

# LA CHLAMYDIA CHEZ LES JEUNES FEMMES

RESSOURCE POUR LA PRÉVENTION ADAPTÉE  
À CETTE POPULATION



PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



Agence de la santé  
publique du Canada

Public Health  
Agency of Canada

Canada

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,  
À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

– Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:  
CHLAMYDIA AMONG YOUNG WOMEN: A RESOURCE FOR POPULATION-SPECIFIC PREVENTION

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télééc. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : [publications@hc-sc.gc.ca](mailto:publications@hc-sc.gc.ca)

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2015

Date de publication : mars 2015

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP40-133/2015F-PDF

ISBN : 978-0-660-23334-5

Pub. : 140482

# LA CHLAMYDIA CHEZ LES JEUNES FEMMES

## RESSOURCE POUR LA PRÉVENTION ADAPTÉE À CETTE POPULATION

## REMERCIEMENTS

L'Agence de la santé publique du Canada tient à remercier les personnes, les représentants des communautés, les chercheurs et les représentants gouvernementaux d'avoir bien voulu consacrer leur temps, leur expertise et leur expérience à l'élaboration du présent document. Elle désire également mentionner les gens qui ont fourni des conseils et des suggestions au cours du processus d'examen externe :

**Barbara Beattie**, ministère de la Santé, gouvernement du Nunavut (Iqaluit, Nunavut)

**Alex McKay**, Conseil d'information et d'éducation sexuelles du Canada (Toronto, Ontario)

**Gina McKay**, Sexuality Education Resource Centre du Manitoba (Winnipeg, Manitoba)

# TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS . . . . .	II
INTRODUCTION . . . . .	1
1. QU'EST-CE QUE LA CHLAMYDIA? . . . . .	1
1.1 ÉVOLUTION NATURELLE . . . . .	1
1.2 DÉPISTAGE ET TRAITEMENT . . . . .	2
1.3 NOTIFICATION AUX PARTENAIRES . . . . .	2
1.4 ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA CHLAMYDIA AU CANADA . . . . .	2
2. FACTEURS DE RISQUE ET DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ . . . . .	4
2.1 GENRE . . . . .	5
2.2 FACTEURS BIOLOGIQUES . . . . .	5
2.3 ENVIRONNEMENTS SOCIAUX ET RÉSEAUX DE SOUTIEN SOCIAL . . . . .	5
2.4 FACTEURS CULTURELS . . . . .	6
2.5 STATUTS SOCIOÉCONOMIQUES . . . . .	6
2.6 ENVIRONNEMENT PHYSIQUE . . . . .	6
3. THÉORIE DE LA PRÉVENTION DES ITSS . . . . .	7
3.1 PRÉVENTION EN AMONT, PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE DES ITSS . . . . .	7
3.2 MODÈLE D'ORIENTATION POUR LA PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DE LA CHLAMYDIA . . . . .	7
4. PRATIQUES PROMETTEUSES DE PRÉVENTION DE LA CHLAMYDIA CHEZ LES JEUNES FEMMES . . . . .	9
4.1 ACTIVITÉS DE PRÉVENTION PRIMAIRE VISANT À RÉDUIRE LES COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE POUR L'INFECTION À CHLAMYDIA . . . . .	9
4.2 INTERVENTIONS DE PRÉVENTION SECONDAIRE VISANT À RÉDUIRE LES COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE POUR L'INFECTION À CHLAMYDIA . . . . .	13
CONCLUSION . . . . .	17
NOTES DE FIN DE DOCUMENT . . . . .	18



# INTRODUCTION

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) demeurent un problème de santé publique important au Canada. Plus particulièrement, la chlamydia est l'ITSS la plus souvent rapportée au Canada, et les taux ont augmenté considérablement depuis que cette maladie est devenue une infection à déclaration obligatoire en 1991. Les améliorations apportées aux technologies de dépistage ont probablement contribué à l'augmentation des taux signalés; on sait toutefois que les plus de 40 000 jeunes femmes recevant un diagnostic de chlamydia chaque année au Canada ne représentent qu'une fraction du nombre de jeunes femmes infectées. Dans la majorité des cas, chez la femme comme chez l'homme, la chlamydia est une infection asymptomatique. Pour cette raison, les femmes atteintes de chlamydia sont moins susceptibles de s'en apercevoir et sont, par conséquent, très vulnérables aux conséquences de l'infection sur la santé.

La présente ressource a été créée pour aider les professionnels de la santé et les organismes communautaires dans l'élaboration de stratégies fondées sur des données probantes visant la prévention de la chlamydia chez les femmes âgées de 30 ans et moins. Dans le présent document, le terme « jeunes femmes » comprend les hommes et les femmes transgenres possédant des organes reproducteurs féminins qui n'ont pas encore subi de chirurgie pour changement de sexe. Un examen exhaustif des données probantes existantes sur les interventions de prévention de la chlamydia et d'autres ITSS a été réalisé afin d'orienter l'élaboration du présent document.

Les sections suivantes présentent un résumé des grandes questions touchant la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge de la chlamydia. Veuillez consulter les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*<sup>1</sup> pour obtenir des renseignements détaillés et des conseils sur l'évolution naturelle, la transmission, la prévention, le dépistage et le traitement de la chlamydia.

## 1. QU'EST-CE QUE LA CHLAMYDIA?

### 1.1 ÉVOLUTION NATURELLE

#### Évolution naturelle

La chlamydia est une infection causée par la bactérie *Chlamydia trachomatis*. Elle est souvent sous-diagnostiquée parce que la majorité des personnes infectées ne présentent pas de symptômes. Les symptômes, lorsqu'ils se manifestent, sont généralement plus graves chez les femmes que chez les hommes. Le délai entre l'exposition et l'infection (p. ex. la transmission par contact sexuel) et le moment où les symptômes apparaissent est généralement de deux à trois semaines, mais peut s'étendre jusqu'à six semaines<sup>2</sup>. Si elle n'est pas traitée, l'infection à chlamydia peut entraîner de graves conséquences pour la santé, en particulier chez les femmes.

#### Conséquences sur la santé

Chez les femmes, une chlamydia non traitée peut entraîner des atteintes inflammatoires pelviennes, des grossesses ectopiques, des douleurs pelviennes chroniques ou l'infertilité. La chlamydia peut rendre les personnes affectées plus à risque d'infections au VIH en raison de l'inflammation et du recrutement des cellules immunitaires dans le foyer d'infection<sup>3</sup>.

## 1.2 DÉPISTAGE ET TRAITEMENT

La chlamydia peut être diagnostiquée à l'aide d'un échantillon d'urine. Dans certains cas, le dépistage de la chlamydia peut être effectué en procédant à un écouvillonnage dans la région touchée. On peut traiter et guérir la chlamydia avec des antibiotiques.

Le dépistage et, si nécessaire, le traitement des partenaires sexuels des personnes ayant reçu un diagnostic de chlamydia sont importants afin d'éviter la réinfection. Les personnes sexuellement actives ou qui présentent des facteurs de risque de la chlamydia devraient subir des tests de dépistage de façon périodique. Le dépistage d'autres ITSS, telles que la gonorrhée, peut être effectué au même moment puisque la chlamydia et la gonorrhée peuvent être dépistées en utilisant le même échantillon d'urine ou le même échantillon d'écouvillonnage<sup>4</sup>. Le dépistage au moyen d'une analyse de sang de la syphilis, de l'hépatite B (pour les personnes non vaccinées), de l'hépatite C et du VIH peut aussi être effectué à l'aide d'un seul prélèvement.

## 1.3 NOTIFICATION AUX PARTENAIRES

La chlamydia doit être signalée aux autorités de santé publique locales dans toutes les provinces et tous les territoires. Cela signifie que les renseignements personnels concernant le diagnostic de chlamydia seront fournis aux organismes gouvernementaux de santé pertinents. Toutefois, ces organismes ont la responsabilité de tenir confidentiel le nom de la personne infectée<sup>5</sup>.

Comme d'autres ITSS à déclaration obligatoire, la chlamydia est également assujettie aux règlements sur la notification aux partenaires dans les lois sur la santé publique provinciales ou territoriales. Ces règlements exigent qu'une tentative soit faite de localiser toutes les personnes ayant eu des contacts sexuels avec une personne infectée, de leur faire subir un test de dépistage et de les traiter. Il y a différentes façons pour les personnes touchées d'informer leurs partenaires qu'ils doivent subir un test de dépistage des ITSS, notamment en les avertissant eux-mêmes ou en envoyant une carte postale électronique anonyme. Des infirmières en santé publique sont également disponibles pour offrir de l'assistance dans la notification aux partenaires et faire les recommandations appropriées pour le dépistage et le traitement.

## 1.4 ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA CHLAMYDIA AU CANADA

Au Canada, la chlamydia est une maladie<sup>i</sup> à déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis 1991. Les taux d'infections signalés sont fondés sur le nombre de cas nouvellement diagnostiqués et déclarés aux ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, puis à l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence). Cependant, comme les personnes atteintes de chlamydia peuvent ne pas présenter de symptômes, un grand nombre de cas peuvent être non diagnostiqués et, par conséquent, ne sont pas signalés.

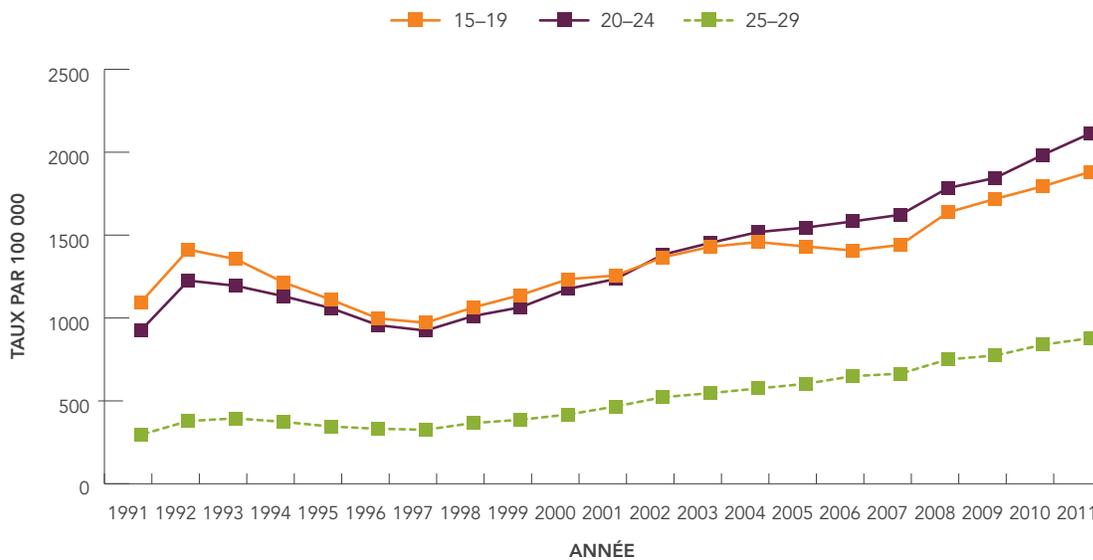
---

<sup>i</sup> Les ITSS à déclaration obligatoire comprennent la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et le VIH. Les ITSS courantes à déclaration facultative comprennent le virus du papillome humain (VPH) et le virus herpès simplex (VHS).

La chlamydia est le plus souvent diagnostiquée chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans. Les femmes appartenant à ces groupes d'âge sont plus de deux fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de l'infection que les hommes d'âge semblable. Étant donné que les taux signalés ne sont fondés que sur les cas diagnostiqués, le dépistage est essentiel au suivi des taux.

La figure 1 illustre la hausse spectaculaire des taux signalés de chlamydia chez les jeunes femmes au Canada depuis 1991, lorsque l'infection est devenue une maladie à déclaration obligatoire. Les taux signalés de chlamydia ont augmenté au cours des dernières années après avoir connu un déclin de 1992 à 1997. Selon les données de l'Agence, de 1997 à 2011, le taux signalé de chlamydia chez les femmes de 15 à 19 ans a augmenté de 971,3 cas pour 100 000 habitants et a atteint 1 881,6 cas, ce qui représente une augmentation de 93,7 %<sup>6</sup>. Chez les femmes de 20 à 24 ans, le taux est passé de 924,1 à 2 113,0 cas, ce qui représente une augmentation de 128,6 %.

**FIGURE 1 :** Taux signalés de chlamydia pour 100 000 habitants chez les femmes âgées de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans, entre 1991 et 2011 au Canada<sup>7</sup>



## 2. FACTEURS DE RISQUE ET DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

De multiples facteurs peuvent avoir une influence sur ce qui rend les jeunes femmes vulnérables ou résilientes à la chlamydia. Ces facteurs, ou déterminants de la santé, existent à différents niveaux (voir la figure 2). Bien que les comportements individuels, tels que l'utilisation non systématique du condom et les relations sexuelles avec des partenaires multiples soient les principaux facteurs de la transmission et de l'acquisition des ITSS, ces comportements sont directement et indirectement influencés par de nombreux facteurs sociaux, structurels et économiques<sup>8</sup>. Ces conditions peuvent accroître la vulnérabilité aux ITSS en augmentant la probabilité de comportements à risque élevé, d'exposition et d'acquisition d'une ITSS<sup>9</sup>.

**FIGURE 2 :** Déterminants multi-niveaux de la vulnérabilité aux ITSS chez les jeunes adultes

PLAN INDIVIDUEL	NIVEAU MICRO (relationnel)	NIVEAU MÉSO (collectivité)	NIVEAU MACRO (structurel)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissances en matière d'ITSS, attitudes et perceptions du risque</li> <li>• Capacités personnelles à utiliser le condom</li> <li>• Capacités d'adaptation personnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attitude, connaissances et compétences des professionnels de la santé</li> <li>• Influence des pairs et communication avec les pairs</li> <li>• Relation de pouvoir</li> <li>• Violence conjugale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de santé (obstacles à l'accès, manque de services culturellement adaptés)</li> <li>• Contexte culturel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigmatisation et discrimination</li> <li>• Statut socioéconomique (pauvreté, revenu)</li> <li>• Sans-abrisme et précarité de logement</li> </ul>

Il est important de comprendre les causes sous-jacentes et les déterminants de la santé ayant une incidence sur la santé des jeunes femmes pour prévenir efficacement la chlamydia dans cette population. Pour obtenir des renseignements détaillés sur les facteurs ayant une incidence sur la résilience et la vulnérabilité aux ITSS chez les jeunes femmes, veuillez consulter le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Femmes*<sup>10</sup>.

## 2.1 GENRE

Le genre est un déterminant clé ayant une incidence sur la vulnérabilité aux ITSS, y compris la chlamydia. Les normes sexuelles liées à la masculinité et la féminité peuvent contribuer à un déséquilibre du pouvoir dans les relations et affecter les comportements sexuels à risque en limitant la capacité des femmes à négocier des pratiques sexuelles plus sûres<sup>11</sup>. Les expériences de violence physique ou psychologique basées sur le genre dans les relations peuvent également rendre la femme plus vulnérable aux ITSS<sup>12</sup>. Les femmes transgenres font face à de multiples obstacles à l'accès aux services de santé en raison de la discrimination et de la crainte du jugement des autres. Ces obstacles peuvent contribuer à leur marginalisation et accroître leur vulnérabilité aux ITSS<sup>13</sup>.

## 2.2 FACTEURS BIOLOGIQUES

Les différences biologiques peuvent avoir une influence sur ce qui rend les femmes vulnérables à la transmission des ITSS. Par exemple, sur le plan anatomique, la grandeur de la superficie et la délicatesse des tissus des voies génitales rendent les femmes plus vulnérables à l'endommagement de ces tissus au cours d'une relation sexuelle vaginale, ce qui pourrait contribuer à un risque accru de contracter certaines infections telles que le VIH et la chlamydia<sup>14</sup>. De plus, en raison de la nature asymptomatique de l'infection à chlamydia, des symptômes de pertes vaginales peuvent être mal interprétés par les jeunes femmes et leurs fournisseurs de soins de santé et attribués à une autre cause. Cela peut être tout particulièrement le cas lorsque les fournisseurs de soins de santé ne sont pas au courant des antécédents sexuels de leurs patientes<sup>15</sup>.

## 2.3 ENVIRONNEMENTS SOCIAUX ET RÉSEAUX DE SOUTIEN SOCIAL

Le manque de pouvoir et de statut sur le plan social a une incidence directe sur les femmes et les rend plus vulnérables à la violence sexuelle, physique et psychologique, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur leur santé physique et mentale<sup>16</sup>. Des antécédents de violence conjugale et de violence sexuelle pendant l'enfance sont associés à des comportements à risque élevé tels que l'utilisation non systématique du condom et les relations sexuelles avec de multiples partenaires, ce qui peut accroître la vulnérabilité aux ITSS<sup>17</sup>. Les femmes faisant face à de multiples formes de stigmatisation et de discrimination telles que le racisme et l'homophobie sont particulièrement vulnérables aux ITSS, car elles sont plus susceptibles d'être exclues des réseaux de soutien et des services<sup>18</sup>. Le soutien de la part de la famille, des amis et des collectivités est important pour aider les jeunes femmes à garder leur vie en main et à développer de la résilience face à l'adversité<sup>19</sup>.

## 2.4 FACTEURS CULTURELS

Les facteurs culturels, tels que les attitudes, les croyances, les valeurs et les pratiques, façonnés par les contextes historiques, socioéconomiques et politiques, constituent des déterminants clés qui peuvent rendre les jeunes des minorités ethnoculturelles et les femmes autochtones plus vulnérables à l'infection à chlamydia<sup>20</sup>. Un contexte historique de perturbations culturelles, de multiples pertes de contact avec les membres de la famille et l'expérience de la pauvreté, de la violence et de l'exploitation a mené les femmes autochtones à une faible estime d'elles-mêmes et à la méfiance envers les fournisseurs de soins de santé et les services de santé non autochtones<sup>21</sup>. Ces facteurs sont autant d'entraves à la négociation de pratiques sexuelles plus sûres et à l'accès aux soins de santé. Ces femmes sont plus vulnérables aux ITSS, à la violence et aux abus en raison de leur manque de connaissances et de capacités à se défendre contre cette violence et ces abus<sup>22</sup>. Dans le cas de nouveaux arrivants au Canada, bon nombre de campagnes de promotion de la santé et de prévention des ITSS peuvent ne pas être disponibles dans leur langue maternelle. Dans certains cas, les femmes peuvent ne pas avoir accès à un endroit sécuritaire où discuter de ces questions ouvertement et confidentiellement. Le fait d'ignorer où et comment accéder aux services liés aux ITSS de leur collectivité peut aussi contribuer à leur vulnérabilité à ces maladies<sup>23</sup>. Même si, dans certains cas, les facteurs culturels peuvent constituer un obstacle à des discussions ouvertes sur la sexualité et l'accès aux services, la culture peut également être une source de force et de résilience. À titre d'exemple, des études ont révélé que le contact des Autochtones avec leurs racines et leur spiritualité traditionnelle peut les aider à faire face aux circonstances difficiles de la vie<sup>24</sup>.

## 2.5 STATUTS SOCIOÉCONOMIQUES

Un statut socioéconomique inférieur, habituellement établi par le niveau de pauvreté ou le revenu, a été clairement associé à la vulnérabilité aux ITSS en raison de la probabilité élevée de relations sexuelles chez les adolescents et les jeunes adultes<sup>25</sup>. Les jeunes femmes à faible revenu ou vivant sous le seuil de la pauvreté sont sujettes à un plus grand risque de contracter des ITSS si elles s'adonnent au commerce du sexe à des fins de subsistance. Celles-ci peuvent faire face à des problèmes financiers supplémentaires dus à l'achat de condoms pour prévenir les ITSS et aux coûts associés à l'accès aux services de dépistage et de traitement.

## 2.6 ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Il existe, particulièrement chez les jeunes, un lien entre l'itinérance, la précarité du logement ainsi que l'exposition à la violence dans la collectivité et un risque accru de contracter des ITSS<sup>26</sup>. Pour certaines jeunes femmes, le manque d'accès au logement et à un environnement sûr peut accroître le risque de violence conjugale et d'implication dans le travail du sexe pour survivre, ce qui altère leur capacité à mettre en pratique ou à négocier des moyens de se protéger contre les ITSS<sup>27</sup>.

## 3. THÉORIE DE LA PRÉVENTION DES ITSS

### 3.1 PRÉVENTION EN AMONT, PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE DES ITSS

Les activités de prévention des ITSS peuvent prendre plusieurs formes. Ces activités de prévention sont généralement définies comme en amont, primaires, secondaires ou tertiaires. Afin de permettre de réduire substantiellement le fardeau des ITSS, une approche globale en prévention des ITSS doit comprendre la majorité ou la totalité de ces quatre catégories.

Les activités de prévention en amont s'attaquent aux déterminants de la santé (p. ex. la stigmatisation et la discrimination, les normes sexuelles et le statut socioéconomique), ces derniers influençant la vulnérabilité et la résilience à l'égard des ITSS. Les activités de prévention primaire visent la prévention des ITSS chez les personnes non infectées. Par l'intermédiaire de ces programmes, les bénéficiaires peuvent obtenir des renseignements et acquérir des compétences qui leur permettront de réduire les risques de contracter une ITSS. Les activités de prévention secondaire ont pour but de repérer et de traiter les personnes atteintes d'une ITSS. Le dépistage des ITSS et la notification aux partenaires sont les éléments clés de la prévention secondaire. Les activités de prévention tertiaire mettent l'accent sur le soutien et la prestation de services de soins aux personnes vivant avec une ITSS. Leur objectif est de limiter la progression de la maladie et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des ITSS chroniques.

### 3.2 MODÈLE D'ORIENTATION POUR LA PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DE LA CHLAMYDIA

Le modèle Information, motivation et habiletés comportementales (IMHC) est une approche qui s'est avérée efficace pour les professionnels de la santé pour ce qui est de modifier les comportements sexuels à risque élevé au sein de plusieurs populations<sup>28</sup>. Comme son nom l'indique, le modèle IMHC rappelle que les programmes efficaces de prévention des ITSS sont basés sur trois éléments essentiels. Ce modèle peut être utilisé par les éducateurs et les professionnels de la santé pour les guider dans l'élaboration et l'évaluation de programmes efficaces en matière de prévention des ITSS. L'application de ces trois éléments spécifiquement à la prévention de la chlamydia est présentée ci-dessous.

#### Information

La composante de l'information d'une intervention efficace pour la prévention de la chlamydia basée sur le modèle IMHC fournit aux participants des connaissances et des renseignements pertinents concernant la transmission de l'infection à chlamydia et les moyens de la prévenir (p. ex. l'utilisation du condom ou la réduction du nombre de partenaires sexuels). Ces moyens sont présentés comme des conditions préalables à la réduction des comportements à risque. Il est important que les renseignements fournis soient adaptés à l'âge et au niveau d'alphabétisation des bénéficiaires<sup>29</sup>.

### Motivation

Les renseignements seuls ne suffisent pas à engendrer un changement de comportement (p. ex. la négociation quant à l'utilisation du condom). Les participants doivent aussi être motivés à adapter leurs comportements en fonction des renseignements qu'ils ont appris. En ce qui concerne la réduction des comportements sexuels à risque et l'augmentation du dépistage des infections transmissibles sexuellement, il est important que les interventions tiennent compte des besoins et motivations des publics cibles, prennent en considération les obstacles à la prévention et au dépistage et mettent l'accent sur les comportements positifs (p. ex. l'autogestion de la santé)<sup>30</sup>.

### Habilités comportementales

Les programmes de prévention des ITSS sont beaucoup moins susceptibles d'atteindre leurs objectifs s'ils n'intègrent pas les habiletés comportementales (p. ex. comment se servir d'un condom, comment négocier la pratique de relations sexuelles plus sûres avec ses partenaires) qui permettront d'adopter le changement de comportement visé (p. ex. l'utilisation du condom)<sup>31</sup>. La troisième composante d'une intervention efficace en matière de prévention de la chlamydia porte sur les compétences nécessaires pour réduire les comportements sexuels à risque et pour accéder au dépistage et au traitement. Il est important de fournir aux participants toutes les compétences pratiques qui leur permettront d'atteindre le comportement souhaité. Cela comprend la conviction et la confiance de la personne qu'elle est en mesure d'adopter le comportement souhaité et la possibilité de s'y entraîner.

## 4. PRATIQUES PROMETTEUSES DE PRÉVENTION DE LA CHLAMYDIA CHEZ LES JEUNES FEMMES

Les stratégies visant à réduire les effets néfastes de la chlamydia chez les adolescents et les jeunes femmes adultes ont généralement été axées sur une combinaison des préventions primaire et secondaire. Le développement de nouvelles connaissances, l'amélioration de la portée et de la compréhension de nouvelles données sur la santé publique ainsi que des pratiques prometteuses sont importants pour répondre efficacement à long terme à l'infection à chlamydia. Cela comprend le recours systématique aux connaissances et une évaluation rigoureuse des programmes, ce qui permettra de reconnaître les lacunes dans les connaissances et les communiquer aux chercheurs, ainsi que d'orienter les cycles d'élaboration de programmes futurs afin d'améliorer les résultats en matière de santé publique.

### 4.1 ACTIVITÉS DE PRÉVENTION PRIMAIRE VISANT À RÉDUIRE LES COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE POUR L'INFECTION À CHLAMYDIA

Cette section présente une synthèse de la littérature revue par les pairs portant sur l'évaluation des interventions de prévention primaire visant à réduire les comportements sexuels à risque pour les ITSS. Sont inclus des points de pratique et des études de cas décrivant les stratégies clés qui orienteront les planificateurs de programme dans l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions efficaces pour la prévention de la chlamydia.

#### Stratégies interactives

Les interventions destinées à encourager des comportements sexuels sécuritaires chez les jeunes ont eu recours à diverses stratégies interactives. Une enquête portant sur 83 programmes visant à réduire les comportements sexuels à risque chez les jeunes a révélé que plus de 90 % des interventions avaient recours à deux stratégies interactives ou plus<sup>32</sup>.

#### Point de pratique clé :

- Envisagez des interventions ayant recours à une variété de stratégies interactives pour transmettre l'information, enseigner les compétences et promouvoir le changement des comportements. Exemples : Jeux de rôle avec ou sans scripts; discussions de groupe et séances de remue-méninges pour aider les participants à surmonter les obstacles à des pratiques sexuelles plus sûres; devoirs à faire à la maison sur des sujets choisis qui comportent des discussions avec des parents ou d'autres adultes; petits groupes de travail; boîtes à questions; présentations vidéo; sketches reflétant différents problèmes de la vraie vie et présentant différentes réponses à des situations difficiles.

---

## INTERVENTION EN AMONT

**ÉTUDE DE CAS N° 1** — FOXY : Fostering Open eXpression among Youth (encourager la liberté d'expression chez les jeunes)<sup>33</sup>

### OBJECTIF DE L'INTERVENTION

Accroître les connaissances sur les déterminants de l'infection au VIH et aux autres ITSS chez les jeunes issus des communautés des Premières nations, Inuit et Métis dans le nord du Canada pour prévenir l'acquisition de nouveaux cas d'infection au VIH et aux autres ITSS.

### DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

L'intervention adopte une approche participative axée sur les arts pour accroître les connaissances en matière de santé sexuelle, l'efficacité personnelle et la prise de décisions en matière de santé sexuelle chez les jeunes femmes âgées de 13 à 17 ans dans les Territoires du Nord-Ouest. Le projet comprend des ateliers dans les écoles et une retraite destinée aux jeunes responsables du programme.

### STRATÉGIES CLÉS

Le programme améliore les compétences par l'exploration de soi, l'établissement de relations et d'exercices de renforcement de la confiance à l'aide d'ateliers artistiques ou d'expression dramatique (p. ex. cartographie corporelle, photographie, création littéraire, musique et artisanat, arts autochtones) dans les écoles et au cours d'une retraite de six jours destinée aux jeunes responsables du programme.

### RÉSULTATS

D'après les commentaires reçus par les participants et leurs parents et d'après les observations du personnel du projet, le projet a eu des effets positifs importants sur les connaissances de la population cible en matière de santé sexuelle et de VIH ou d'ITSS. Les participants ont discuté de l'importance de l'acquisition de compétences personnelles comme la communication, la connaissance de ses points forts, le respect et la confiance et le renforcement de la capacité à adopter des comportements sexuels sains, tels que savoir mettre un condom.

---

## Changement de comportement et risque d'ITSS

De nombreux facteurs accroissent la vulnérabilité d'une personne aux ITSS. Le défi de la mise sur pied d'une intervention efficace est de comprendre pourquoi certains comportements à risque surviennent et quels facteurs peuvent encourager ou décourager ces comportements<sup>34</sup>. Les interventions traitant d'un éventail de facteurs qui influent sur le comportement sexuel et qui comprennent plus d'un élément (p. ex. combiner une formation sur les compétences et des incitations à changer de comportement avec des renseignements de base sur la santé sexuelle) se sont avérées efficaces dans la réduction de comportements sexuels à risque et ont amélioré les comportements préventifs à long terme<sup>35</sup>.

### Points de pratique clés :

- Élaborez des interventions de prévention des ITSS qui ciblent les facteurs personnels, sociétaux et culturels agissant sur le comportement sexuel.
- Envisagez des interventions en petits groupes pour améliorer les changements de comportement positifs à court terme.
- Offrez aux participants des renseignements au sujet de la transmission et de la prévention des ITSS, motivez-les à adopter des comportements positifs et développez leurs compétences comportementales pour réduire les comportements sexuels à risque à long terme.

---

## PRÉVENTION PRIMAIRE

**ÉTUDE DE CAS N° 2** — HORIZONS : « Stay safe for yourself and your community » (Se protéger, pour soi et pour sa collectivité)<sup>36</sup>

### OBJECTIF DE L'INTERVENTION

Réduire les taux d'infection aux ITSS ou au VIH chez les jeunes femmes afro-américaines, réduire le nombre de comportements sexuels à risque et stimuler les comportements préventifs.

### DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

Des femmes afro-américaines âgées de 15 à 21 ans ont été recrutées dans trois cliniques de santé en matière de sexualité à Atlanta, en Géorgie. Les 715 participantes ont été réparties de façon aléatoire pour participer à l'intervention, ou à un groupe témoin. L'intervention comprenait deux séances de quatre heures en petits groupes de huit participantes en moyenne. À la fin des rencontres, des appels téléphoniques de suivi ont été faits pour consolider les compétences et les renseignements appris dans les séances en petits groupes. Les participantes ont été évaluées avant l'intervention et à des intervalles de 6 et de 12 mois après la fin de l'étude.

### STRATÉGIES CLÉS

Les rencontres comprenaient des discussions de groupe et des séances interactives visant à encourager des comportements de réduction des risques. Le contenu du programme visait également à être plus fier de son genre et de sa culture. Les femmes ont discuté des réalisations, ont lu de la poésie et ont encadré des œuvres d'art de femmes afro-américaines. En mettant l'accent sur des enjeux culturels plus généraux, un lien a été établi entre la santé sexuelle personnelle et le dynamisme et la vitalité de la collectivité. Des jeux de rôle ont permis de renforcer les comportements de prévention de la transmission du VIH, notamment d'aider les femmes à être plus à l'aise d'informer leurs partenaires de leur santé en matière d'ITSS et d'encourager ceux-ci à solliciter un dépistage.

### RÉSULTATS

Au cours de la période de suivi de 12 mois, les personnes du groupe d'intervention présentaient un taux d'infection à chlamydia plus faible et un taux d'utilisation du condom plus élevé que les personnes du groupe témoin.

---

## Interventions à long terme pour appuyer les changements de comportement durables

Les interventions à long terme sont importantes pour appuyer et encourager les changements de comportement durables, les participantes passant par différentes phases de leur vie sexuelle. Il est également important de ménager un délai avant les évaluations de suivi d'une intervention pour accorder suffisamment de temps aux participantes d'intégrer les comportements de prévention des ITSS dans leur vie<sup>37</sup>.

### Points de pratique clés :

- Favorisez les interventions à long terme pour assurer des changements de comportement durables.
  - Offrez des séances de rappel périodiques pour mettre l'accent sur les messages de prévention originaux et prolonger les bénéfices d'une intervention.
  - Intégrez un volet d'évaluation à l'ensemble des interventions et accordez du temps aux participantes pour assimiler les renseignements et mettre en œuvre des stratégies de prévention.
-

### Messages adaptés

Les messages de prévention des ITSS adaptés aux différents profils de comportement en matière de santé sont plus susceptibles d'influencer positivement les changements de comportement que les campagnes dans les médias sociaux qui reposent sur des messages génériques<sup>38</sup>.

#### Point de pratique clé :

- Adaptez les messages de prévention pour tenir compte de l'âge, de l'origine, de la culture, du genre, de l'orientation sexuelle et de la langue d'une personne.

### Interventions en ligne

Les médias en ligne ont diffusé des renseignements de prévention pour réduire les taux de personnes infectées dans certaines collectivités<sup>39</sup>. Toutefois, les résultats obtenus en utilisant plusieurs sites Web ne sont pas toujours mesurés. Les approches pour la prévention des ITSS et pour la sensibilisation par l'entremise du Web incluent l'utilisation de pages Facebook, de sites Web, de messages textes, de cartes électroniques de notification aux partenaires et la commande en ligne de trousses d'autodiagnostic. Bien que les médias sociaux permettent d'atteindre une grande proportion de la population, la manière de livrer le message et la pertinence des renseignements présentés doivent être évaluées régulièrement. Il est aussi recommandé d'aviser les utilisateurs de mises à jour du contenu pour éviter qu'ils perdent intérêt dans les sites.

#### Points de pratique clés :

- Mettez régulièrement à jour le contenu en ligne au sujet de la prévention des ITSS pour refléter les changements aux renseignements sur le dépistage, les traitements, et les ressources disponibles.
- Intégrez des messages sur un mode de vie sain aux messages de prévention des ITSS. Les messages de prévention des ITSS seuls ne suffisent pas toujours pour inciter les utilisateurs à visiter un site Web.
- Placez des liens vers les sites de renseignements de prévention sur d'autres sites traitant de la santé, en particulier des sites qui ont un attrait pour les jeunes.

### Questions liées aux interventions et à l'administration

La nature structurelle et administrative des interventions de prévention joue un rôle important dans l'efficacité d'un programme<sup>40</sup>. Une étude sur les interventions de prévention de la chlamydia en Suède a relevé que des programmes riches en ressources, collaboratifs et coordonnés étaient associés à une réduction des taux d'infection et à une augmentation des taux d'utilisation du condom<sup>41</sup>.

#### Points de pratique clés :

- Appuyez et renforcez la portée des interventions au moyen de ressources adéquates, d'un leadership solide et de partenariats de collaboration.
- Mobilisez de nombreux intervenants dans la prévention des ITSS, dont les organisations communautaires, les dirigeants communautaires, les promoteurs de la santé publique, les écoles, les organismes gouvernementaux, les organisations non gouvernementales, les chercheurs et les membres de la famille.

## 4.2 INTERVENTIONS DE PRÉVENTION SECONDAIRE VISANT À RÉDUIRE LES COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE POUR L'INFECTION À CHLAMYDIA

Cette section présente une synthèse de la littérature revue par les pairs évaluant les interventions de prévention secondaire visant à augmenter les taux de dépistage de la chlamydia et met l'accent sur les interventions menées dans un cadre non clinique.

### Attitudes à l'égard du dépistage de la chlamydia

Des études sur les attitudes et les perceptions des jeunes envers les tests de dépistage de la chlamydia montrent que l'expérience du dépistage ou du diagnostic des ITSS entraîne de la honte et de la gêne chez les jeunes<sup>42</sup>.

#### Points de pratique clés :

- Remettez en question la stigmatisation sociale et les croyances populaires qui suscitent des sentiments de honte et de gêne liés aux ITSS et à leur dépistage.
- Mettez l'accent sur la prévention et le dépistage des ITSS en tant qu'élément clé d'un mode de vie sain pour que les personnes concernées ne se sentent pas jugées par leurs pairs, leur famille et les professionnels de la santé lorsqu'ils subissent un test de dépistage.

### Obstacles au dépistage

Les obstacles au dépistage de la chlamydia peuvent être liés à des facteurs physiques, comme les problèmes liés à l'accessibilité et à la commodité, ainsi qu'à des facteurs psychologiques, comme les problèmes liés aux perceptions négatives et aux sentiments de crainte, de honte et de gêne<sup>43</sup>. Les jeunes femmes sont plus susceptibles de subir un test de dépistage de la chlamydia si elles ont une attitude positive envers les services liés aux ITSS, sont moins préoccupées par la divulgation de leur activité sexuelle, ont plus de connaissances sur les ITSS et sont conscientes du risque d'infection<sup>44</sup>.

#### Point de pratique clé :

- Fournissez aux jeunes femmes des renseignements sur le dépistage de la chlamydia, dissipez les mythes associés aux ITSS et répondez à leurs préoccupations en matière de confidentialité.

### Évaluation du risque

L'évaluation du risque, c'est-à-dire la perception du risque et de la gravité des issues possibles, est clairement associée à l'intention de subir un test de dépistage et à l'adoption de comportements préventifs. Les jeunes ont souvent tendance à sous-estimer leur risque personnel d'infection à chlamydia et la gravité des conséquences qui découlent d'une infection<sup>45</sup>. Les personnes qui se préoccupent des résultats négatifs d'un état pathologique (p. ex. une infection à chlamydia) accorderont plus d'attention aux interventions. Toutefois, s'ils ne perçoivent pas de risque pour leur santé personnelle, les tentatives visant à promouvoir des comportements préventifs et à augmenter le nombre de tests de dépistage dans la population seront moins efficaces<sup>46</sup>. En outre, de nombreux jeunes ne savent pas que la chlamydia ne présente souvent aucun symptôme. C'est là un point clé à aborder, car la perception du risque est souvent associée à des symptômes physiques évidents de l'infection. Aussi, les jeunes adultes formulent souvent des hypothèses quant à l'état de santé de leurs partenaires d'après l'apparence physique et la réputation de ces derniers.

#### Points de pratique clés :

- Abordez les questions de la sensibilisation et de la perception du risque personnel pour engendrer des effets positifs sur le comportement préventif, dont le dépistage des ITSS.
- Fournissez des renseignements sur les ITSS et les facteurs de risque d'infection qui permettent à chacun de se faire une idée réaliste des risques qu'il court personnellement de contracter la chlamydia.

### Crainte et anxiété

Lorsqu'une intervention met trop l'accent sur les conséquences négatives, certaines personnes peuvent vouloir éviter le dépistage, par crainte et par anxiété<sup>47</sup>. Des études sur les attitudes et les perceptions des jeunes adultes envers la chlamydia ont permis d'établir que les campagnes de prévention qui génèrent de la crainte et de l'anxiété peuvent décourager les jeunes plutôt que de les encourager à prendre le contrôle de leur santé sexuelle et à adopter des stratégies de prévention pour éviter d'être infectés<sup>48</sup>.

#### Points de pratique clés :

- Ayez recours à des messages positifs (plutôt qu'axés sur la crainte) afin d'encourager le dépistage des ITSS et de promouvoir des comportements préventifs.
- Faites la promotion des stratégies de prévention qui renforcent les compétences de prise de décision ainsi que celles qui favorisent des compétences d'adaptation personnelles positives.

### Messages positifs liés au dépistage

Des présentations vidéo et des affiches ont été utilisées pour engendrer davantage d'attitudes positives et contrer les attitudes négatives à l'égard du dépistage de la chlamydia<sup>49</sup>. Les messages positifs dépeignent le dépistage comme faisant partie intégrante d'un mode de vie sain pour tous les adultes sexuellement actifs, peu importe leur âge, leur sexe, leur orientation sexuelle ou leur origine ethnique.

#### Point de pratique clé :

- Favorisez les messages de prévention qui font la promotion du dépistage de la chlamydia comme faisant partie intégrante d'un mode de vie responsable et sexuellement sain pour tous les adultes.

---

## PRÉVENTION SECONDAIRE

### ÉTUDE DE CAS N° 3 — Se faire tester. Pourquoi pas?<sup>50</sup>

#### OBJECTIF DE L'INTERVENTION

Améliorer l'accès aux tests de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée chez les jeunes dans la région d'Ottawa. Accroître la sensibilisation aux facteurs de risque personnels de l'infection et fournir des renseignements de base sur les ITSS.

#### DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

*Se faire tester. Pourquoi pas?* est une campagne bilingue sur Internet mise sur pied par Santé publique Ottawa afin d'encourager le dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée chez tous les jeunes d'Ottawa âgés de 15 à 29 ans. Le site Web *Se faire tester. Pourquoi pas?* fournit des informations sur la chlamydia et la gonorrhée, sur où et comment subir un test de dépistage ainsi que des renseignements de base sur la sexualité et la reproduction.

#### STRATÉGIES CLÉS

Les jeunes de la région d'Ottawa ont participé à des groupes de discussion pour aider à déterminer les enjeux et les stratégies à inclure dans la campagne. Les jeunes ont recommandé que le site soit annoncé sur Facebook, sur des affiches, des panneaux d'affichage et dans des publicités dans les journaux et sur les autobus. Le site comprend des formulaires téléchargeables de tests de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée par l'urine qui peuvent être déposés dans les laboratoires participants indiqués sur le site Web. Il existe également une fonction de messagerie par messages textes, *Get Texted*, qui permet d'accéder 24 heures sur 24 à des renseignements sur les services de santé sexuelle offerts dans la collectivité ainsi qu'à des renseignements d'ordre général sur la santé sexuelle.

#### RÉSULTATS

La campagne a amélioré l'accès au dépistage dans la région d'Ottawa. Au cours de la première année de fonctionnement (de mars 2011 à mars 2012), le site a cumulé plus de 13 000 visites. En tout, 104 demandes de tests de dépistage ont été soumises et quatre d'entre elles se sont conclues par des résultats positifs de chlamydia asymptomatique.

---

## Interventions communautaires

Le dépistage de la chlamydia a été offert dans divers milieux tels que des centres communautaires, des plages, des palais de justice, dans la rue ainsi que lors d'événements sportifs et culturels. Le taux de participation élevé au sein de la collectivité et les milieux sociaux semble indiquer que les gens se sentent plus à l'aise dans un environnement qui encourage ouvertement les tests de dépistage et dans lequel d'autres personnes subissent également des tests de dépistage. Des études ont également validé l'efficacité d'incitatifs monétaires et d'autres mesures incitatives (p. ex. bons alimentaires, préservatifs, billets de cinéma, argent comptant) pour augmenter les taux de dépistage<sup>51</sup>.

### Points de pratique clés :

- Offrez des programmes d'intervention communautaire de dépistage de la chlamydia dans divers milieux.
  - Envisagez le recours à des incitatifs pour accroître les taux de dépistage.
-

## CONCLUSION

Au Canada, la chlamydia est l'ITSS la plus couramment signalée. Les taux signalés de chlamydia continuent d'augmenter chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, particulièrement chez les femmes. Une infection à chlamydia non traitée peut entraîner de nombreux effets négatifs sur la santé.

Il existe un certain nombre de facteurs aux niveaux individuel, micro (relationnel), méso (collectivité) et macro (structurel) qui influent sur la vulnérabilité et la résilience à l'égard des ITSS, y compris la chlamydia. La recherche documentaire a mis en évidence un certain nombre d'approches efficaces pour la conception et la mise en œuvre d'interventions de prévention des ITSS et de la chlamydia. Certains éléments du modèle Information, motivation et habiletés comportementales (IMHC) peuvent être appliqués à la mise en œuvre de programmes de prévention de la chlamydia chez les jeunes femmes. Une approche globale à la prévention de la chlamydia comprend une combinaison des interventions de prévention en amont, primaire et secondaire. Le recours systématique aux connaissances et une évaluation rigoureuse des programmes sont également importants afin de reconnaître les lacunes dans les connaissances et les communiquer aux chercheurs, ainsi que pour orienter les cycles d'élaboration de programmes futurs et, ce faisant, améliorer les résultats en matière de santé publique.

## NOTES DE FIN DE DOCUMENT

- (1) Agence de la santé publique du Canada. 2010. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Infections à *Chlamydia*. Accès : [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-2-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-2-fra.php)
- (2) Ibid.
- (3) Sheth, P., Thorndycraft, B. 2009. Les infections transmissibles sexuellement et la transmission du VIH. CATIE. Accès : [www.catie.ca/fr/feuilletts-info/epidemiologie/les-infections-transmissibles-sexuellement-transmission-vih](http://www.catie.ca/fr/feuilletts-info/epidemiologie/les-infections-transmissibles-sexuellement-transmission-vih)
- (4) Agence de la santé publique du Canada, 2010.
- (5) Ibid.
- (6) Agence de la santé publique du Canada. 2014a. Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2011. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
- (7) Ibid.
- (8) Dean, H.D., Fenton, K.A. 2010. Addressing social determinants of health in the prevention and control of HIV/AIDS, viral hepatitis, sexually transmitted infections, and tuberculosis. *Public Health Reports*, 125(S4), 1-5.
- (9) Buffardi, A.L., Thomas, K.K., Holmes, K.K., Manhart, L.E. 2008. Moving upstream: ecosocial and psychosocial correlates of sexually transmitted infections among young adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 98(6), 1128-1136.
- (10) Agence de la santé publique du Canada. 2012b. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Femmes.
- (11) Coalition interagence sida et développement. 2006. VIH/sida et genre sexuel. Accès : [www.icad-cisd.com/pdf/Gender\\_Issues\\_FR\\_FINAL.pdf](http://www.icad-cisd.com/pdf/Gender_Issues_FR_FINAL.pdf); Agence de la santé publique du Canada, 2012b.
- (12) Agence de la santé publique du Canada, 2012b.
- (13) Ibid.
- (14) Hope, T., Trull, A., McCoombe, S., McRaven, M., Veazey, R.S. 2008. Analysis of the interaction of HIV with female genital tract tissue as a model to understand sexual transmission. Presented at the 48<sup>th</sup> Annual Meeting of the American Society of Cell Biology [Dec 13-17], San Francisco, USA; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). 2012. Fact sheet: *Adolescents, young people and HIV*. Accès : [www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2012/20120417\\_FS\\_adolescentsyoungpeoplehiv\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2012/20120417_FS_adolescentsyoungpeoplehiv_en.pdf)
- (15) McCree, D.H., Rompalo, A. 2007. Biological and behavioural risk factors associated with STDs/HIV in women: implications for behavioural interventions. In: Aral, S.O., Douglas, J.M., Lipshutz, J.A. (Eds). 2007. *Behavioural Interventions for Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases* (p. 310-324). New York, NY: Springer.
- (16) Ibid.

- (17) Senn, T.E., Carey, M.P., Vanable, P.A. 2008. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 711-735.
- (18) Gardezi, F., Calzavara, L., Husbands, W., Tharao, W., Lawson, E., Myers, T., et al. 2008. Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Canada. *AIDS Care*, 20(6),718-25; Martin Spigelman Research Associates. 2002. HIV/AIDS and health determinants: Lessons for coordinating policy and action; Agence de la santé publique du Canada, 2012b.
- (19) Walton, G., Co, S.J., Milloy, M.J., Qi, J., Kerr, T., Wood, E. 2011. High prevalence of childhood emotional, physical and sexual trauma among a Canadian cohort of HIV-seropositive illicit drug users. *AIDS Care*, 23(6):714-21.
- (20) Agence de la santé publique du Canada, 2012b; Agence de la santé publique du Canada. 2014b. Questions et réponses : pratiques d'inclusion dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les minorités ethnoculturelles. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections.
- (21) Ship, S.J., Norton, L. 2002. HIV/AIDS and Aboriginal women in Canada. In: Amaratunga, C., and Gahagan, J. (Eds). *Striking to the Heart of the Matter: Selected Readings on Gender and HIV*. Halifax: Atlantic Centre of Excellence for Women's Health.
- (22) Varcoe, C., Dick, S. 2008. The Intersecting Risks of Violence and HIV for Rural Aboriginal Women in a Neo-Colonial Canadian Context. *Journal of Aboriginal Health*, 4(1).
- (23) Maticka-Tyndale, E., Shirpak, K.R., Chinichian, M. 2007. Providing for the sexual health needs of Canadian immigrants: The experience of immigrants from Iran. *Canadian Journal of Public Health* 98:183-186.
- (24) Prentice, T. 2004. *HIV Prevention: Messages for Canadian Aboriginal Youth*. Ottawa, Ontario: Canadian Aboriginal AIDS Network.
- (25) Harling, G., Subramanian, S., Barnighausen, T., Kawachi, I. 2013. Socioeconomic disparities in sexually transmitted infections among young adults in the United States: examining the interaction between income and race/ethnicity. *Sexually Transmitted Diseases*, 40(7), 575-581; Leichter, J.S., Chandra, A., Aral, S.O. 2013. Correlates of self-reported pelvic inflammatory disease treatment in sexually experienced reproductive-aged women in the United States, 1995 and 2006-2010. *Sexually Transmitted Diseases*, 40(5), 413-418; Newbern, E.C., Miller, W.C., Schoenbach, V.J., Kaufman, J.S. 2004. Socioeconomic status and self-reported sexually transmitted diseases among black and white American adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 31, 533-541.
- (26) Buffardi, et al. 2008, D.J., Craig, S.L., Thompson, D.E. 2012. Factors associated with a drive for muscularity among gay and bisexual men. *Culture, Health and Society*, 14(1), 1-15; Brennan, D.J., Souleymanov, R., Asakura, K., membres de l'équipe de chercheurs de l'Imagine Men's Health Study. 2013. *Body Image, Racism, and Well-being among Gay and Bisexual Men of Colour in Toronto: A Report of the Imagine Men's Health Study*.
- (27) Shannon, K., Kerr, T., Allinott, A., Chettiar, J., Shoveller, J., Tyndall, M.W. 2008. Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Social Science and Medicine*, 66, 911-921.

- (28) Anderson, E.S., Wagstaff, D.A., Heckman, T.G., Winett, R.A., Roffman, R.A., Solomon, L.J., *et al.* 2006. Information- motivation-behavioural skills (IMB) model: testing direct and mediated treatment effects on condom use among women in low-income housing. *Annals of Behavioural Medicine*, 31(1), 70-79; Belcher, L., Kalichman, S., Topping, M., Smith, S., Emshoff, J., Norris, F., *et al.* 1998. A randomized trial of a brief HIV risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 856-861; Fisher, J.D., Fisher, W.A., Bryan, A.D., Misovich, S.J. 2002. Information- motivation-behavioural skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21, 177-186; Jaworski, B.C., Carey, M.P. 2001. Effects of a brief, theory-based STD prevention program for female college students. *Journal of Adolescent Health*, 29(6), 417-425; Kalichman, S.C., Cain, D., Weinhardt, L., Benotsch, E., Presser, K., Zweben, A., *et al.* 2005. Experimental components analysis of brief theory-based HIV/AIDS risk-reduction counseling for sexually transmitted infection patients. *Health Psychology*, 24(2), 198-208; Kiene, S.M., Barta, W.D. 2006. A brief individualized computer delivered sexual risk reduction intervention increases HIV/AIDS preventive behavior. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), 404-410.
- (29) Agence de la santé publique du Canada. 2008. Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle (3<sup>e</sup> éd.).
- (30) Ibid.
- (31) Ibid.
- (32) Kirby, D., Laris, B., Rolleri, L. 2006. Sex and HIV education programs for youth: Their impact and important characteristics. Scotts Valley, CA: ETR Associates.
- (33) Dutton, J. 2014. FOXY: Fostering Open eXpression among Youth, Promoting Sexual Health and Healthy Relationships through Youth-led Arts Programming. Annual Evaluation Report, March 31, 2014.
- (34) DiClemente, R., Salazar, L., Crosby, R. 2007. A review of STD/HIV preventive interventions for adolescents: Sustaining effects using an ecological approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 888-906.
- (35) Agence de la santé publique du Canada, 2008; Shepherd, J.P., Frampton, G.K., Harris, P. 2011. Interventions for encouraging sexual behaviours intended to prevent cervical cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Art. No. CD001035.
- (36) DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Harrington, K.F., Lang, D.L., Davies, S.L., Hook, E.W., *et al.* 2004. Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls. *Journal of the American Medical Association*, 292, 171-9; DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Rose, E.S., Sales, J.M., Lang, D.L., Caliendo, A.M., *et al.* 2009. Efficacy of sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus sexual risk-reduction intervention for African American adolescent females seeking sexual health services: a randomized control trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163, 1112-21.
- (37) Shepherd, *et al.* 2011.
- (38) Kreuter, M., Wray, R. 2003. Tailored and targeted health communication: Strategies for enhancing information relevance. *American Journal of Health Behavior*, 27, S227-232; McGladrey, M., Noar, S., Crosby, R., Young, A., Webb, E. 2012. Creating Project CREATE: Lessons learned and best practices for developing web-based resources for public health practitioners. *American Journal of Health Education*, 43, 341-343; Noar, S. 2006. A 10-Year Retrospective of Research in Health Mass Media Campaigns: Where Do We Go From Here? *Journal of Health Communication*, 11, 21-42.

- (39) Jones, K., Baldwin, K., Lewis, P. 2013. The potential influence of a social media intervention on risky sexual behavior and chlamydia incidence. *Journal of Community Health Nursing*, 29, 106-120.
- (40) Deogan, C., Moberg, C., Lindberg, L., Monsdotter, A. 2013. Chlamydia prevention in Sweden—A case study of potential key factors in successful response. *Open Journal of Preventive Medicine*, 3(1), 64.
- (41) Ibid.
- (42) de Visser, R.O., O’Neill, N. 2013. Identifying and understanding barriers to sexually transmissible infection testing among young people. *Sexual Health*, 10(6), 553-558; Pavlin, N.L., Gunn, J.M., Parker, R., Fairley, C.K., Hocking, J. 2006. Implementing chlamydia screening: What do women think? A systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 6, 221.
- (43) Booth, A.R., Harris, P.R., Goyer, E., Norman, P. 2013. Beliefs about chlamydia testing amongst young people living in relatively deprived areas. *Journal of Public Health*, 35(2), 213; Pavlin *et al.* 2006; Richardson, D., Maple, K., Perry, N., Ambler, E., Jurd, C., Fisher, M. 2010. A pilot qualitative analysis of the psychosocial factors which drive young people to decline chlamydia testing in the U.K.: implications for health promotion and screening. *International Journal of STD and AIDS*, 21(3), 187.
- (44) de Visser, *et al.* 2013.
- (45) Newby, K., French, D., Brown, K., Wallace, L. 2013. Beliefs underlying chlamydia risk appraisals: the relationship with young adults’ intention to use condoms. *Journal of Risk Research*, 16, 843-860; Newby, K., Wallace, L., French, S. 2012. How do young adults perceive the risk of chlamydia infection? A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 17, 144-154.
- (46) Norton, W., Fisher, J., Amico, K., Dovidio, J., Johnson, B. 2012. Relative efficacy of a pregnancy, sexually transmitted infection, or human immunodeficiency virus prevention-focused intervention on changing sexual risk behavior among young adults. *Journal of American College Health*, 60, 574-582; Rietmeijer, C., McFarlane, M. 2013. Electronic media and STI prevention. *In* Aral, S., Fenton, K., Lipshutz, J. (Eds.), *The New Public Health and STD/HIV Prevention: Personal, Public and Health Systems Approaches* (pp.165-175). New York: Springer Science & Business Media.
- (47) Richardson, *et al.* 2010.
- (48) Booth, *et al.* 2013; Pavlin, *et al.* 2006; Richardson, *et al.* 2010.
- (49) Booth, *et al.* 2013.
- (50) Mann, T., Uddin, Z., Hendriks, A., Bouchard, C., Etches, V. 2013. Get tested why not? A novel approach to internet-based chlamydia and gonorrhoea testing in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 104, e205-e209.
- (51) Hengel, B., Jamil, M.S., Mein, J.K., Maher, L., Kaldor, J.M., Guy, R.J. 2013. Outreach for chlamydia and gonorrhoea screening: a systematic review of strategies and outcomes. *BMC Public Health*, 13, 1040.