas avoir les compétences requises, le malaise à l'égard du langage sexuel, le manque d'informations sur les possibilités de traitement, la peur d'offenser le client, l'embarras du professionnel au sujet de la sexualité et le manque de temps sont autant d'obstacles majeurs à l'anamnèse et au counselling en matière sexuelle (41,44,49,55,69,110,61, 132). La gêne ressentie n'est pas forcément la même pour tous les problèmes de santé sexuelle. Par exemple, une étude a montré qu'il est plus facile pour les prestataires de parler de la prévention du VIH en général et d'expliquer l'importance de l'usage du préservatif que d'aborder les comportements sexuels à risque en tant que tels ; ils ont aussi plus de difficultés à expliquer aux clients la manière d'aborder l'usage du préservatif avec leurs partenaires (41). Une enquête menée chez des médecins généralistes et des infirmiers a montré qu'il leur était particulièrement difficile d'aborder ces sujets avec les clients différents d'eux, par exemple, ceux de l'autre sexe, d'une autre orientation sexuelle ou appartenance ethnique (55,73) ou souffrant d'un handicap intellectuel (1). La religion, la politique, la dynamique familiale et d'autres facteurs modèlent la pensée et la pratique des prestataires de soins de santé (66,86,98).

Des études menées sur des questions de sexualité aussi diverses que l'avortement (65,91), la santé maternelle (82,125) et le VIH (67,135) ont montré que les attitudes négatives de certains soignants étaient un obstacle aux soins. De même, les groupes confrontés à

la stigmatisation sociale, à la marginalisation ou à la violence en raison du handicap ou de l'orientation sexuelle ont parfois la même expérience avec les prestataires de soins de santé (discrimination en milieu de soins), alors que ceux-ci devraient les soutenir sans porter de jugement (83,151). De plus, les stéréotypes sexistes influencent bien souvent les rapports des soignants avec les clients (115), et les opinions et expériences personnelles des prestataires peuvent façonner les réponses qu'ils apportent aux adolescents sollicitant des soins de santé sexuelle (38). Autant de raisons qui expliquent pourquoi les prestataires de soins de santé favorisent parfois des interventions qui sont plus en accord avec leurs propres croyances qu'avec les besoins et souhaits de leurs clients (37).

La qualité de la relation client-soignant influence les actions subséquentes de chacun d'eux (66,144). Une fois que les prestataires ont acquis les connaissances et les compétences nécessaires pour mettre en place ces programmes à l'intention de leurs clients, ils peuvent les aider à modifier durablement leurs comportements en matière de santé (138).

La formation et la mise en place d'un environnement favorable sont deux façons de renforcer l'implication des soignants dans l'éducation à la santé et la promotion des comportements préventifs (17). En améliorant leurs compétences de communication, on leur permet d'être plus à l'aise pour aborder les problèmes sexuels (69). La formation des soignants dans les domaines de la sexualité et de la santé sexuelle est un facteur crucial pour accroître le recours aux services, y compris parmi les adolescents. Certaines interventions – notamment les initiatives « Values clarification » (103), « Health workers for change » (72), « Stepping stones » (148) et « Inner spaces outer faces » (23) – ont permis d'améliorer fortement l'expérience des clients quant à la manière dont les prestataires ont abordé certaines questions sociales épineuses comme la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes (66,87,76,145).

Une formation et une préparation efficaces des prestataires de soins de santé apparaît donc essentielle pour modifier durablement les comportements des clients (16,19,21,24). Pourtant, un examen des programmes des facultés de médecine de plusieurs pays a montré que la formation à l'anamnèse sexuelle, à la prescription des médicaments contre les problèmes sexuels et au traitement était « variable, non standardisé ou inadapté » (110). Un sommet d'enseignants en faculté de médecine et d'experts de la santé sexuelle est arrivé à la même conclusion pour les États-Unis et le Canada (33). Enfin, partout dans le monde, les programmes pêchent par l'absence de formation spécifique à la santé de l'adolescent (133).

Pour améliorer la communication en matière de sexualité, il faut investir dans la formation afin de mieux connaître les valeurs des prestataires de soins de santé et de les influencer positivement, en assurant un suivi et un soutien intensifs (36).

L'expérience du GDG indique que la formation des prestataires en matière de santé sexuelle devrait leur permettre d'acquérir des connaissances sur les dimensions de la sexualité les plus souvent abordées dans le contexte des soins de santé primaires.

Elle devrait également renforcer leurs compétences en matière de counselling et d'intervention brève, à savoir : écoute active et empathique et aptitude à poser des questions ; capacités de réflexivité, notamment compréhension de leur propre pratique et de leurs attitudes à l'égard de la sexualité ; et aptitude à conceptualiser et à optimiser leur réponse d'une manière adaptée à la diversité des besoins des clients (27).

4.2.2 Données disponibles

La formation doit d'abord sensibiliser les prestataires afin de les aider à prendre conscience de leurs propres valeurs et réponses pour différents aspects de la sexualité et de la santé sexuelle. Elle doit renforcer leurs connaissances et leurs compétences en matière de CBS (17,20,41).

Trois études sur la formation à la CBS en cours d'emploi ont été acceptées comme données factuelles pour ces lignes directrices :

1. Une étude durant laquelle l'ensemble du personnel de sept centres de soins du VIH de différentes régions des États-Unis a été formé à l'aide du programme Positive Steps. Il est apparu que, suite à la formation, les prestataires étaient beaucoup plus disposés à counsellinger les clients, plus à l'aise avec cet exercice, et qu'ils donnaient plus fréquemment des counsellings de prévention (138). Les clients ont rapporté que, 12 mois après le lancement de l'intervention, leurs soignants et le reste du personnel du centre de santé avaient avec eux des discussions plus fréquentes sur les rapports protégés (138). La formation comportait une autoformation préalable, un atelier de quatre heures et une séance « de rappel » de deux heures, quatre à six semaines après la formation initiale. Elle était interactive et recourait à des présentations, des discussions, une modélisation des discussions sur la prévention et des jeux de rôle. Quatre domaines étaient couverts. Il s'agissait de donner aux prestataires les moyens d'identifier les comportements sexuels à risque chez leurs clients (1), d'engager une conversation à ce sujet avec eux (2) et d'élaborer un plan conjoint de réduction des risques (3), ainsi que de leur faire comprendre la nécessité d'inscrire sur la durée les discussions sur le risque avec leurs clients (4) (138). L'étude en conclut que la formation à la CBS de l'ensemble du personnel d'un centre de santé permet de créer un environnement favorable pour que les clients abordent leurs problèmes de santé sexuelle (138).
2. Une intervention de formation a été menée dans deux centres de soins de santé primaires appartenant à un même réseau de soins (health maintenance organization) de l'État de Washington. Elle a montré que la formation à la CBS augmentait la proportion de visites durant lesquelles le prestataire a interrogé les clients sur leur activité sexuelle. De même, on a observé une augmentation des cas où les prestataires ont parlé du VIH ou des IST avec leurs clients, plus marquée encore pour les clients à risque. Les prestataires ont discuté des stratégies personnalisées de réduction des risques, un élément important pour changer les comportements. Les effets sur le travail des soignants ont été maintenus sur les neuf mois de suivi (41).
3. La troisième étude, menée parmi des médecins de l'agglomération urbaine de Washington D.C., a montré que les prestataires qui ont utilisé les supports de formation sur la manière d'aborder les IST avec les clients ont obtenu de bien meilleurs résultats que ceux qui ne l'ont pas fait. Ils ont recueilli davantage d'informations, démontré de meilleures compétences d'interaction avec les clients et atteint plus d'objectifs éducatifs (20).

Les programmes de formation étaient chacun différents, mais tous comportaient, d'une part, un volet d'amélioration des connaissances et, d'autre part, un volet sur la pratique et le renforcement des compétences d'interaction. La diffusion de supports seule, sans la dimension interactive, apparaît limitée. Une étude de Bowman et al. (20) a consisté à diffuser aux prestataires de soins de santé des supports éducatifs (monographie, livret et enregistrement sonore) afin de les préparer à une simulation de visite de client.

Le client de la visite simulée a ensuite donné au prestataire son avis concernant la qualité de l'expérience. Les soignants qui ont utilisé les supports ont fait une meilleure prestation que ceux qui n'y ont pas eu accès, mais les résultats obtenus n'étaient pas optimaux. Plus de 90 % des médecins ont cherché à mettre les clients à l'aise, mais seuls 61 % d'entre eux ont su reconnaître leur gêne et ils ont été moins nombreux encore à s'efforcer de connaître leurs préoccupations (20). Cela témoigne de l'importance d'une formation interactive visant à renforcer les compétences par une simulation d'interaction soignant-client (20,44,138).

Toutes ces études démontrent à nouveau l'utilité de fournir aux prestataires de soins de santé un outil d'évaluation des risques grâce auquel ils peuvent s'assurer que la CBS est axée sur les préoccupations et le contexte particuliers du client. Selon l'évaluation du GDG, la limite de ces études était qu'elles concernaient principalement la prévention des maladies sexuellement transmissibles et que les évaluations faites du travail des soignants n'ont donc pas nécessairement abordé les problèmes de santé sexuelle au sens large. La nécessité d'utiliser un outil pour orienter l'évaluation est une conclusion importante de l'étude, mais le GDG propose que celui-ci recouvre tous les aspects de la santé et du bien-être sexuels tels que définis par l'OMS. Ces études ont également montré que, pour être efficace, la formation devait aider les clients dans l'établissement d'un plan personnel de protection de leur santé sexuelle (44,138), ce qui va dans le sens des données factuelles présentées plus haut dans ces lignes directrices.

La recherche systématique n'a pas recensé de données factuelles acceptables concernant les types de formation avant emploi qui améliorent le plus la capacité des prestataires de soins de santé à fournir des services efficaces de CBS. Quoi qu'il en soit, l'expérience du GDG indique que la formation avant emploi est l'occasion de consolider plus systématiquement les connaissances et les compétences des prestataires de soins de santé. En outre, les enseignements tirés des études sur les facteurs d'efficacité de la formation en cours d'emploi pourraient être appliqués à la formation avant emploi.

4.2.3 Équilibre entre avantages et inconvénients et entre faisabilité et acceptabilité

Avantages et inconvénients

Les avantages de l'intervention l'emportent sur les inconvénients. Cependant, des études plus vastes sur le rapport coût/efficacité ou des dossiers d'investissement sont nécessaires pour promouvoir des modalités de formation appropriées, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Le manque de formation adaptée fragilise les compétences et la confiance des prestataires de soins de santé en matière de santé sexuelle, y compris de CBS. Comme indiqué plus haut dans la présentation générale, les soignants qui estiment ne pas être armés pour aborder les questions de santé sexuelle, ou que celles-ci mettent mal à l'aise, risquent d'éviter de prodiguer ces services essentiels. La gêne à discuter des pratiques sexuelles, le sentiment de ne pas avoir les compétences requises, le malaise à l'égard du langage sexuel, le manque d'informations sur les possibilités de traitement, la peur d'offenser le client, l'embarras du prestataire au sujet de la sexualité et le manque de temps sont autant d'obstacles majeurs à l'anamnèse et au counselling en matière de sexualité (41,44,49,55,69,78,110,132). Ils exposent les clients non seulement à une faible qualité de soins, mais aussi à des abus personnels de la part des soignants quand ceux-ci sont incapables de distinguer leurs sentiments personnels et leurs fonctions professionnelles. Une formation de qualité peut aider à atteindre les objectifs des services de santé et bénéficier aux clients, lesquels doivent pouvoir compter sur des soignants capables d'identifier leurs problèmes de santé sexuelle et d'y répondre efficacement. Lorsque l'on met en balance le temps et les ressources nécessaires pour la formation à la CBS et pour les autres priorités, il faut tenir compte des effets préventifs de la CBS.

Faisabilité et acceptabilité

Plusieurs études ont évalué la faisabilité de la formation à la CBS en cours d'emploi pour les prestataires de soins de santé ne possédant pas de compétences de counselling préalables ou ayant simplement reçu une formation minimale. La durée des séances de formation évaluées chez les prestataires jamais formés dans ce domaine allait de huit heures (81) à deux semaines (128) ; pour les personnes possédant des compétences de base en counselling, elle était comprise entre deux heures (84) et trois jours (35). Toutes les études ont conclu que la formation en cours d'emploi est faisable dans le contexte des soins de santé primaires.

L'étude de Bowman, comme expliqué à la section précédente, mettait en rapport des médecins et des patients fictifs (20). Les médecins ont indiqué que cette méthode de formation était acceptable, intéressante et efficace. Un essai contrôlé randomisé a été mené en Australie sur un programme de formation en cours d'emploi au counselling en sexualité, destiné à des équipes interdisciplinaires s'occupant de patients souffrant de lésions de la moelle épinière. Des améliorations ont été observées chez le groupe ciblé par l'intervention : ses membres étaient moins gênés et adoptaient une meilleure attitude au moment d'aborder la santé sexuelle avec leurs patients (50).

Autres sujets de débat

Le manque d'études sur l'efficacité de la formation à la CBS, et le fait qu'aucune n'a été publiée sur la formation avant emploi dans ce domaine, indiquent qu'il faudrait recenser les programmes de formation qui abordent la santé sexuelle au sens large (plutôt que ceux axés sur une maladie particulière) et qui ne se contentent pas de diffuser des informations, mais s'attachent à renforcer les compétences dans la perspective des droits humains. Ces programmes doivent être étudiés afin de constituer un ensemble de données factuelles plus solides pour orienter l'élaboration des programmes de formation initiale et continue des prestataires de soins de santé.

CHAPITRE 5

PUBLICATION,
DIFFUSION,
MISE EN ŒUVRE
ET SUIVI

Ces lignes directrices seront publiées et diffusées en anglais, espagnol, français et russe. Sous réserve des fonds disponibles, elles seront également traduites en arabe et en chinois. Elles pourront être consultées sous forme électronique sur le site Web de l'OMS et des organismes partenaires. La synthèse des données factuelles et des recommandations sera publiée dans un ou plusieurs articles scientifiques et présentée lors de conférences sur la santé sexuelle ou sur la santé publique.

Ce document est destiné aux responsables de l'élaboration des politiques de santé et aux décideurs des établissements de formation en santé. Il sera diffusé par l'intermédiaire des bureaux régionaux et des bureaux de pays, des centres collaborateurs, des associations professionnelles et des organismes partenaires. La mise en œuvre des recommandations doit se fonder sur l'épidémiologie des IST/du VIH et sur le contexte local de l'épidémie, conformément aux stratégies nationales de prévention et de lutte contre les IST, et doit mobiliser l'ensemble des parties prenantes nationales. Pour faciliter ces efforts, il est envisagé d'organiser une série d'ateliers régionaux d'introduction et de validation, pour autant que les ressources le permettent.

Compte tenu de la sensibilité et la complexité de certaines représentations en matière de santé sexuelle, la traduction bénéficiera du concours d'un expert technique ayant comme langue maternelle une des langues officielles des Nations Unies, issu du GDG ou d'un organisme technique partenaire, le but étant que la traduction des grandes notions et de la terminologie technique soit adaptée aux contextes socioculturels locaux.

La mise en œuvre devra se faire en plusieurs étapes. Le document sera d'abord distribué aux responsables de l'élaboration des politiques de santé et aux défenseurs de la santé intéressés par les IST (VIH/sida compris), comme les pouvoirs publics, les ONG (organisation non gouvernementale), les donateurs et la société civile et, le cas échéant, les groupes de travail multipartites nationaux de lutte contre le VIH et le sida. Pendant la première phase, on s'attachera à faire mieux comprendre à ces groupes l'utilité de la CBS et les arguments en faveur de cette approche. Une fois que leur intérêt pour l'intégration de la CBS aura été aiguisé, les politiques et pratiques à modifier seront étudiées pour orienter les interventions des prestataires de soins de santé de santé.

Le document sera également distribué aux associations professionnelles de médecins et d'infirmiers, ainsi qu'aux personnes chargées de cours en santé publique, psychologie et IST dans les facultés de médecine et les écoles de soins infirmiers. Dans le cadre du suivi, il s'agira de trouver des moyens d'associer ces personnes à l'évaluation des programmes existants afin d'intégrer définitivement la CBS aux programmes de formation.

CHAPITRE 6

IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE

Étant donné le nombre limité de données disponibles pour l'élaboration de ces lignes directrices, de nouvelles recherches devraient être menées afin d'examiner et valider les techniques de CBS dans différents contextes nationaux et cliniques et pour différents clients et prestataires. La CBS est-elle plus ou moins efficace selon qu'elle est prodiguée par un prestataire dont le sexe, l'orientation sexuelle ou la tranche d'âge diffèrent ou non du client ? Les résultats sont-ils différents selon que le prestataire est un médecin, un infirmier ou un acteur social ? Dans quelle mesure le fait que le client sait qu'il a (ou a eu) un problème de santé modifie-t-il sa motivation et, par conséquent, l'efficacité de la CBS ? Quels sont les obstacles à la mise en œuvre de la CBS dans les contextes à faibles ressources ? En quoi la mise en œuvre est-elle différente dans les services spécialisés en santé sexuelle et dans les services de soins de santé généraux ?

Outre ces questions liées à la mise en œuvre, les données rares concernant le rôle de la CBS sur les facteurs qui influencent les problèmes de santé sexuelle et les droits dans ce domaine, comme le manque d'estime de soi (en particulier du fait de la discrimination, de la coercition ou de la violence) et les sentiments d'efficacité personnelle et de bien-être sexuel.

Ces problématiques à l'esprit, le GDG a identifié plusieurs priorités de recherche présentées dans les sections suivantes.

6.1

ÉLABORATION ET TEST D'UN OUTIL CLINIQUE

PRIORITÉ DE RECHERCHE

Élaborer des lignes directrices simples et standardisées sur la communication brève relative à la sexualité. Organiser un projet pilote afin de les mettre à l'essai et de les adapter à différents pays, contextes culturels, services de santé, niveaux de revenus et clients.

Pour l'élaboration et la mise à l'essai de l'outil clinique sur la CBS, il faudrait passer de la prévention des IST à une approche plus globale de la sexualité, en s'attachant à promouvoir une sexualité positive plutôt qu'à simplement traiter les dysfonctionnements

sexuels. L'outil devrait en particulier adopter une conception globale et positive de la santé sexuelle, en évaluant l'efficacité et l'efficience de la CBS sur certains facteurs de bien-être comme l'estime de soi, le bien-être sexuel et le caractère satisfaisant des relations, tout autant que sur la réduction des risques et la prévention des maladies. Il faudrait notamment aborder la question du rétablissement après les actes de violence, de harcèlement et de discrimination à l'encontre de diverses populations, y compris celles qui sont stigmatisées en raison de la façon dont elles expriment leur identité sexuelle ou leur sexualité, les personnes aux orientations sexuelles non conventionnelles, les handicapés et les personnes vivant avec le VIH.

6.2

FORMATION EN COURS D'EMPLOI DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

PRIORITÉ DE RECHERCHE

Élaborer des lignes directrices simples et standardisées sur la communication brève relative à la sexualité. Organiser un projet pilote afin de les mettre à l'essai et de les adapter à différents pays, contextes culturels, services de santé, niveaux de revenus et clients.

Les résultats qu'il est possible d'évaluer immédiatement sont notamment la capacité des soignants :

- à établir une relation avec le client (et à se « désensibiliser » pour que leur expérience personnelle n'entrave pas le déroulement de la séance) ;
- à faire une anamnèse et à diffuser des informations précises et adaptées de manière ouverte et sans porter de jugement ; et
- à aider les clients à établir des plans donnant les mesures à prendre pour promouvoir leur santé et leur bien-être sexuels.

Parmi les résultats à évaluer figure notamment la mesure dans laquelle la confiance des prestataires de soins de santé après la formation est corrélée à un changement

de comportement chez le client, en tenant compte de facteurs tels que la fidélisation des clients, l'observance ainsi que la santé et la satisfaction des clients. Cette recherche étudierait également le lien entre la durée de la CBS et les résultats recherchés, afin de donner des orientations plus claires sur la durée d'intervention CBS optimale pour un changement comportemental pérenne. Les travaux devraient examiner l'équilibre entre les coûts et les effets maximaux, et déterminer s'il y a des normes minimales pour la formation.

Cette étude devrait également évaluer l'efficacité des modules de formation parmi les différents prestataires de soins de santé du système de santé.

6.3

SURMONTER LES OBSTACLES AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ ET AU NIVEAU OPÉRATIONNEL QUI EMPÊCHENT LA MISE EN ŒUVRE DE LA CBS

PRIORITÉ DE RECHERCHE

Tester la mise en œuvre de la CBS par des prestataires qualifiés, dans différents contextes, en particulier là où les ressources sont insuffisantes et là où sont prodigués des soins généraux (plutôt que des soins de santé sexuelle).

Le but serait d'identifier et de comprendre la dynamique des obstacles qui se dressent au niveau opérationnel, dans la mise en œuvre et dans le système de santé, ainsi que les facteurs favorisant l'application de la CBS. L'étude évaluerait l'intérêt (avantages supplémentaires ou synergies) de l'intégration de la CBS aux services de prévention de routine (comme le dépistage des IST, la distribution de préservatifs et de moyens de contraception et la vaccination), dans le contexte des soins de santé primaires.

CHAPITRE 7

RÉFÉRENCES

7.1

RÉFÉRENCES COMPLÈTES

1. Abbott D and Howarth J. Still off-limits? Staff views on supporting gay, lesbian and bisexual people with intellectual disabilities to develop sexual and intimate relationships. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2007;20:116–26. doi:10.1111/j.1468-3148.2006.00312.x.
2. Akers A, Gold MA, Borrero S, Santucci A, Schwarz EB. Providers' perspectives on challenges to contraceptive counseling in primary care settings. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19(6):1163–70. doi:10.1089/jwh.2009.1735.
3. Andrist L. Taking a sexual history and educating clients about safe sex. *Nurs Clin North Am*. 1988;23(4):959–73.
4. Applications of human rights to reproductive and sexual health. New York (NY): United Nations Population Fund and Office of the High Commissioner for Human Rights; 2001 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Reproductiveen.pdf>, accessed 28 January 2015).
5. A qualitative review of psychosocial support interventions for young people living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_ADH_09.05_eng.pdf, accessed 28 January 2015).
6. Atalla E. Physician's attitudes regarding sexual dysfunction management' [dissertation]. Perth, Australia: Curtin University of Technology; 2009.
7. Baldwin DS. Depression and sexual dysfunction. *Br Med Bull*. 2001;57:81–99.
8. Baldwin DS and Foong T. Antidepressant drugs and sexual dysfunction. *Br J Psychiatry*. 2013;202:396–97. doi:10.1192/bjp.bp.112.110650.
9. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401–6. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.
10. Belcher L, Kalichman S, Topping M, et al. A randomized trial of a brief HIV risk reduction counseling intervention for women. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(5):856–61.
11. Benoit C and Millar A. Short report: dispelling myths and understanding realities: working conditions, health status, and exiting experiences of sex workers. Victoria, Canada: University of Victoria and Prostitutes Empowerment, Education and Resource Society; 2001.

12. Bhavsar V and Bhugra D. Cultural factors and sexual dysfunction in clinical practice. *Adv Psychiatr Treat*. 2013;19:144–52. doi:10.1192/apt.bp.111.009852.
13. Binagwaho A, Fuller A, Kerry V, Dougherty S, Agbonyitor M, Wagner C, et al. Adolescents and the right to health: eliminating age-related barriers to HIV/AIDS services in Rwanda. *AIDS Care*. 2012;24(7):936–42. doi:10.1080/09540121.2011.648159.
14. Blosnich JR, Brown G, Shipherd J, Kauth M, Piegari R, Bossarte R. Prevalence of Gender Identity Disorder and suicide risk among transgender veterans using veterans health administration care. *Am J Public Health*. 2013;103(10):e22–32. doi:10.2105/AJPH.2013.301507.
15. Bluespruce J, Dodge W, Grothaus L, Wheeler K, Rebolledo V, Carey J, McAfee T, Thompson R. HIV prevention in primary care: impact of a clinical intervention 2001;15(5):243–53.
16. Bockting W, Robinson B, Forberg J, Scheltema K. Evaluation of a sexual health approach to reducing HIV/STI risk in the transgender community. *AIDS Care*. 2005;17(3):289–303.
17. Boekeloo B, Schamus LA, Simmens SJ, Cheng TL, O'Connor K, D'Angelo LJ. A STD/HIV prevention trial among adolescents in managed care. *Pediatrics*. 1999;103(1):107–15.
18. Bolu O, Lindsey C, Kamb ML, Kent C, Zenilman J, Douglas JM, Malotte CK, Rogers J, Peterman TA, et al.; Project RESPECT Study Group. Is HIV/sexually transmitted disease prevention counseling effective among vulnerable populations? *Sex Transm Dis*. 2004;31(8):469–74. doi:10.1097/01.olq.0000135987.12346.f2.
19. Bond T. The nature and role of counseling in primary care. In: Keithley J, Bond, T, Marsh G, editors. *Counselling in Primary Care*. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press. 2002:3–24.
20. Bowman MA, Russell NK, Boekeloo BO, Rafi IZ, Rabin DL. The effect of educational preparation on physician performance with a sexually transmitted disease-simulated patient. *Arch Intern Med*. 1992;152:1823–8.
21. Brownridge DA. Partner violence against women with disabilities: prevalence, risk and explanations. *Violence Against Women*. 2006;12(9):805–22.
22. Bryan AD, Aiken LS, West SG. Increasing condom use: evaluation of a theory-based interevention to prevent sexually transmitted diseases in young women. *Health Psychol* 1996;15:371-82.
23. ISOFI Toolkit: Tools for action and learning on gender and sexuality. Atlanta (GA) and Washington (DC): Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc. (CARE) and International Center for Research on Women (ICRW); 2007. (<http://www.icrw.org/files/publications/ISOFI-Toolkit-Tools-for-learning-and-action-on-gender-and-sexuality.pdf>, accessed 28 January 2015).

24. Carey MP, Senn TE, Venable PA, Coury-Doniger P, Urban MA. Brief and intensive behavioral interventions to promote sexual risk reduction among STD clinic patients: results from a randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2010;14(3):504–17. doi:10.1007/s10461-009-9587-1.
25. Carkhuff R. *The Art of helping in the 21st century*. Eighth Edition. Amherst, MA, USA: Human Resource Development; 2000.
26. Carlson M, Brennan RT, Earls F. Enhancing adolescent self-efficacy and collective efficacy through public engagement around HIV/AIDS competence: a multilevel, cluster randomized-controlled trial. *Soc Sci Med.* 2012;75(6):1078–87. doi:10.1016/j.socscimed.2012.04.035.
27. Diplôme Universitaire Paris Diderot: Counsellinger en Santé Sexuelle. In: Chaire UNESCO Santé Sexuelle et Droits Humains [website] (http://www.santesexuelle-droitshumains.org/Diplome-Universitaire-Paris-Diderot-Counsellinger-en-Sante-Sexuelle_a28.html, accessed 23 January 2015)
28. Chesson HW, Blandford JM, Gift TL, Tao G, Irwin KL. The estimated direct medical cost of sexually transmitted diseases among American youth, 2000. *Perspect Sex Reprod Health.* 2004;36(1):11–19.
29. Chorost MI, Weber TK, Lee RJ, Rodriguez-Bigas MA, Petrelli NJ. Sexual dysfunction, informed consent and multimodality therapy for rectal cancer. *Am J Surg.* 2000;179(4):271–4.
30. Clarke LE, Allen RH, Goyal V, Raker C, Gottlieb AS. Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210(1):42.e1–8. doi:10.1016/j.ajog.2013.09.019.
31. Cohen D, Dent C, MacKinnon D. Condom skills education and sexually transmitted disease reinfection. *J Sex Res* 1991;28:139-44.
32. Cohen DA, Dent C, MacKinnon D, Hahn G. Condoms for men, not women. Results of brief promotion programs. *Sex Transm Dis.* 1992;19(5):245–51.
33. Coleman E, Elders J, Satcher D, Shindel A, Parish S, Kenagy G, et al. Summit on medical school education in sexual health: report of an expert consultation. *J Sex Med.* 2013;10:924–38. doi:10.1111/jsm.12142.
34. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;98:182–7.
35. Crosby R, DiClemente RJ, Charnigo R, Snow G, Troutman A. A brief, clinic-based, safer sex intervention for heterosexual African American men newly diagnosed with an STD: a randomized controlled trial. *Am J Public Health.* 2009;99(suppl 1):S96–103.
36. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en, accessed 28 January 2015).

37. Developing sexual health programmes: a framework for action. Geneva: World Health Organization; 2010 (WHO/RHR/HRP/10.22; http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf, accessed 28 January 2015).
38. de Ridder D, de Wit J, editors. Self-regulation in health behavior. John Wiley and Sons, 2006 (<http://ca.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-0470024089.html>, accessed 28 January 2015).
39. Diaz-Olavarrieta C, Campbell J, Garcia de la Cadena C, Paz F, Villa AR. Domestic violence against patients with chronic neurological disorders. *Arch Neurol* 1999;56(6):681–5.
40. Dixon-Mueller R. The sexuality connection in reproductive health. *Stud Fam Plann*. 1993;24(5):269–82.
41. Dodge W, BlueSpruce J, Grothaus L, Rebolledo V, McAfee TA, Carey JW, et al. Enhancing primary care HIV prevention: a comprehensive clinical intervention. *Am J Prev Med*. 2001;20(3):177–83.
42. Dreisbach S, Devine S, Fitch J, Anderson T, Lee T, Rietmeijer C, Corbett K. Can experiential-didactic training improve clinical STD Practices? *Sexually Transm Infect* 2011 38(6) 516-21.
43. Dunlop AL, Dretler AW, Badal HJ, Logue KM. Acceptability and potential impact of brief preconception health risk assessment and counseling in the WIC setting. *Am J Health Promot*. 2013;27 Suppl 1:S58–65. doi:10.4278/ajhp.120109-QUAL-7.
44. Dyer K and das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. *J Sex Med*. 2013;10:2658–70. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x.
45. Erol B, Tefekil A, Ozbey I, Saiman F, Dincag N, Kadioglu A, Tellaloglu S. Sexual dysfunction in type II diabetic females: a comparative study. *J Sex Marital Ther*. 2002;28 Suppl 1:55–62.
46. Family planning: a global handbook for providers. 2011 update. Geneva: World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USAID; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9780978856373_eng.pdf, accessed 28 January 2015).
47. Feldblum PJ, Hatzell T, van Damme K, Nasution M, Rasamindrakotroka A, Grey TW. Results of a randomized trial of male condom promotion among Madagascar sex workers. *Sex Transm Infect*. 2005;81:166–72. doi:10.1136/sti.2004.010074.
48. Fisher JD, Fisher WA, Cornman DH, Amico RK, Bryan A, Friedland GH. Clinician-delivered intervention during routine clinical care reduced unprotected sexual behaviour among HIV-infected patients. *JAIDS* 2006;41:44–52.
49. Fredman L, Rabin DL, Bowman M, Bandemer C, Sardeson K, Taggart VS, et al. Primary care physicians' assessment and prevention of HIV infection. *Am J Prev Med*. 1989;5:188–95.

50. Fronek P, Booth S, Kendall M, Miller D, Geraghty T. The effectiveness of a sexuality training program for the interdisciplinary spinal cord injury rehabilitation team. *Sexuality and Disability*. 2005;23(2):51–63.
51. Gavin L, MacKay AP, Brown K, Harrier S, Ventura SJ, Kann L, et al.; United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexual and reproductive health of persons aged 10–24 years – United States, 2002–2007. *MMWR Surveill Summ*. 2009;58(6):1–58.
52. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL, editors. *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey-Bass Inc; 1993.
53. Girls, women and sexuality education – the link to achieving the MDGs. Geneva: United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner (http://www.un.org/en/events/women/iwd/2011/pdfs/Infonote_Women_and_the_right_to_sexual_education.pdf, accessed 9 March 2015).
54. Good practices in legislation on “harmful practices” against women. Report of an expert group meeting organized by the United Nations Division for the Advancement of Women and the United Nations Economic Commission for Africa, Addis Ababa, Ethiopia, 26–29 May 2009 (http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2009/Report%20EGM%20harmful%20practices.pdf, accessed 28 January 2015).
55. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. Opening a can of worms: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract*. 2004;21:528–36.
56. Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization: 2011 (http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf?ua=1, accessed 28 January 2015).
57. Guyatt GH, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction – GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):383–94. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.
58. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Rind D, et al. GRADE guidelines: 6. Rating the quality of evidence – imprecision. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):1283–93. doi:10.1016/j.jclinepi.2011.01.012.
59. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M, et al.; GRADE Working Group. GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence – inconsistency. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(12):1294–302. doi:10.1016/j.jclinepi.2011.03.017.
60. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M, et al.; GRADE Working Group. GRADE guidelines: 8. Rating the quality of evidence – indirectness. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(12):1303–10. doi:10.1016/j.jclinepi.2011.04.014.
61. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al.; GRADE Working Group. Going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008;336(7652):1049–51. doi:10.1136/bmj.39493.646875.AE.

62. Guyatt GH, Oxman AD, Montori V, Vist G, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence – publication bias. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(12):1277–82. doi:10.1016/j.jclinepi.2011.01.011.
63. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence – study limitations (risk of bias). *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):407–15. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.017.
64. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al.; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008;26;336(7650):924–6. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD.
65. Harries J, Stinson I, Orner P. Health care providers' attitudes towards termination of pregnancy: a qualitative study in South Africa. *BMC Public Health.* 2009;9:296. doi:10.1186/1471-2458-9-296.
66. Hartigan P. The importance of gender in defining and improving quality of care: some conceptual issues. *Health Policy Plan.* 2001;16 Suppl 1:7–12.
67. Hassan Z and Wahsheh M. Knowledge and attitudes of Jordanian nurses towards patients with HIV/AIDS: findings from a nationwide survey. *Issues Ment Health Nurs.* 2011;32(12):774–84. doi:10.3109/01612840.2011.610562.
68. Hatcher A. Patient and provider perspectives on addressing intimate partner violence in Johannesburg antenatal clinics. In: *Children and AIDS. Compendium of abstracts presented at the 17th ICASA. Cape Town: International Conference on AIDS and Sexually Transmitted Infections in Africa; 2013:111.*
69. Hatzichristou D, Rosen R, Derogatis L, Low WY, Meuleman E, Sadovsky, et al. Clinical evaluation and symptom scales in men and women with sexual dysfunction. In: Montorsi F, Basson R, Adaikan G, Becher E, Clayton F, Guilano S, et al. *Sexual medicine: Sexual dysfunctions in men and women. 3rd International Consultation on Sexual Medicine, Paris. International Consultation on Urological Diseases (ICUD) and International Society for Sexual Medicine (ISSM); 2010 (<http://www.icud.info/PDFs/SEXUAL-MEDICINE-2010.pdf>, accessed 28 January 2015).*
70. Hawkes S, Hart G. Men's sexual health matters: promoting reproductive health in an international context. *Trop Med Int Health.* 2000;5(7):A37–44.
71. Hawkes S. Sexual health: a post-2015 palimpsest in global health? *Lancet Glob Health.* 2014;2(7):e377–8. doi:10.1016/S2214-109X(14)70036-1.
72. *Health workers for change: a manual to improve quality of care. Geneva: UWDP/ World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) and Women's Health Project; 2005.*
73. Hinchliff S, Gott M, Galena E. 'I daresay I might find it embarrassing': general practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health Soc Care Community.* 2005;13:345–53.
74. Hines DA. Predictors of sexual coercion against women and men: A multilevel, multinational study of university students. *Arch Sex Behav.* 2007;36:403–22.

75. Hull T, Hilber AM, Cherisch M, Bagnol B, Prohm A, Smit JA, et al. Prevalence, motivations, and adverse effects of vaginal practices in Africa and Asia: findings from a multicountry household survey. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20(7):1097–109. doi:10.1089/jwh.2010.2281.
76. International guidelines on HIV/AIDS and human rights. Consolidated version. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) and the Joint United Nations Programme of HIV/AIDS (UNAIDS); 2006 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesen.pdf>, accessed 28 January 2015).
77. Isaacs J, Creinin M. Miscommunication between healthcare providers and patients may result in unplanned pregnancies. *Contraception*. 2003;68:373–76.
78. Jaccard J, Levitz N. Counseling adolescents about contraception: towards the development of an evidence-based protocol for contraceptive counselors. *J Adolesc Health*. 2013;52(4 Suppl):S6–13. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.01.018.
79. Jackson G. Prediction of coronary artery disease by erectile function status – evidence-based data. *Sex Med Review*. 2013;1(2):104–7.
80. James NJ, Gillies PA, Bignell CJ. Evaluation of a randomized controlled trial of HIV and sexually transmitted disease prevention in a genitourinary medicine clinic setting. *AIDS* 1998;12:1235–42.
81. Jemmott L, Jemmott J, O'Leary A. Effects on sexual risk behavior and STI rate of brief HIV/STI prevention interventions for African American women in primary care settings. *Am J Public Health*. 2007;97:1034–40.
82. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Soc Sci Med*. 1998;47(11):1781–95.
83. Johnson CA. Off the map: How HIV/AIDS programming is failing same-sex practising people in Africa. New York (NY): International Gay and Lesbian Human Rights Commission; 2007 (<http://iglhrc.org/sites/default/files/6-1.pdf>, accessed 28 January 2015).
84. Kalichman SC, Cain D, Eaton L, Jooste S, Simbayi LC. Randomized clinical trial of brief risk reduction counselling for sexually transmitted infection clinic patients in Cape Town, South Africa. *Am J Public Health* 2011;101:e9–17.
85. Kamb M, Fishbein M, Douglas JM Jr, Rhodes F, Rogers J, Bolan G, et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group. *JAMA*. 1998;280(13):1161–67.
86. Kambou S, Magar V, Hora G, Mukherjee A. Power, pleasure, pain, and shame: assimilating gender and sexuality into community-centred reproductive health and HIV prevention programmes in India. *Global Public Health*. 2007;2(2):155–68.
87. Krebs LU. Sexual assessment: research and clinical. *Nurs Clin North Am*. 2007 Dec;42(4):515–29.

88. Lamont J; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Female sexual health consensus guidelines. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(8):769–83.
89. Langston AM, Rosario L, Westhoff CL. Structured contraceptive counselling—a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2010;81:362–7.
90. Lee JT, Yen HW. Randomized controlled evaluation of a theory-based postpartum sexual health education programme. *Journal of Advanced Nursing* 2007 60(4), 389–401.
91. Lipp A. A review of termination of pregnancy: prevalent health care professional attitudes and ways of influencing them. *J Clin Nurs.* 2008;17(13):1683–8.
92. Logan C. Homophobia? No, homophobia. *J Homosex.* 1996;31(3):31–53.
93. Lombardi E. Enhancing transgender health care. *Am J Public Health.* 2001;91(6):869–72.
94. Magnani R, Karim A, Weiss L, Bond KC, Lemba M, Morgan GT. Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia. *J Adolesc Health.* 2002;30(1):76–86.
95. Marrazzo J, Thomas KI, Ringwood K. A behavioural intervention to reduce persistence of bacterial vaginosis among women who report sex with women: results of a randomized trial. *Sex Transm Infect.* 2011;87(5):399–405. doi:10.1136/sti.2011.049213.
96. Mburu G, Hodgson I, Teltschik A, Ram M, Haamujompa C, Bajpai D et al. Rights-based services for adolescents living with HIV: adolescent self-efficacy and implications for health systems in Zambia. *Reprod Health Matters.* 2013;21(41):176–85. doi:10.1016/S0968-8080(13)41701-9.
97. McCabe M, Althof C, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum S, Simonelli C, Wylie K. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med.* 2010;7(1 Pt 2):327–36. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01618.x.
98. McKelvey R, Webb J, Baldassar L, Robinson S, Riley, G. Sex knowledge and sexual attitudes among medical and nursing students. *Aust N Z J Psychiatry.* 1999;(33):260–6.
99. Mead N and Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000;51:1087–110.
100. Metcalf CA, Douglas JM Jr, Malotte CK, Cross H, Dillon BA, Paul SM, et al. Relative efficacy of prevention counselling with rapid and standard HIV testing: a randomized, controlled trial (RESPECT-2). *Sex Transm Dis* 2005;32:130–8.
101. Meyer IH. Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129(5):674–97.
102. Miller E, Decker MR, McCauley HL, Tancredi DJ, Levenson RR, Waldman J, et al. A family planning clinic partner violence intervention to reduce risk associated with reproductive coercion. *Contraception* 2011;83:274–80.

103. Mitchell EMH, Trueman KA, Gabriel MC, Fine A, Manentsa N. Accelerating the pace of progress in South Africa: an evaluation of the impact of values clarification workshops on termination of pregnancy access in Limpopo Province. Johannesburg, South Africa: Ipas; 2004.
104. Mohapatra S and Mohanty M. Abuse and activity limitation: a study on domestic violence against disabled women in Orissa, India. A research report of a project funded by the Oxfam India Trust. Bhubaneswar, India: Swabhinam; 2005.
105. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psych.* 2001;62 Suppl 3:10–21.
106. Neff JA, Gaskil SP, Prihoda TJ, Weiner RV, Rydel KB. Continuing medical education versus clinic-based STD and HIV education interventions for primary care service providers: replication and extension. *AIDS Education and Prevention.* 1998;10(5):417–32.
107. Neumann M, O'Donnell L, Doval A, Schillinger J, Blank S, Ortiz-Rios E, Garcia T, O'Donnell C. Effectiveness of the VOICES/VOCES sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus prevention intervention when administered by health department staff: does it work in the “real world”? *Sex Transm Dis.* 2011 Feb;38(2):133–9. doi:10.1097/OLQ.0b013e3181f0c051.
108. Orr DP, Langedelf CD, Katz BP, Caine VA. Behavioral intervention to increase condom use among high-risk female adolescents. *J Pediatr.* 1996;128:288–95.
109. Owusu-Edusei K Jr, Chesson H, Gift T, Tao G, Mahajan R, Ocfemia M, Kent C. The estimated direct medical cost of selected sexually transmitted infections in the United States, 2008. *Sex Transm Dis.* 2013;40(3):197–201. doi:10.1097/OLQ.0b013e318285c6d2.
110. Parish SJ and Clayton AH. Sexual medicine education: review and commentary. *J Sex Med.* 2007;4(2):259–67.
111. Park E, Norris E, Bober S. Sexual health communication during cancer care: barriers and recommendations. *Cancer J.* 2009 Jan-Feb;15(1):74–7. doi:10.1097/PPO.0b013e31819587dc.
112. Parker R. Sexuality, health and human rights. *Am J Public Health.* 2007;97(6):972–3.
113. Pastuszak AW, Badhiwala N, Lipshultz LI, Khera M. Depression is correlated with the psychological and physical aspects of sexual function. *Int J Impot Res.* 2013;25(5):194–9. doi:10.1038/ijir.2013.4.
114. Patterson TL, Mausbach B, Lozada R, Staines-Orozco H, Semple SJ, Fraga-Vallejo M, et al. Efficacy of a brief behavioral intervention to promote condom use among female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Am J Public Health.* 2008;98(11):2051–7. doi:10.2105/AJPH.2007.130096.
115. Pittman P, Hartigan P. Gender inequity: an issue for quality assessment researchers and managers. *Health Care Women Int.* 1996;17(5):469–86.

116. Proude E, D'Este C, Ward JE. Randomized trial in family practice of a brief intervention to reduce STI risk in young adults. *Family Practice*. 2004;21(5):537–44.
117. Reese JB, Porter LS, Somers TJ, Keefe FJ. Pilot feasibility study of a telephone-based couples intervention for physical intimacy and sexual concerns in colorectal cancer. *J Sex Marital Ther*. 2012;38(5):402–17. doi:10.1080/0092623X.2011.606886.
118. Resolution A/RES/44/25. Convention on the Rights of the Child. New York (NY): United Nations General Assembly; 20 November 1989 (<http://www.un.org/documents/ga/res/44/a44r025.htm>, accessed 28 January 2015).
119. Resolution A/RES/21/2200. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York (NY): United Nations General Assembly; 16 December 1966 (<http://www.un-documents.net/a21r2200.htm>, accessed 28 January 2015).
120. Richardson JL, Milam J, McCutchan A, Stoyanoff S, Bolan R, Weiss J, et al. Effect of brief safer-sex counselling by medical providers to HIV-1 seropositive patients: a multi-clinic assessment. *AIDS*. 2004;18:1179–86.
121. Rogers C, editor. *L'approche centrée sur la personne*. (Anthology of texts presented by Kirschenbaum H and Hendersen VL). Lausanne: Editions Randin; 2001.
122. Rogow D, Haberland N, Del Valle A, Lee N, Osakue G, Sa Z, et al. Integrating gender and rights into sexuality education: field reports on using It's All One. *Reprod Health Matters*. 2013;21(41):154–66. doi:10.1016/S0968-8080(13)41699-3.
123. Rosser BR, Hartfield LA, Miner MH, Ghiselli ME, Lee BR, Welles SL. Effects of a behavioural intervention to reduce serodiscordant unsafe sex among HIV positive men who have sex with men: the Positive Connections randomized controlled trial study. *J Behav Med*. 2010;33:147–58.
124. Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*. 2009;123(1):346–52. doi:10.1542/peds.2007-3524.
125. Sargent C and Bascope G. Ways of knowing about birth in three cultures. *Med Anthropol Q*. 1996;10(2):213–36.
126. Schmidt CE, Bestmann B, Kuchler T, Longo WE, Kremer B. Ten-year historic cohort of quality of life and sexuality in patients with rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2005;48(3):483–92.
127. Shlay J, Mayhugh B, Foster M, Maravi M, Baron A, Douglas J. Initiating contraception in sexually transmitted disease clinic setting: A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 189:473-81.
128. Simbayi LC, Kalichman SC, Skinner D, Jooste S, Cain D, Mathit V, et al. Theory-based HIV risk reduction counseling for sexually transmitted infection clinic patients in Cape Town, South Africa. *Sex Transm Dis*. 2004;31(12):727–33.
129. Siu G, Bakeera-Kitaka S, Kennedy CE, Dhabangi A, Kambugu A. HIV serostatus disclosure and lived experiences of adolescents at the Transition Clinic of the Infectious Diseases Clinic in Kampala, Uganda: a qualitative study. *AIDS Care*. 2012;24(5):606–11. doi:10.1080/09540121.2011.630346.

130. Smith PB, Weinman ML, Parrilli J. The role of condom motivation education in the reduction of new and reinfection rates of sexually transmitted diseases among inner-city female adolescents. *Patient Educ Couns.* 1997;31:77-81.
131. Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne: Federal Centre for Health Education (BZgA) and WHO Regional Office for Europe; 2010 (<http://www.bzga-whocc.de/pdf.php?id=061a863a0fdf28218e4fe9e1b3f463b3>, accessed 28 January 2015).
132. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J Cancer.* 2003;88(5):666-71.
133. Stefan C, van der Merwe PL. Treating adolescents in South Africa: time for adolescent medicine units? *S Afr Med J.* 2008;98(3):184-5.
134. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* London: Sage Publications; 1995.
135. Surlis S and Hyde A. HIV-positive patients' experiences of stigma during hospitalisation. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2001;12(6):68-77. doi:10.1016/S1055-3290(06)60185-4.
136. Tepper M. Providing comprehensive sexual health care in spinal cord injury rehabilitation: implementation and evaluation of a new curriculum for health care professionals. *Sexuality and Disability.* 1997;15(3):131-65.
137. The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomised trial. *Lancet.* 2000;356(9224):103-12. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02446-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02446-6).
138. Thrun M, Cook PF, Bradley-Springer LA, Gardner L, Marks G, Wright J, et al. Improved prevention counseling by HIV care providers in a multisite, clinic-based intervention: Positive STEPs. *AIDS Educ Prev.* 2009;21(1):55-66. doi:10.1521/aeap.2009.21.1.55.
139. Troussier T. Les conduites à risque de l'adolescente. Réalité en gynécologie obstétrique. 2011;155:18-20 (in French).
140. Troussier T, Tourette-Turgis T. La qualité de la vie sexuelle et affective favorise la prévention chez les personnes vivant avec le VIH. *Revue Européenne de Sexologie.* 2006;3:165-75 (in French).
141. Troussier T, Benghozi P, Ganem M. High-risk sexual behaviours. In: Sultan C. (ed) *Pediatric Adrenal Disease. Evidence-based clinical practice.* Second edition. Basel: Karger. 2012;22:1-23.
142. Turner C, Ku L, Rogers M, Lindberg LD, Pleck JH, Sonenstein FL. Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: increased reporting with computer survey technology. *Science.* 1998;280(5365):867-73.

143. van Reeuwijk M, Nahar P. The importance of a positive approach to sexuality in sexual health programmes for unmarried adolescents in Bangladesh. *Reprod Health Matters*. 2013;21(41):69–77. doi:10.1016/S0968-8080(13)41694-4.
144. Villaroman-Bautista V, Roldan AT, Basco M. A comparison of use patterns, the health care process and the effectiveness of four prenatal health services in a provincial community of the Philippines. *Maternal Nutrition and Health Care Program report no. 9*. Washington (DC): International Center for Research on Women; 1990.
145. Vlassoff C, Fonn S Health Workers for Change as a health systems management and development tool. *Health Policy Plan*. 2001;16 Suppl 1:47–52.
146. Walker B, Harrington D. Effects of staff training on staff knowledge and attitudes about sexuality. *Educational Gerontology*. 2002;28(8):639–54.
147. Warner L, Klausner JD, Rietmeijer CA, Malotte CK, O'Donnell L, Margolis AD, et al. Effect of a brief video intervention on incident infection among patients attending sexually transmitted disease clinics. *PLoS Med*. 2008;5(6):e135. doi:10.1371/journal.pmed.0050135.
148. Welbourn A. *Stepping Stones: a training package in HIV/AIDS, communication and relationship skills*. London: Strategies for Hope; 1995.
149. Wenger NS, Linn LS, Epstein M, Shapiro MF. Reduction of high-risk sexual behaviour among heterosexual undergoing HIV antibody testing: a randomized clinical trial. *American journal of public health*. 1991;81(12):1580–5. WHO Handbook for Guideline Development. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf, accessed 28 January 2015).
150. Young ME, Nosek MA, Howland C, Chanpong G, Rintala DH. Prevalence of abuse of women with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*. 1997;78(12 Suppl 5):S34–38.

7.2

RÉSULTATS UTILISÉS COMME DONNÉES FACTUELLES

- Baldwin DS. Depression and sexual dysfunction. *Br Med Bull.* 2001;57:81–99.
- Boekeloo B, Schamus LA, Simmens SJ, Cheng TL, O'Connor K, D'Angelo LJ. A STD/HIV prevention trial among adolescents in managed care. *Pediatrics.* 1999;103(1):107–15.
- Bowman MA, Russell NK, Boekeloo BO, Rafi IZ, Rabin DL. The effect of educational preparation on physician performance with a sexually transmitted disease-simulated patient. *Arch Intern Med.* 1992;152:1823–8.
- Carey MP, Senn TE, Venable PA, Coury-Doniger P, Urban MA. Brief and intensive behavioral interventions to promote sexual risk reduction among STD clinic patients: results from a randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2010;14(3):504–17. doi:10.1007/s10461-009-9587-1.
- Cohen DA, Dent C, MacKinnon D, Hahn G. Condoms for men, not women. Results of brief promotion programs. *Sex Transm Dis.* 1992;19(5):245–51.
- Dodge W, BlueSpruce J, Grothaus L, Rebolledo V, McAfee TA, Carey JW, et al. Enhancing primary care HIV prevention: a comprehensive clinical intervention. *Am J Prev Med.* 2001;20(3):177–83.
- Feldblum PJ, Hatzell T, van Damme K, Nasution M, Rasamindrakotroka A, Grey TW. Results of a randomized trial of male condom promotion among Madagascar sex workers. *Sex Transm Infect.* 2005;81:166–72. doi:10.1136/sti.2004.010074.
- Jemmott L, Jemmott J, O'Leary A. Effects on sexual risk behavior and STI rate of brief HIV/STI prevention interventions for African American women in primary care settings. *Am J Public Health.* 2007;97:1034–40.
- Kamb M, Fishbein M, Douglas JM Jr, Rhodes F, Rogers J, Bolan G, et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group. *JAMA.* 1998;280(13):1161–7.

- Marrazzo J, Thomas KI, Ringwood K. A behavioural intervention to reduce persistence of bacterial vaginosis among women who report sex with women: results of a randomized trial. *Sex Transm Infect.* 2011;87(5):399–405. doi:10.1136/sti.2011.049213.
- Neumann M, O'Donnell L, Doval A, Schillinger J, Blank S, Ortiz-Rios E, et al. Effectiveness of the VOICES/VOCES sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus prevention intervention when administered by health department staff: does it work in the “real world”? *Sex Transm Dis.* 2011;38(2):133–9. doi:10.1097/OLQ.0b013e3181f0c051.
- Patterson TL, Mausbach B, Lozada R, Staines-Orozco H, Semple SJ, Fraga-Vallejo M, et al. Efficacy of a brief behavioral intervention to promote condom use among female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Am J Public Health.* 2008;98(11):2051–7. doi:10.2105/AJPH.2007.130096.
- Thrun M, Cook PF, Bradley-Springer LA, Gardner L, Marks G, Wright J, et al. Improved prevention counseling by HIV care providers in a multisite, clinic-based intervention: Positive STEPs. *AIDS Educ Prev.* 2009 Feb;21(1):55–66. doi:10.1521/aeap.2009.21.1.55.
- Warner L, Klausner JD, Rietmeijer CA, Malotte CK, O'Donnell L, Margolis AD, et al. Effect of a brief video intervention on incident infection among patients attending sexually transmitted disease clinics. *PLoS Med.* 2008;5(6):e135. doi:10.1371/journal.pmed.0050135.

ANNEXE

ANNEXE 1

PARTICIPANTS À L'ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES

1. Participants à l'établissement du document

Coordinateur : Igor Toskin, Département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève

Groupe d'orientation de l'OMS

- Bibliothèque et réseaux d'information à l'appui des connaissances, OMS, Genève
- Moazzam Ali, Département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève
- Venkatraman Chandra-Mouli, Département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève
- Mary Eluned Gaffield, Département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève
- Claudia García-Moreno, Département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève
- Antonio Carlos Gerbase (Consultant principal, IST et VIH/sida, retraité)
- Metin Gülmezoglu, Département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève
- Beverly Jane Ferguson, Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, OMS, Genève
- Vladimir Poznyak, Département Santé mentale et abus de substances psychoactives, OMS, Genève
- Igor Toskin, Département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève.

Groupe chargé de l'examen systématique

- Bergen Hope Cooper, consultant OMS, États-Unis
- Regina Kulier, Fondation PROFA, Suisse
- Igor Toskin, Département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève.

Spécialiste de la méthodologie GRADE

- Regina Kulier, Fondation PROFA, Suisse.

Rédactrice

- Barbara Klugman, Coprésidente du GDG, School of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, Afrique du Sud.

Membres du groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG)

- Tamara Adrián-Hernandez, Adrian & Adrian Abogados Consultores, Venezuela
- Elham Atalla, Sexual Health Services, Ministère de la santé, Royaume du Bahreïn
- George Ayala, Global Forum on MSM & HIV (MSMGF), États-Unis
- John Munroe Douglas, Centers for Disease Control & Prevention (CDC), États-Unis
- Emily Maria Godfrey, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA, États-Unis
- Sharful Islam Khan, Scientist and Project Director of the Global Fund Project, Center for HIV and AIDS, icddr,b, Dhaka, Bangladesh
- Barbara Klugman, Coprésidente du GDG, School of Public Health, University of the Witwatersrand, Afrique du Sud
- Charlotta Löfgren-Mårtenson, Center for Sexology and Sexuality Studies, Université de Malmö, Suède
- Geetanjali Misra, CREA, Inde
- Patanjali Dev Nayar, Département de la coordination programmatique et des organes directeurs, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est
- Rafael Mazin Reynoso, Département VIH/IST et hépatite, Bureau régional OMS des Amériques
- Thierry Troussier, Coprésident du GDG, Chaire Santé sexuelle & Droits humains de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et Fonds de Dotation " Human Earth ", France
- Marlene Freida Wasserman, consultante en médecine sexuelle, Afrique du Sud. Directrice du Sexual Health Centre, chargée d'enseignement en faculté de médecine (Medical School, University of Cape Town).
- Christine Winkelmann, Federal Centre for Health Education, centre collaborateur OMS pour la santé sexuelle et reproductive, Allemagne.

Examen par les pairs

- Christine Dehlendorf, University of California, San Francisco, États-Unis
- Mme Julie Fitter, Clinical Service Manager/Sex and Relationship Psychotherapist/MSc Course Leader, Porterbrook Clinic, Sheffield, Royaume-Uni
- John de Wit, Centre for Social Research in Health, UNSW, Australie, sur recommandation de l'Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille (WONCA).

ANNEXE 2

CADRE PICO : QUESTIONS ET RÉSULTATS

L'acronyme PICO désigne quatre éléments que l'on doit retrouver dans les questions utilisées pour la recherche systématique de données factuelles : population, intervention, comparaison et résultats (« outcomes » en anglais). Le groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG) a utilisé les trois questions PICO suivantes comme base pour l'examen systématique. À chacune d'elles sont associés les résultats obtenus, qui font à chaque fois l'objet d'une évaluation.

QUESTIONS PICO 1 : Quand elle cible les adolescents et les adultes, la communication brève relative à la sexualité (CBS) est-elle plus efficace que les prestations habituelles pour la prévention ou la prise en charge :

- 1.1 des difficultés sexuelles, des maladies sexuelles, de la détresse sexuelle, des problèmes sexuels et des idées fausses en matière de sexualité
 - 1.2 des IST et du VIH
 - 1.3 de la grossesse involontaire et de l'avortement
 - 1.4 de la violence sexuelle
 - 1.5 des pratiques néfastes
- et pour :
- 1.6 le renforcement des connaissances

RÉSULTAT	NOTE (1–9)
VIH =/> suivi sur 6-12 mois	8,5
Difficultés, maladies, détresse ou problèmes sexuels, idées fausses, stigmatisation	8,4
Infections sexuellement transmissibles (IST) =/> suivi sur 6-12 mois	8,4
Grossesse involontaire et avortement =/> suivi sur 6-12 mois	8,3
Violence sexuelle =/> suivi sur 6-12 mois	7,8
Difficultés conjugales, maltraitance, insatisfaction relationnelle	7,7
Amélioration des connaissances =/> suivi sur 6-12 mois	6,9
Pratiques néfastes (par exemple mutilation génitale féminine)	5,9

QUESTION PICO 2 : La CBS ciblant les adolescents et les adultes est-elle plus efficace et favorable au bien-être sexuel que l'absence d'intervention ?

RÉSULTAT	NOTE (1–9)
Amélioration de la sécurité (utilisation du préservatif, utilisation de contraceptifs, réduction du nombre de partenaires sexuels)	8,2
Recours aux services de prévention (dépistage des IST, dépistage du VIH, demande en contraceptifs, vaccinations)	8,2
Augmentation de la satisfaction	8,1
Amélioration de l'autorégulation	7,7
Sentiment d'être compris ou accepté	7,6
Renforcement du sentiment d'acceptation par l'entourage (famille, école, pairs)	7,6
Amélioration de l'autonomie	7,6
Amélioration de l'estime de soi	7,4

QUESTION PICO 3 : Quels éléments des programmes de sensibilisation/de formation des prestataires de soins de santé de santé primaires améliorent les connaissances et les compétences en counselling/communication dans le domaine de la sexualité ? (Questions sensibles à aborder : avortement, violence sexiste, troubles sexuels, santé sexuelle, dysfonction érectile, plaisir, fantasmes, orientation sexuelle, identité sexuelle, désir homosexuel, désir sexuel, mutilation génitale féminine).

RÉSULTAT	NOTE (1–9)
Connaissances	7,8
Données objectives-mesurées	7,5
Données autodéclarées	7,4
Absence de gêne à aborder les questions de sexualité, promotion du plaisir sexuel	8,6
Attitude à l'égard de l'évaluation des risques de santé sexuelle	8,4
Amélioration des échanges avec les patients (questions sur la prise de risques sexuels, protection de la confidentialité, prise en compte des obstacles/questions sensibles)	8,6
Données objectives-mesurées	8,4
Données autodéclarées	7,5
Utilisation des techniques éducatives (supports écrits pour le patient, renvoi vers les ressources en ligne pertinentes, vérification que le patient comprend le problème, etc.)	7,6
Fréquence du diagnostic des IST (autodéclaration)	7,3

ANNEXE 3

LIENS VERS LES EXAMENS COMPLETS ET LES TABLEAUX DE DONNÉES

QUESTIONS PICO	RÉSULTATS MESURÉS	ÉTUDES
PICO 1	IST/VIH	Marrazzo 2011 (95): n=89; Feldblum 2005 (47): n=1000; Patterson 2008 (114): n=924; Cohen 1991 (31): n=192; Cohen 1992 (32): n=903; Warner 2008 (147): n=38,635; Kamb 1998 (85): n=5,758; Metcalf 2005 (100): n=3,297; Orr 1996 (108): n=209; Neumann 2011 (107): n=3,365; James 1998 (80): n=492; Boekeloo 1999 (17): n=219 adolescents; Smith 1997 (130): n=205 adolescents
	Grossesse involontaire	Boekeloo 1999 (17): n=219 adolescents
	Problèmes sexuels	Boekeloo 1999 (17): n=219 adolescents; Wenger 1992 (149): n=435; Bryan 1996 (22): n=198 adolescents; Orr 1996 (108): n=209
PICO 2	Estime de soi	Bryan 1996 (22): n=198 adolescents
	Efficacité	Bryan 1996 (22): n=198 adolescents; Richardson 2004 (120): n=585; Patterson 2008 (114): n=924; Fisher 2006 (48): n=497; Jemmot 2007 (81): n=564, Kalichman 2011 (84): n=617; Kamb 1998 (85): n=5,758, Rosser 1990 (123): n=159; Langston 2010 (89): n=186; Marrazzo 2012 (95): n=89; Carey 2010 (24): n=1,483; Miller 2011 (102): n=906; Lee 2007 (90): n=166; Proude 2004 (116): n=156; Shlay 2003 (127): n=877; Neumann 2011 (107): n=3,365
PICO 3	Connaissances, attitudes, compétences	Neff 1998 (106): n=423; Fronck 2005 (50): n=89; Bowman 1992 (20): n=232; Thrun 2009 (138): n=182; Dodge 2001 (41): n=1,042; Dreisbach 2011 (42): n=110; Walker 2002 (146): n=125; Bluespruce 2001 (15): n=49; Tepper 1997 (136): n=18
	Utilisation des supports	Boekeloo 1999 (17): n=19; Bowman 1992 (20): n=232; Dodge 2001 (41): n=1,042.

Pour plus d'informations :

Département Santé et recherche génésiques,
Organisation mondiale de la Santé,
20 Avenue Appia, CH-1211 Genève 27, Suisse.
Télécopie : +41 22 791 4171
Courriel : reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth



ISBN 978 92 4 254900 3

