

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Clémentine VIEBAN

Le 24 septembre 2019

FREINS ET LEVIERS A L'USAGE DU PRESERVATIF : REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE

Directrice de thèse : Dr Nathalie BOUSSIER

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Madame le Docteur Anne FREYENS

Assesseur

Madame le Docteur Nathalie BOUSSIER

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie	P.U. Médecine générale	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

Remerciements au jury

À Monsieur le **Professeur Pierre MESTHE**

Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre bienveillance et l'attention que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et mon profond respect.

À Monsieur le **Professeur Jean-Christophe POUTRAIN**

Professeur des Universités de Médecine Générale

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Vous avez accepté avec bienveillance de juger à nouveau l'un de mes travaux. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

À Madame le **Docteur Anne FREYENS**

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Vous avoir de nouveau au sein du jury est un honneur. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le **Docteur Nathalie BOUSSIER**

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Tu as été un soutien et une aide précieuse. Merci pour ta bienveillance et ta gentillesse.

Remerciements personnels

Ce travail clôture dix ans d'études à la faculté de médecine Toulouse Rangueil. Elles ont été un long voyage initiatique, au cœur des corps et des âmes. Si ce voyage a été souvent difficile, il est resté passionnant, enrichissant, rempli de rencontres magnifiques qui m'ont changée à jamais. Je sais que mon apprentissage ne fait que commencer et que la médecine est un art complexe et vaste dont on ne maîtrise jamais l'intégralité.

Je tiens à remercier ici tous ceux qui ont contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

À ma famille et à celui qui partage ma vie, pour leur immense amour et leur soutien sans faille.

À mes amis, pour leur confiance et leur bienveillance.

À tous mes maîtres : celles et ceux qui m'ont soutenue, qui m'ont enrichie de leurs connaissances, qui m'ont communiqué leur passion, qui m'ont réconciliée avec mon métier dans les moments sombres, qui m'ont donné confiance.

MERCI

Table des matières

Liste des tableaux et des figures	
Liste des abréviations	
Introduction	1
Objectif principal de l'étude	3
Matériel et Méthodes	4
Stratégie de recherche	4
Critères de sélection : inclusion et exclusion	7
Critères d'inclusion :	7
Critères d'exclusion :	7
Sélection des articles	8
Évaluation de la qualité des études et extraction des données	8
Résultats	9
Sélection des articles	9
Articles inclus dans la revue et principaux résultats	10
Les Freins	10
Barrières pratiques	10
Barrières de jugement : altération de la volonté	11
Barrières physiques	13
Barrières interactionnelles	14
Minimisation du risque	18
Barrières individuelles	21
Les Leviers	23
Prévention contre le VIH et les autres IST	23
Prévention des grossesses non programmées	24
Avoir eu une mauvaise expérience personnelle	24
Amélioration de la probabilité et de la qualité du rapport sexuel	25
Caractéristiques individuelles	25
Exigence du partenaire	26
Mode de rencontre propice à l'utilisation du préservatif	26
Influence des proches	27
Moment approprié pour discuter du préservatif	27
Alternative à la divulgation	27
Influence de l'éducation	28

Discussion.....	29
Discussion des résultats	29
Synthèse des résultats.....	29
Freins.....	29
Leviers.....	32
Cohérence externe.....	33
Stratégie de recherche concernant la cohérence externe et résultats.....	33
Différences et apports originaux de notre étude.....	34
Forces et faiblesses de l'étude	35
Forces de l'étude	35
Validité Interne : limites et biais	36
Validité Externe : généralisation des résultats	39
Perspectives de recherche	41
Conclusion.....	42
Références bibliographiques.....	43
Annexes	51
Annexe 1 : Tableau des articles exclus	51
Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats	54
Annexe 3 : Grille COREQ	90
Annexe 4 : Méthodologie de la cohérence externe.....	96
Résumé	

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 : Bases de données et équations de recherche

Figure 1 : Diagramme de flux et de sélection des articles

Liste des abréviations

BDSP : Banque de Données de Santé Publique

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitive research

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

HAS : Haute Autorité de Santé

IDH : Indice de Développement Humain

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruptions Volontaires de Grossesse

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses

SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont devenues un enjeu majeur de santé publique en France. Les huit infections sexuellement transmissibles particulièrement ciblées par la Haute Autorité de Santé (HAS) du fait de leur fréquence et de leur gravité sont : le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), le virus de l'herpès simplex (HSV-2), le papillomavirus (HPV), l'hépatite B (VHB), la syphilis, la chlamydia, la gonorrhée et le Trichomonas (1). Suite aux campagnes de prévention du VIH/sida dans les années 1980 et au début des années 1990, l'incidence des IST d'origine bactérienne avait chuté dans plusieurs pays d'Europe de l'Ouest, dont la France. La fin des années 1990 et le début des années 2000 ont vu une recrudescence des IST, en lien avec une baisse de l'utilisation des moyens de prévention. Cette recrudescence a continué ces dix dernières années.

Le nombre d'infections détectées à Chlamydia Trachomatis a été estimé à 267 097 en 2016 et continue d'augmenter en 2017 (+ 9% chez les femmes et + 29% chez les hommes entre 2015 et 2017). En 2017, 60% des cas concernent des femmes. Les jeunes femmes sont les plus touchées (2–4) et 60 à 70% d'entre elles sont asymptomatiques. L'évolution peut se faire vers une salpingite, avec le risque de douleurs pelviennes chroniques, de stérilité, de grossesse extra-utérine et l'atteinte du nouveau-né si la mère est infectée. De fait, la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes de 15 à 25 ans sexuellement actives (5). Les risques de complications concernent surtout les femmes, mais les hommes peuvent également être touchés (épididymite, prostatite) et peuvent transmettre les chlamydiae à leur partenaire. La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est une autre forme de la maladie. Le nombre de LGV rectales a augmenté de 47% et celui des infections rectales à Chlamydia non-L de 92% entre 2013 et 2015 (6).

Le nombre de cas d'infection à gonocoque en 2016 a été estimé à 49 628 et continue d'augmenter (+ 71%) entre 2015 et 2017. Les hommes sont les plus touchés et la classe d'âge la plus concernée par cette IST est celle des 15-24 ans (2). En 2015, les classes d'âges les plus touchées étaient les 20-29 ans chez les femmes (57%) et les 20-39 chez les hommes (76%) (6). Chez la femme, on estime qu'environ 70 % des cas sont asymptomatiques. L'évolution peut se faire vers une bartholinite, une salpingite compliquée éventuellement d'une stérilité tubaire et d'un risque de grossesse extra-utérine (7).

Le nombre de diagnostic de syphilis en 2016 s'élève à 14 361. Le nombre de syphilis précoces a augmenté entre 2013 et 2015 (+ 56% chez les HSH, et + 85% chez les femmes et + 75% chez les hommes hétérosexuels) puis s'est stabilisé entre 2015 et 2017 (2,6).

En 2017, 1750 diagnostics de syphilis récente ont été déclarés via le réseau Résist (8). La syphilis peut provoquer des complications graves si elle n'est pas traitée, comme une atteinte neurologique, cardiaque, artérielle, oculaire et une atteinte du nouveau-né si la mère est infectée.

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est stable entre 2010 et 2017. Environ 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité en 2017 (9).

Le gouvernement a émis une feuille de route 2018-2020 de la stratégie nationale de santé sexuelle. L'une des ambitions à l'horizon 2030 est l'élimination des épidémies d'IST en tant que problème majeur de santé publique (10). Les préservatifs servent à la fois de contraception et de protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Si la meilleure défense contre les IST reste à ce jour le préservatif (11-13), son utilisation serait en perte de vitesse chez les principaux utilisateurs (14). L'enquête en ligne du 11 avril au 12 mai 2019 de la mutuelle Heyme sur la santé des 16-28 ans, révèle en effet que seulement 44 % d'entre eux utilisent un préservatif à chaque rapport sexuel. Pour les 57 % qui ont déjà oublié le préservatif lors d'un rapport, 18 % avançaient qu'ils n'en avaient pas, 16 % n'en avaient pas envie et 15 % l'ont oublié dans le feu de l'action (15).

Le risque de grossesse non programmée ne diminue pas en France sur ces 15 dernières années : l'indice conjoncturel d'avortement demeure globalement stable depuis 1990. On estime qu'en 2017, 216 700 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. Le taux de recours s'élève à 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Métropole et à 26,1 dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM). Les jeunes femmes (20 à 24 ans) restent les plus concernées, avec un taux de 26,7 IVG pour 1 000 femmes pour la France entière, suivie de près par les 25-39 ans chez qui le taux augmente (plus de 25%) (16).

Des interventions sont nécessaires pour promouvoir les rapports sexuels protégés. Une connaissance approfondie des comportements sexuels est essentielle. Elle permet une prévention ciblée adaptée à la population concernée.

Le rôle du médecin généraliste en matière de prévention est fondamental (17). Du fait de sa position privilégiée d'acteur en soins premiers, il a un rôle clé dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des IST. De plus, l'évolution de la démographie médicale actuelle tend vers un manque de plus en plus prégnant de gynécologues médicaux (18,19). Cela fait du

médecin généraliste un interlocuteur de plus en plus sollicité pour ces motifs de consultation (20).

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en sélectionnant les études qualitatives cherchant à déterminer les freins et les leviers à l'usage du préservatif chez des adultes jeunes afin de réaliser une synthèse des résultats obtenus. Cette recherche a été précédée d'une revue narrative de la littérature, ayant le même objectif et menée par le même chercheur principal (CV). La revue systématique présentée ici a été réalisée afin d'obtenir une recherche complète incluant toutes les études disponibles pour en réaliser une synthèse thématique. Un examen systématique de la littérature permet d'identifier les thèmes clés, d'informer les décideurs politiques en charge de l'élaboration de programmes de santé sexuelle et d'orienter les recherches futures.

Objectif principal de l'étude

Déterminer les freins et les leviers à l'usage du préservatif lors d'un rapport sexuel occasionnel chez les adultes âgés de 19 à 30 ans issus de la population générale.

Matériel et Méthodes

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature selon les critères édités par les recommandations internationales PRISMA (21) d'avril 2019 à mai 2019.

La sélection des articles a été réalisée par deux chercheurs.

Stratégie de recherche

Nous avons interrogé les bases de données suivantes : PubMed, BDSP, SUDOC, EM Premium et Google Scholar.

L'équation de recherche devait permettre de sélectionner des articles permettant de répondre à la question : « quels sont les freins et les leviers à l'usage du préservatif lors d'un rapport sexuel occasionnel chez les adultes âgés de 19 à 30 ans issus de la population générale ? »

Dans la base de données PubMed, cette équation de recherche a été réalisée à partir de termes anglais tirés du thésaurus MeSH.

L'équation de recherche a été divisée en quatre thèmes : le préservatif, l'adulte de 19 à 30 ans (en population générale, occidentale), la recherche qualitative et les freins et leviers à son usage.

Pour le préservatif, nous avons retenu le terme anglais : « Condoms » (Condoms/utilization). Pour les adultes de 19 à 30 ans, nous avons retenu les termes anglais : « Adult », « Young Adult ».

Pour la recherche qualitative, nous avons retenu les termes anglais : « Qualitative Research » et « Focus Groups ».

Pour les freins et les leviers à son utilisation, nous avons retenu les termes anglais : « Safe Sex » et « Unsafe Sex ».

Définition MeSH des descripteurs :

- « Condoms »: A sheath that is worn over the penis during sexual behavior in order to prevent pregnancy or spread of sexually transmitted disease.
- « Adult »: A person having attained full growth or maturity. Adults are of 19 through 44 years of age.
- « Young Adult »: A person between 19 and 24 years of age.

- « Qualitative Research »: Any type of research that employs nonnumeric information to explore individual or group characteristics, producing findings not arrived at by statistical procedures or other quantitative means.
- « Focus Groups »: A method of data collection and a QUALITATIVE RESEARCH tool in which a small group of individuals are brought together and allowed to interact in a discussion of their opinions about topics, issues, or questions.
- « Unsafe Sex »: Sexual behaviors which are high-risk for contracting SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES or for producing PREGNANCY.
- « Safe Sex »: Sexual behavior that prevents or reduces the spread of SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES or PREGNANCY.

Termes selon le thesaurus BDPS :

- Préservatif, préservatif masculin, (employés pour Condom)
- Adulte, Jeune adulte
- Enquête qualitative (employé pour Méthode qualitative), Spécifiques : focus group
- Utilisation, Représentation (employé pour Image), Conduite préventive, Comportement santé, Attitude.

Pour ne pas exclure des articles à cause de critères de recherche trop restreints, nous avons fait la recherche bibliographique à partir d'équations de recherche larges, et nous avons traité les résultats à la lecture des titres.

Le tableau 1 montre les équations de recherche utilisées en fonction de la base de données interrogée.

Tableau 1 : Bases de données et équations de recherche

Base de données	Équations de recherche ayant donné des résultats
BDSP	<ol style="list-style-type: none"> 1. « préservatif » AND « enquête qualitative » 2. « préservatif » AND « focus group » 3. « préservatif » AND « jeune adulte » AND « utilisation » 4. « préservatif » AND « adulte » AND « utilisation » 5. « préservatif » AND « jeune adulte » AND « représentation » 6. « préservatif » AND « adulte » AND « représentation » 7. « préservatif » AND « jeune adulte » AND « comportement santé » 8. « préservatif » AND « adulte » AND « comportement santé » 9. « préservatif » AND « jeune adulte » AND « attitude » 10. « préservatif » AND « adulte » AND « attitude » <p><i>Filtre commun à toutes les recherches : date d'édition depuis 2010 jusqu'à 2018</i></p>
SUDOC	<ol style="list-style-type: none"> 1. «préservatif» <p><i>Filtre commun à toutes les recherches : année de publication : 2010-2018</i></p>
PubMed	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Qualitative Research"[Mesh] AND "Condoms"[Mesh] 2. "Focus Groups"[Mesh]) AND "Condoms"[Mesh] 3. "Focus Groups"[Mesh]) AND "Safe Sex"[Mesh] 4. "Focus Groups"[Mesh]) AND "Unsafe Sex"[Mesh] 5. "Qualitative Research"[Mesh]) AND "Safe Sex"[Mesh] 6. "Qualitative Research"[Mesh]) AND "Unsafe Sex"[Mesh] <p><i>Filtres communs à toutes les recherches : ("2010/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR French[lang])</i></p>
EM Premium	<ol style="list-style-type: none"> 1. «préservatif» AND «qualitati*» 2. «préservatif» AND «focus group» 3. «rapport sexuel protégé» AND «focus group» 4. «rapport sexuel non protégé» AND «focus group» 5. «rapport sexuel protégé» AND «qualitati*» 6. «rapport sexuel non protégé» AND «qualitati*» <p><i>Affinage : période de publication : depuis 2010, pertinence > 65%</i></p>
Google Scholar	<ol style="list-style-type: none"> 1. [Titre] « usage » AND « préservatif » 2. [Titre] « utilisation » AND « préservatif » 3. [Titre] « représentation » AND « préservatif » 4. [Titre] « attitude » AND « préservatif » 5. [Titre] « condoms » AND « utilization » 6. [Titre] « condom » AND « utilization » 7. [Titre] « condom » AND « "qualitative research" » 8. [Titre] « "qualitative research" » AND « "safe sex" » <p><i>Filtre : articles datés de 2010 à 2019</i></p>

Critères de sélection : inclusion et exclusion

Critères d'inclusion :

Les articles inclus devaient être rédigés en français ou en anglais.

Les articles sélectionnés devaient être des études qualitatives ou mixtes.

Les lieux d'étude étaient limités aux pays développés, selon la définition du Programme des Nations-Unies pour le Développement (PNUD) : pays ayant un indice de développement humain (IDH) supérieur ou égal à 0,8, c'est-à-dire très élevé (comme la France), dont la liste figure dans le dernier rapport publié le 14 septembre 2018 (données 2017) (22).

La population étudiée devait comprendre des adultes âgés de 19 à 30 ans, issus de la population générale ou de minorités.

Un des objectifs de l'étude devait être de déterminer les freins et les leviers à l'usage du préservatif dans cette population.

La date de publication devait être comprise entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 mars 2019.

La date de recueil des données devait être postérieure au 1^{er} janvier 2008.

Critères d'exclusion :

Les études étaient exclues si :

- La population était inappropriée (restreinte aux travailleurs du sexe, à une population carcérale ou aux sans-abris).
- Le ou les objectif(s) étai(en)t inadapté(s).
- La totalité du texte n'a pu être récupérée au 31 mai 2019.
- Le type d'étude réalisé n'était pas précisé.
- Le plan ne répondait pas aux critères IMRAD.

Sélection des articles

La sélection des articles a été faite en plusieurs étapes successives selon l'ordre chronologique décrit ci-dessous.

- Suppression des doublons.
- Analyse du titre de l'article après exclusion des articles rédigés dans une autre langue que l'anglais ou le français : si les informations apportées permettaient clairement de penser que l'article ne répondait pas à la question de recherche, celui-ci était exclu.
- Analyse du résumé de l'article : inclusion des articles les plus pertinents pour répondre à la question de recherche.
- Lecture de l'intégralité des articles retenus : confrontation avec la totalité des critères d'inclusion et d'exclusion cités au paragraphe précédent.

A chaque étape, nous avons réalisé une mise en commun et une confrontation des résultats de chaque chercheur.

Évaluation de la qualité des études et extraction des données

Pour chaque article sélectionné, le chercheur principal a procédé à une évaluation méthodologique adaptée au type d'étude : pour ces études qualitatives, nous avons utilisé la grille de lecture COREQ (23) pour la qualité du rapport (transparence).

Concernant l'extraction des données, le chercheur principal a utilisé une méthode d'analyse thématique. Il a extrait manuellement les données de chaque étude et les a regroupées librement par thèmes et sous-thèmes dans un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word), en notant les numéros des articles dont les données étaient issues.

Résultats

Sélection des articles

L'ensemble des données sur la sélection des articles est résumé dans le diagramme de flux de sélection et d'inclusion des articles (Figure 1).

Les données concernant les articles exclus après lecture du texte intégral sont disponibles en annexe (Annexe 1).

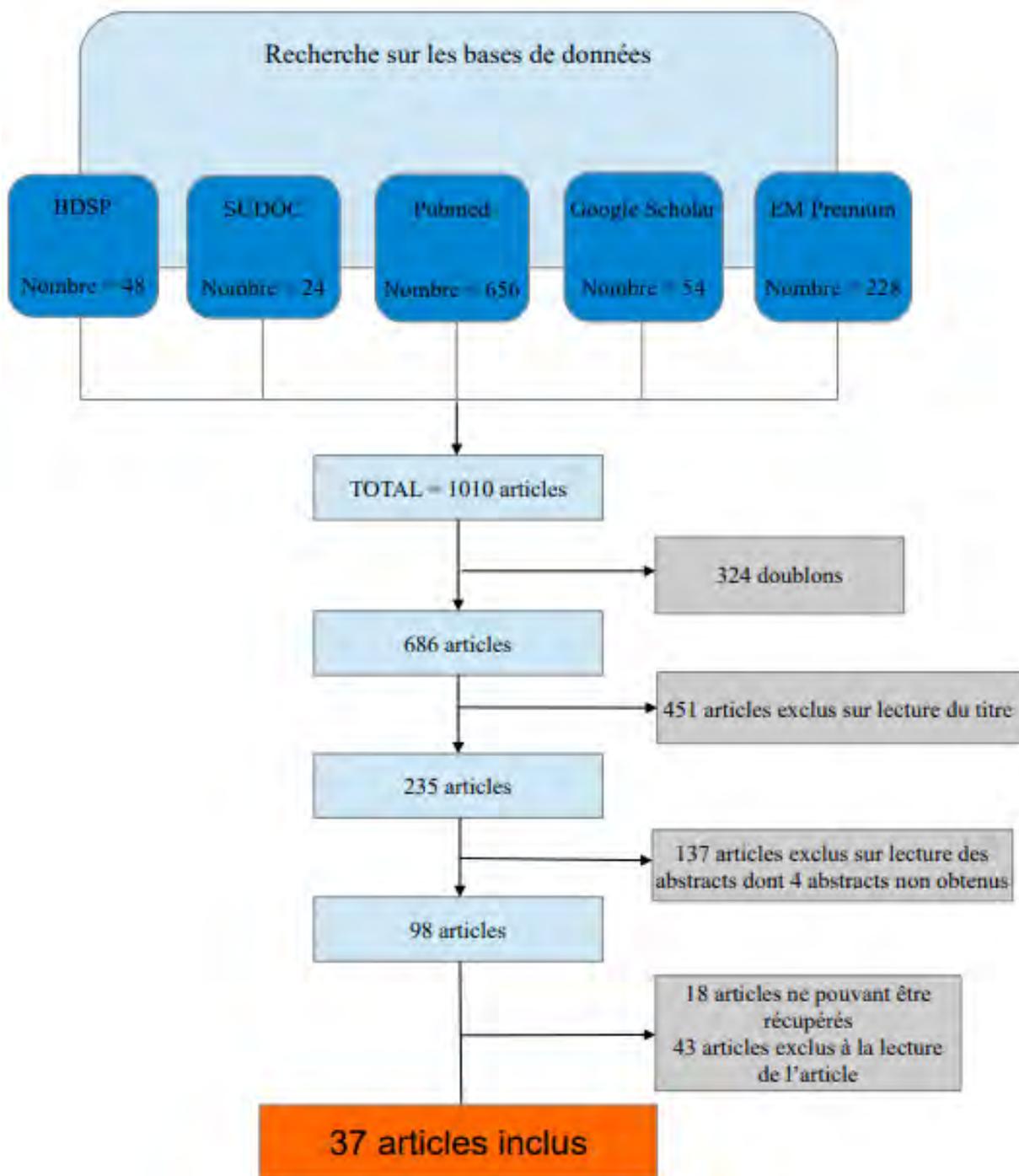


Figure 1 : Diagramme de flux et de sélection des articles

Articles inclus dans la revue et principaux résultats

Les 37 articles inclus sont référencés des numéros (24) à (60).

Les principales caractéristiques des articles inclus ainsi que les principaux résultats sont présentés dans l'Annexe 2.

Les évaluations méthodologiques réalisées sont consultables en annexe (Annexe 3).

Les résultats sont présentés selon deux grands thèmes : d'abord les freins puis les leviers à l'usage du préservatif.

Les Freins

Barrières pratiques

a) Problème d'accès au préservatif :

Il peut se présenter un problème d'acquisition : ils sont parfois dits « difficiles à acquérir » (24). Les « aspects techniques liés à l'achat de préservatifs » peuvent être un frein (25).

Dans certaines circonstances, des personnes interrogées ont indiqué ne pas avoir envie de se rendre dans un commerce pour s'en procurer (26).

Il peut y avoir une réticence des individus à les acheter : ils éprouvent un sentiment de « honte », d'« embarras », d'« humiliation » ou craignent d'être jugé lors de l'achat (27–29).

Certains participants ont exprimé un besoin de « confidentialité et respect de la vie privée » car le préservatif peut être un « sujet tabou » (27). Ils expriment la « peur de la stigmatisation » (29), la peur que les gens sachent (27), la peur d'être perçue comme une fille facile ou libertine (29). Au-delà de provoquer un manque de courage pour l'achat de préservatif, cela peut dissuader d'avoir accès aux services de santé sexuelle (29).

Leur obtention peut être entravée par une difficulté à communiquer avec son médecin (30).

Les préservatifs peuvent être coûteux pour les individus, ce qui limite leur utilisation (24).

Ce peut être aussi un problème d'accès immédiat : les partenaires peuvent « ne pas en avoir sous la main » (26,30–34), être à court de préservatifs ou ne pas les avoir à portée de main au moment du rapport sexuel (35). Cela arrive, par exemple, lorsque les rapports ont lieu dans un endroit inhabituel (voiture, extérieur, etc.) ou que les partenaires ne prévoyaient pas de faire l'amour (35). Certains participants indiquent avoir été « pris au dépourvu » (28,36), leur prise de risque était imprévue, circonstancielle et impulsive (37).

b) Techniques d'utilisation :

Les individus interrogés ont rapporté des difficultés techniques pouvant entraver l'utilisation des préservatifs (25) : le préservatif peut ne pas avoir la bonne taille ou la bonne composition (35), être difficile à ajuster (38).

La logistique nécessaire pour accéder au préservatif (par exemple, ouvrir l'emballage) peut constituer un obstacle majeur à son utilisation (26).

Les préservatifs sont décrits comme inconvenients et difficiles à utiliser, surtout sous l'emprise de drogue ou d'alcool (31).

Cela peut résulter d'un manque de connaissance sur l'utilisation appropriée des préservatifs (29,30).

c) Crainte d'une défaillance :

Le préservatif peut rompre (30,33,35,39), se déchirer (39), glisser (33), ou comporter des trous (33,40).

Cela entraîne une « méfiance », une inquiétude, une incertitude vis-à-vis du préservatif : les participants craignent un manque d'efficacité, une défaillance, un manque de fiabilité concernant la prévention de la grossesse et des IST (30,33,39). Le préservatif ne serait « pas efficace à cent pour cent » (33). Son utilisation peut être perçue comme risquée de part un possible manque d'efficacité contraceptive (30,39) : le préservatif n'est pas infaillible (41).

Barrières de jugement : altération de la volonté

Certains facteurs engendrent une perte de contrôle et une absence totale de réflexion concernant les risques potentiels, aboutissant à la non-utilisation du préservatif, car les partenaires n'y pensent même pas.

a) L'excitation :

L'excitation sexuelle (25,42,43), le désir (26,42,44,45), la passion (26,28,40) influent négativement sur le jugement rationnel (25,35) et provoquent l'incapacité d'utiliser le préservatif (42).

Les partenaires sont pris « dans le feu de l'action » (26,28,33,40,43), « dans l'ambiance » (32), la « chaleur » du moment (28,35), « vivent l'instant présent » (26,31,33,34,44). Ils sont dans l'impulsivité (46) et ne veulent pas s'arrêter pour mettre un préservatif (34).

Souvent ils « ne pensent plus » (28,31,40,44), oublient de protéger le rapport (32,35,40), deviennent indifférents aux conséquences négatives d'un rapport sexuel non protégé (42).

Une très grande attirance sexuelle rendrait plus difficile la négociation du préservatif (47). Certains hommes évoquent leur « faiblesse » provoquée par le désir sexuel, les privant de leur volonté d'utiliser un préservatif, même avec une partenaire sexuelle perçue comme « risquée » (45). Leur « pulsion sexuelle » serait si grande, qu'elle dépasserait leurs préoccupations en matière de protection (48).

Ce moment de désir traite des émotions (26,44) qui prennent le pas sur la logique.

Parfois, un certain degré de prise de risque est considéré comme un élément essentiel de la sexualité masculine : le risque est accepté dans le cadre de l'érotisme, de « l'expression sexuelle » (38). Le danger, ou « roulette russe », représenté par le sexe sans préservatif, « fait monter l'adrénaline », est « excitant » (49).

b) Consommation d'alcool et de drogues :

Être sous l'influence d'alcool ou de drogues est un obstacle majeur à l'utilisation du préservatif (24,25,27,28,30–32,35,39–47,50–52). Cela altère le jugement des partenaires (24,25,28,44,52), les empêche de prendre une sage décision (44), une décision rationnelle (52) mais altère aussi leur capacité technique à utiliser un préservatif (25,31,43). Être « perché » (47), « saoul » (28,36), « en état d'ébriété » (26,51), fait que les individus ne pensent plus (28,47), ne sont plus « raisonnables » (47) et ont des comportements sexuels involontaires (46). Cela diminue le stress en leur faisant moins craindre les risques de transmission d'IST (51), crée un manque d'intérêt pour l'utilisation du préservatif (45). Ils « perdent le contrôle » et oublient le préservatif (27). Cela impacte leur prise de risque (27,28,50) : les drogues compromettent leur capacité à percevoir les risques ou à y faire face (46). Elles focalisent l'attention sur le moment présent et modifient la capacité à percevoir les conséquences des actes (46). Elles peuvent provoquer une excitation sexuelle si intense qu'ils ne peuvent se concentrer que sur la gratification sexuelle immédiate (46). La majoration de l'excitation et des performances sexuelles par l'usage de drogue est même recherchée par certains adeptes : il s'agit du « chemsex », qui entraîne des pratiques sexuelles à risque (50).

Parfois, l'usage d'alcool ou de drogues mène à des abus sexuels lorsque la partenaire est inconsciente (28).

c) Maladies mentales :

Être atteint d'une maladie mentale (35,53) ou présenter une vulnérabilité émotionnelle (35) altérerait la capacité de jugement rationnel et serait un obstacle à l'utilisation du préservatif.

Barrières physiques

a) Réduction des sensations

Pour de nombreux individus interrogés, le préservatif diminue les sensations physiques au niveau du pénis, et donc réduit le plaisir lors du rapport sexuel chez les hommes comme chez les femmes (24–26,28,30,31,33,38,41,43,46,54,55). Les sensations étant moins naturelles, moins agréables, la qualité du rapport sexuel serait diminuée (24,55). Il peut donner l'impression de ne pas profiter pleinement du rapport sexuel (37). La sensation de porter un préservatif dérange (38). C'est une cause majeure de non utilisation du préservatif et de prise de risque, surtout chez les hommes à la recherche de sensations et de satisfaction sexuelle (42,43).

b) Perte d'érection

La mise en place du préservatif peut provoquer des difficultés sexuelles chez certains hommes, comme une perte d'érection (24,31,43). Le port du préservatif peut provoquer l'impossibilité d'obtenir et de maintenir une érection (38,41) ou faire que les hommes n'arrivent pas à éjaculer (24).

c) Inconfort et douleur

Le préservatif peut provoquer douleur et inconfort chez la partenaire féminine, en donnant des problèmes de lubrification vaginale, de sécheresse, de friction (24,30,33), d'irritation des parties génitales (25,30,43), d'inflammation (43). L'utilisation du préservatif est parfois associée à des infections vaginales à levures ou bactériennes (43), ainsi qu'à des infections des voies urinaires (33). Parfois cet inconfort et cette douleur extrêmes perturbent la sexualité (33).

Il provoquerait aussi de l'inconfort chez les partenaires masculins (24,47) parfois du fait de son mauvais ajustement (24) ou de son odeur (43).

d) Allergie au latex

L'allergie au latex peut être un frein à l'usage du préservatif (24,30,43,45,47), de même que l'allergie aux lubrifiants pour préservatifs (43).

a) Le préservatif risque d'affecter la probabilité et la qualité du rapport sexuel :

Parfois, le temps de pose du préservatif peut donner l'occasion à la partenaire de changer d'avis (24). Poser la question de l'utilisation du préservatif peut réduire les chances d'avoir des relations sexuelles (25), gâcher une relation (54). Mettre le préservatif peut freiner le rapport sexuel, surtout si l'un des partenaires est sous l'influence de l'alcool (24).

Le préservatif est surtout accusé de « casser l'ambiance » (24–26), d'être « rabat-joie » (54). Il peut perturber l'acte sexuel (26,30), et entraîner une perte de désir lié à sa pause : c'est une « coupure », un frein à la séduction, il est « anti-glamour » (30). Il interfère avec la libido et altère la qualité du rapport sexuel : il n'est pas « sexy » (24).

Son utilisation peut être vécue comme une contrainte, il est qualifié de « plaie », « gênant », « chiant » de par son obligation et l'absence d'alternative (30).

b) Refus du partenaire et défaut d'affirmation de soi :

Le préservatif peut être refusé par le ou la partenaire (26,28,30,32,38,41,44,45,47,48,54,55), parce qu'il/elle ne « les aime pas » ou « ne veut pas les utiliser » (28,32,38). L'autre partenaire s'incline devant cette décision, soit parce qu'il préfère s'abstenir de prendre ses propres décisions et préfère laisser décider le partenaire (25,45,51), soit parce qu'il manque de confiance en lui (32). Une faible estime de soi (32,52) donne de la difficulté à indiquer ses propres préférences (25), à s'exprimer (52), à s'affirmer (28,55), à imposer le préservatif (30) et à ne pas franchir ses limites, à ne pas subir la pression du partenaire (52,53). Des difficultés relationnelles (30) ou de communication avec le partenaire sur l'utilisation du préservatif sont fréquentes : les partenaires peuvent être mal à l'aise lorsqu'il s'agit de parler du préservatif (44), peuvent manquer de compétence ou de stratégie dans sa négociation (41,44). Certaines participantes aux études ont indiqué que les femmes sont souvent faibles et devraient être plus dures en négociation (28).

Parfois, le partenaire exerce un contrôle ou est abusif, ce qui entraîne une peur de communiquer son désir d'utiliser un préservatif (32). Peut survenir alors la crainte de voir leur partenaire partir, de le mettre en colère, d'une rupture (44), de l'abandon (41).

Certains partenaires homosexuels insertifs (en position 1 ou « top ») dominent le partenaire réceptif (ou 0) : ils sont plus affirmés, physiquement dominants et le partenaire 0 n'a pas son mot à dire, ou ne peut résister au souhait du partenaire (54). Plusieurs participants aux études ont soulevé le problème de la peur de la violence physique : peur de l'agressivité potentielle du partenaire en cas de refus (54), menace de violence (41), violence conjugale (30).

Des femmes ont rapporté que certains de leurs partenaires masculins retiraient le préservatif durant le rapport, sans leur consentement (28).

c) Nature de la relation avec le partenaire :

La nature de la relation avec le ou la partenaire peut influencer négativement sur l'utilisation du préservatif. Outre les relations à long terme et monogames qui ne se prêtent pas à son usage du fait de la recherche de confiance, pour lesquelles le préservatif peut signifier l'infidélité ou la suspicion (38,43), certaines relations occasionnelles peuvent ne pas s'y prêter.

Il est parfois perçu comme difficile d'utiliser des préservatifs après des premiers rapports sexuels sans préservatif (56), de peur de froisser le partenaire. Par exemple dans les relations instables ou transitoires, décrites par certaines femmes avec le père de leur enfant dont elles sont séparées, les rapports sexuels et le préservatif ne peuvent être que difficilement négociés, compte tenu qu'il y a déjà eu des rapports non protégés avec eux (32).

De même, lorsque le rapport sexuel occasionnel survient avec un partenaire connu, proche, pour lequel on éprouve de la confiance, que l'on perçoit fiable, le préservatif est plus difficilement utilisé (25,28–30,32,34,36,48,54,55).

L'utilisation du préservatif sert parfois à marquer une différence entre les relations sexuelles investies sentimentalement et les rapports sans composante amoureuse. Ne pas utiliser de préservatif acquiert ainsi une signification particulière, celle du rapprochement, du sentiment amoureux, de l'engagement dans une relation (49).

L'acceptation d'un rapport sexuel non protégé peut être motivée par le désir de plaire au partenaire et d'augmenter son attractivité : ce peut être un argument de vente personnel (54).

Ne pas utiliser de préservatif peut être la représentation symbolique de la « conquête », la possession symbolique qui dépasse l'acte pénétrant lui-même (54).

Parfois, lorsque la nature de la relation engendre chez l'un des partenaires de la frustration, une insatisfaction, cela peut le pousser à prendre un risque en ne protégeant pas les rapports (42). Enfin, dans certaines situations, l'un des partenaires se sent redevable, par exemple après avoir reçu des cadeaux ou avoir été invité à dîner, et accepte le rapport sexuel non protégé, qu'il donne à l'autre comme récompense ou marque de sa gratitude (25).

d) Le préservatif est la responsabilité du partenaire masculin/féminin :

Pour certains participants, l'utilisation du préservatif est le rôle des hommes : l'achat ou la « procuration » de préservatifs et « l'accès » à des préservatifs est leur responsabilité (29,30,56). C'est à eux de s'en occuper (48), et certaines participantes féminines rejettent la faute du rapport sexuel non protégé sur le partenaire masculin (35). A l'inverse, pour d'autres

participants, l'utilisation du préservatif est l'affaire des femmes : les femmes sont responsables de l'utilisation du préservatif (45,48). Il ne sera pas utilisé si la partenaire ne l'exige pas, ne le demande pas (26), et certains participants masculins rejettent la faute du rapport sexuel non protégé sur la partenaire féminine (35).

e) Influence des proches :

Le choix de ne pas utiliser le préservatif peut être influencé par les idées véhiculées par des amis ou un groupe (25,52). L'influence des pairs (30,44) est importante et peut transmettre des idées négatives à l'encontre du préservatif : le rapport sexuel serait mieux sans lui, offrirait plus de sensations (30).

L'influence de la famille est importante, elle est généralement protectrice, et lorsqu'elle est perturbée, cela expose à des risques sexuels plus importants. L'absence d'influence parentale sur le comportement sexuel peut être due à une rupture de la famille : relation parent-enfant perturbée en raison du décès, d'abus, de problèmes de drogue ou de santé d'un parent, ou encore d'une désapprobation ou d'un rejet en raison de l'orientation sexuelle de l'enfant (53). Elle peut être due à une absence de discussion concernant les risques sexuels et le préservatif, les obstacles à la discussion pouvant être une gêne des parents, un manque de confiance dans leur capacité à parler avec leur enfant du VIH, ou encore une réticence des enfants (53).

Dans certaines populations comme les noirs-africains immigrés, l'éducation sexuelle des jeunes est rendue plus complexe par la perturbation des structures familiales traditionnelles pendant la migration. Culturellement, les parents ne sont généralement pas les éducateurs de leurs enfants en matière de sexualité : ce sont habituellement les oncles et tantes, qui peuvent ne pas être disponibles car restés dans le pays d'origine (57).

f) Influences sociétales, environnementales et culturelles :

Dans la culture latino-américaine, le « marianisme » (version féminine du machisme, faisant référence à la vierge Marie) et le machisme peuvent aller à l'encontre de l'usage du préservatif. En effet, l'homme décide de l'utilisation du préservatif et la femme doit être soumise à son partenaire masculin, elle ne doit pas l'offenser (28).

Des participantes rapportent un obstacle lié à la culture afro-américaine : certaines femmes ont une attitude fataliste à l'égard de la grossesse. Une grossesse non programmée fait partie de la vie et « les femmes noires doivent s'adapter à ce que leur donne la vie » (29).

La religion peut donner une vision négative du préservatif. Les adeptes des religions qui s'opposent au contrôle des naissances, tels que les catholiques et les musulmans, s'opposent à l'utilisation du préservatif. De plus, le sexe étant interdit avant le mariage, les responsables

religieux ne peuvent enseigner son utilisation. Certains participants aux groupes de discussion pensent que les contraceptifs doivent être utilisés lorsque cela est médicalement nécessaire, mais pas pour se protéger contre l'infection (57).

L'influence des médias et de la musique sur le rôle des genres et le comportement sexuel est importante sur les jeunes, elle façonne leur culture du sexe (29,44). Certaines stars de l'industrie de la musique sont prises comme modèles, et leur mode de vie est adopté, leur comportement est copié (44).

Internet peut être un frein à l'usage du préservatif. En effet, les nouvelles formes de sociabilité et les communautés virtuelles de l'internet, peu soumises aux exigences de la prévention, auraient provoqué un affaiblissement du rôle des associations et auraient coïncidé avec un relâchement généralisé de la prévention en Europe (49). Concernant la pornographie, il existe des vidéos spécifiques mettant en scène le « bareback » ou sexe sans préservatif : « cela devient une pratique fétichiste, elle a un rôle, une dimension et c'est une limite de plus à franchir » (49).

Le rôle de l'environnement social sur les normes sexuelles des genres est important et banalise certaines conduites à risque : « tout le monde le fait » (44). Les individus peuvent avoir un comportement sexuel à risque pour accroître leur popularité ou améliorer leur statut social, sur le campus universitaire par exemple (29).

Un participant a témoigné d'un obstacle institutionnel à sa propre utilisation des préservatifs : ils seraient confisqués en maison de transition (26).

g) Vouloir utiliser un préservatif renvoie une image négative :

La volonté d'utiliser un préservatif peut signifier la méfiance vis-à-vis du partenaire (31,32,43,54) ou que l'on est soi-même malade ou à risque de l'être (31). Certaines femmes pensent qu'il est insultant de vouloir utiliser un préservatif. Ne pas en utiliser s'apparente pour elles à affirmer qu'elles sont « propres » (55).

Certaines femmes ont peur d'être considérées comme faciles, libertines (25). Parler de l'utilisation du préservatif serait difficile car cela pourrait avoir une influence négative sur la façon dont leur partenaire potentiel les voit, et celui-ci pourrait se détourner d'elles (56). Certains hommes séropositifs se sentent vulnérables après le diagnostic et subissent une perte d'estime d'eux-mêmes. Ils ne peuvent supporter les conséquences de la connaissance de leur statut sérologique et en particulier craignent d'être rejetés. Or, insister sur l'utilisation du préservatif peut être considéré comme une divulgation indirecte : il existe l'idée que les hommes qui insistent sur l'utilisation du préservatif avec les hommes séronégatifs sont séropositifs (51).

h) Situation d'anonymat :

Lorsque le rapport sexuel survient au cours d'une soirée en ville, d'un festival, de vacances (à l'étranger), les partenaires peuvent ressentir un sentiment de liberté les poussant à être irresponsables, plus sauvages, plus expérimentaux, car ils ne sont pas susceptibles de rencontrer à nouveau la personne. Ils se sentent moins engagés et moins jugés. Ces situations de « relâchement », de « coup d'un soir » sont propices à des rapports sexuels non protégés (25,30,52).

Cet effet négatif sur l'utilisation du préservatif peut se retrouver lors de l'utilisation d'applications mobiles garantissant l'anonymat pour rencontrer des partenaires ou d'une participation à des fêtes sexuelles (50).

Minimisation du risque

a) Minimisation du risque d'IST :

α- Défaut d'information :

Les participants aux études ont parfois signalé une prise de risque sexuelle liée à leurs lacunes concernant la transmission du VIH et des IST (39). Ce manque d'information concerne notamment le sexe oral ; par exemple certains ignoraient que la gonorrhée pharyngée pouvait être contractée lors de relations sexuelles orales réceptives (50).

β- Evaluation du partenaire : jugé peu susceptible d'avoir le VIH ou des IST :

Parfois, les préservatifs ne sont utilisés qu'avec un certain type de partenaires sexuels (31), en fonction du risque présumé d'IST. Le sexe sans préservatif serait justifié lorsque le partenaire est peu susceptible d'avoir le VIH ou des IST (35). Certains pensent que des personnes ayant le VIH ou une IST n'auraient pas de conduite à risque (24).

Souvent, les individus procèdent à une attribution arbitraire de la séropositivité ou séroconcordance de leur partenaire, en utilisant divers critères, souvent peu fiables (37,42,46,51).

Cette évaluation peut être faite au cours d'une conversation avec leur partenaire. Ils peuvent évoquer directement leur statut VIH réciproque (46) ou leur risque d'IST (25). Mais le plus souvent, l'évaluation se fera lors d'une conversation indirecte en fonction de la préférence sexuelle déclarée concernant l'usage ou non de préservatif (46), de l'acceptation ou non de réaliser des tests d'IST (43), ou en fonction des expériences sexuelles antérieures du partenaire (42), comme le nombre de partenaires sexuels qu'ils ont eu (44). Certains vont

examiner la cohérence et l'exactitude des informations fournies par les partenaires au fil du temps, ou s'appuyer sur leur instinct, leur intuition, leur aptitude à reconnaître si les partenaires disent la vérité (57).

Le risque du partenaire peut être supposé par des observations avant et pendant les rapports sexuels (42).

Sont rapportés des facteurs situationnels (44) : choisir des partenaires supposés avoir des possibilités limitées de relations sexuelles comme les personnes mariées ou ayant une relation à long terme (55,57), choisir des partenaires qui voudraient éviter de prendre des risques sexuels comme les personnes instruites et économiquement aisées (25,57). Le lieu de rencontre (55) influe aussi sur l'usage du préservatif. Les lieux « à risques » sont les clubs, les bars, les fêtes. Les lieux « sûrs » sont les supermarchés, les réunions de famille. La réputation de la partenaire joue aussi dans la décision de protéger les rapports : elle sera classée dans la catégorie « sale » ou « propre ». Si elle est « cochonne », « facile » ou soupçonnée d'avoir plusieurs partenaires sexuels, le préservatif sera plus fréquemment utilisé (55).

Ensuite les individus peuvent se fier aux caractéristiques du partenaire comme leur apparence physique (25,26,28,43) : tatouages, piercing (46), apparence propre donc ayant une bonne hygiène corporelle (57). Certains ont recours à divers tests sur leur partenaire : odeur physique (26), inspecter et sentir les sécrétions vaginales, effectuer un « test au cérumen » (43).

Lorsque les individus n'ont pas de sentiment d'exposition au risque, cela conduit à un écart entre les prises de risque réelles et perçues (30).

γ-Tests d'IST négatifs :

Les préservatifs sont moins utilisés lorsque les tests biologiques d'IST des partenaires sont présumés négatifs (28,30,34,36,38,39,47,48,52,54,58). Des tests négatifs diminuent le risque perçu (54). Les partenaires peuvent exiger la preuve de l'absence de maladie, ou la preuve du statut VIH/IST (58). Certains partenaires peuvent aller se faire dépister ensemble (47).

δ- Les actes sexuels comportent de faibles risques de VIH/IST :

Parfois les rapports sexuels non protégés sont encouragés par le fait que les actes sexuels sont perçus comme présentant de faibles risques d'IST/VIH (35). Certains croient qu'il y aurait moins de risque de contracter le VIH lorsque l'on est le partenaire insertif (top) plutôt

que réceptif (38,46,54), et protègent ou pas leur rapport en fonction de leur rôle. Ils pratiquent le « positionnement stratégique » (top) ou le retrait (46).

ε- Absence de craintes concernant le VIH ou les autres IST :

Le développement de traitements médicamenteux antirétroviraux efficaces a entraîné une augmentation de l'espérance de vie chez les homosexuels séropositifs pour le VIH. Le VIH n'est alors plus considéré comme une condamnation à mort mais comme une chose avec laquelle on vit (38). Les plus jeunes n'ont pas vécu l'ère « prétraitements », où le VIH/ sida était synonyme de mort, ils en ont moins peur que leurs aînés et sont, par conséquent, plus insouciant face au risque de contamination. Le sida a perdu en visibilité et est devenu une maladie chronique, ce qui donne le sentiment qu'il n'existe plus ou, du moins, qu'il est sous contrôle (49).

Certaines personnes pensent même à tort que le VIH est curable (38).

Dans certaines études portant sur des populations homosexuelles, beaucoup de participants vivaient avec le VIH ou connaissaient des personnes séropositives et savaient que le VIH n'était plus une maladie létale. Les participants plus jeunes ne craindraient pas le VIH et certains ont suggéré que cela conduisait à une moindre utilisation des préservatifs (50).

Chez certains séropositifs, le diagnostic du VIH a amené un soulagement : être séropositif mettait fin à leur vie sexuelle active en veillant au VIH, en faisant toujours attention lors des rapports sexuels. Ils ont eu le sentiment d'être libérés de la peur de contracter le VIH (51). Ils ne perçoivent alors plus le besoin de se protéger : ils ne voient aucune valeur ajoutée à utiliser des préservatifs. Ils ne ressentent pas le besoin de se protéger contre les autres IST. Bien que conscients des IST, ils ont estimé qu'il serait sans importance de contracter une infection secondaire maintenant qu'ils avaient la « pire d'entre elles » (51). Certains déclarent qu'ils sont plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles non protégées depuis le diagnostic (50).

Certains adoptent un comportement séro-adaptatif : ils choisissent spécifiquement des partenaires également séropositifs pour éviter l'inquiétude de la transmission du virus lorsqu'ils ont des relations sexuelles non protégées. Certaines fêtes sexuelles sont spécifiquement des « pos-parties » où seules les personnes séropositives sont conviées et où l'utilisation du préservatif est rare (50).

Même chez les séronégatifs, il existe une absence de préoccupation concernant les autres IST : elles sont gérables. « Vous prenez des comprimés ou une injection. » « Vous allez être malade mais vous vous en sortirez toujours » (46). Certaines personnes disent ne pas prendre

leur santé sexuelle au sérieux et ne pas craindre les IST en dehors du VIH : « si ce n'est pas le VIH, ce n'est rien » (29).

Le fait que l'on puisse guérir les IST et traiter avec succès le VIH, fait que les menaces planant autour de la non-utilisation du préservatif paraissent moins terribles (38).

b) Minimisation du risque de grossesse :

α-Prise d'une contraception hormonale ou autre :

Le risque de grossesse est souvent décrit comme la préoccupation principale motivant l'utilisation du préservatif. Lorsque la partenaire prend la pilule, ou utilise un autre moyen de contraception, le risque de grossesse est couvert par cet autre moyen de contraception, et plus par le préservatif. Le risque de VIH/IST paraissant parfois secondaire, cela mène plus facilement au rapport sexuel non protégé (32,39,52).

β-Grossesse en cours :

Lorsque la partenaire est déjà enceinte, cela dédouane du risque de grossesse et certains partenaires peuvent ne pas utiliser de préservatif (32).

γ-Ambivalence du désir de grossesse :

Si l'un des partenaires a un désir de grossesse affirmé ou sous-jacent, il peut faire en sorte de ne pas utiliser de préservatif (30,32).

Barrières individuelles

a) Insouciance :

Certains partenaires disent ne pas se soucier des risques, ne pas s'en inquiéter ou les ignorer (25,26,28,48). Ils attribuent leur comportement à une immaturité et un sentiment d'invincibilité (34).

b) Vouloir s'affirmer :

Pour certaines femmes, avoir des rapports sexuels non protégés revient à agir comme un homme, faire ce qu'elles veulent, ressentir ou avoir le pouvoir des hommes (55).

Au sein de la communauté homosexuelle masculine, le rejet de la prévention exprimerait, en partie, un désaveu du discours dominant, celui qui ordonne une hygiène de vie saine et réglée, dont fait partie le port du préservatif. Les comportements sexuels à risque peuvent

alors être interprétés comme des pulsions de libération dans un environnement où les minorités sexuelles se sentent discriminées et aspirent à plus de droits et de liberté (49).

Parfois cela s'apparente à une déclaration politique (de la part de certains groupes gay notamment), promulguant une forme de résistance et déclarant que les rapports sexuels non protégés constituent un droit (38).

c) Prise de risque volontaire :

Le goût du risque, particulièrement présent chez les jeunes et les hommes, et la lassitude par rapport au préservatif motivent parfois les prises de risque (49).

Certaines personnes interrogées ont indiqué qu'une homosexualité refoulée, non assumée, pouvait conduire à la haine de soi et une prise de risque volontaire (59).

Enfin, trop de message de prévention faisant la promotion de l'utilisation du préservatif pourrait inciter les hommes gays à vouloir essayer ce que l'on ressent sans préservatif (54).

d) Incapacité de changer :

Certains individus se disent têtus, obstinés, pensent qu'ils ne peuvent pas changer leur comportement (32,51), ou qu'ils manquent de motivation (31). Ils disent ne pas être habitués à utiliser le préservatif (26).

e) Excès de confiance :

Une expérience sexuelle accrue serait associée à une diminution de l'utilisation du préservatif, par excès de confiance (52).

De même, un comportement sexuel à risque passé peut influencer la perception de ce que certains considèrent comme « sûr », et par conséquent faciliter ce comportement à risque par la suite (37).

Prévention contre le VIH et les autres IST

Le premier bénéfice motivant l'usage du préservatif est la protection qu'il offre contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (24–27,30,31,34,36–38,40,43,45–48,50,51,54–56,60). Il est perçu comme « la seule protection contre toutes les IST, et la seule qui protège totalement » (30).

Il permet en premier lieu de se protéger soi-même. Il est notamment utilisé comme protection personnelle lorsque la personne est séropositive et se sait plus vulnérable aux IST en raison du VIH (51). Il sera plus régulièrement demandé par les partenaires en position « réceptif » qui comporte un risque plus important d'infection (54).

Il est d'autant plus utilisé que le risque perçu d'IST est élevé ou que l'on se méfie du partenaire. Cela va dépendre du comportement et de l'histoire sexuelle du partenaire (24) : partenaire occasionnel ayant d'autres partenaires concomitants (47), partenaire considéré comme « facile », « libertin » ou « sale » (55), partenaire plus expérimenté (34).

L'utilisation du préservatif va aussi être encouragée par le degré d'incertitude que représente le partenaire : nouveau partenaire (34), partenaire inconnu (30,44), passé du partenaire inconnu (30), ne pas connaître ses antécédents sexuels et son statut VIH/IST (39,48,60) ou son désir de grossesse (48). Dans ces cas, les individus ne vont pas faire confiance au partenaire (30,48), être prudent (60), éprouver de la méfiance (30).

Le préservatif sert aussi à protéger les autres.

Il protège le partenaire sexuel (51,54). Lorsque la personne est séropositive pour le VIH, cela lui permet d'empêcher toute transmission, de ne pas infecter les autres (51). Certains individus expriment la volonté de protéger les partenaires moins expérimentés, plus jeunes, ou jugés trop jeunes pour comprendre pleinement le risque de ne pas utiliser de préservatif (51).

Lorsque la personne a un lien émotionnel avec son partenaire, elle peut se sentir plus protectrice envers cette personne qui lui est chère (51).

Il permet de protéger le partenaire principal lors de relations extra-conjugales (31,45,47), de « ne pas ramener à la maison une IST » lors d'un rapport sexuel occasionnel avec une autre partenaire (47), et de ne pas se faire « attraper » par la partenaire principale (47), de ne pas trahir son infidélité (45).

Pendant la grossesse, il permet de protéger le fœtus des conséquences d'une IST (27).

Prévention des grossesses non programmées

Le deuxième bénéfice motivant l'usage du préservatif est la contraception (28,30,43).

La prévention des grossesses non planifiées (24,27,29,31,33,34,36,39,43,47,48) est une préoccupation majeure des individus interrogés, parfois supérieure aux risques d'IST (39).

Le préservatif permet le contrôle des naissances (28) : ne pas avoir d'enfant, ou ne pas en avoir d'autres (31).

Il est parfois perçu comme plus sûr dans la prévention de la grossesse que les autres contraceptifs, ce qui peut être utilisé comme argument pour convaincre de l'utiliser (43).

Il est parfois utilisé pendant l'ovulation (33), lors d'un oubli de pilule, ou en cas de difficulté à tolérer un autre contraceptif (30).

Certains hommes ont mis l'accent sur cet avantage (43) car cela leur permet de maîtriser la contraception.

Les femmes ont exprimé que les grossesses non planifiées provoquaient honte, peur, culpabilité, stress émotionnel important. De plus, l'avortement peut être cher dans certains pays. Des participantes ont indiqué vouloir se construire en tant qu'adulte et professionnelle avant une grossesse (39).

Avoir eu une mauvaise expérience personnelle après un rapport sexuel non protégé

Avoir eu soi-même ou dans l'entourage proche un problème d'IST ou de grossesse non programmée rendrait plus concerné et plus enclin à protéger les rapports ultérieurs (24).

Une confrontation personnelle à une IST ou une IVG peut avoir été vécue comme un traumatisme (30). Après une infection au VIH, certains individus disent avoir « appris de leurs erreurs », s'être sensibilisés à la transmission du VIH et donc porter une attention particulière aux préservatifs (51).

Certaines personnes interrogées disent « réfléchir à ce que les autres ont vécu » (47) et apprendre des erreurs de leurs proches porteurs ou décédés du VIH (26).

Parfois les remords et regrets ressentis après des rapports non protégés sont en eux-mêmes une motivation à utiliser les préservatifs (31), comme la crainte d'un résultat de test positif pour le VIH (26).

Les préservatifs peuvent influencer positivement sur la probabilité du rapport : ils peuvent être un « deal-maker », assurant le rapport sexuel (24).

Sur le plan physique, le préservatif permet de profiter pleinement du rapport en permettant à l'homme de pouvoir éjaculer sans se retirer. Parfois, la diminution des sensations physiques du fait du port du préservatif est vue comme un avantage : elle permet à certains hommes de prolonger le rapport sexuel en retardant l'éjaculation (24). Le préservatif peut aussi être l'occasion de jeux sexuels, le rendant « sexy » (43).

Des avantages hygiéniques ont été soulevés lors de la pratique de la sodomie : il évite le contact avec les selles, rendant le rapport « plus propre », permettant de se sentir « pur et frais » (51).

Sur le plan psychologique, il améliore l'expérience sexuelle en permettant aux partenaires de se prémunir des risques, et donc d'éviter le côté anxiogène des rapports sexuels non protégés (24). L'utilisation du préservatif apporte un plus grand sentiment de bien-être psychologique aux partenaires car il est peu probable qu'ils contractent ou transmettent des IST (46).

Caractéristiques individuelles

a) Être responsable et prévoyant :

Être responsable concernant sa santé sexuelle, son corps (28,39,40), savoir que l'on doit se protéger (47) favorise l'utilisation du préservatif. Certains participants disent qu'il faut « utiliser sa tête et pas son pénis », être « discipliné » pour ne pas céder au désir de ne pas utiliser un préservatif (26). Pour d'autres, l'utilisation du préservatif est devenue un comportement habituel (51). Le rapport sexuel protégé est assuré en veillant à ce que le préservatif soit facilement accessible : « à portée de main », « à proximité », « prêt », « disponible », « sur soi » ou chez soi (26,28,34,60).

b) Être père :

La paternité est pour certains hommes la raison principale d'adopter et de garder un mode de vie sain, notamment en protégeant leurs rapports sexuels grâce au préservatif. Ils veulent d'une part rester en bonne santé pour pouvoir assurer l'avenir de leurs enfants, et d'autre part éviter d'en avoir d'autres, ce qui pourrait affecter leur capacité à s'occuper de ceux qu'ils ont déjà conçus (31).

c) Avoir confiance en soi :

Avoir une bonne estime de soi permettrait d'avoir le courage d'assumer ses choix en matière de sexualité, comme d'affirmer sa volonté d'utiliser un préservatif auprès du partenaire (52). La maturité et la confiance en soi permettent une communication plus directe avec le partenaire et d'avoir un dialogue plus ouvert et honnête (56). Le respect de soi et l'affirmation de soi sont importants pour assurer l'utilisation du préservatif (39).

d) Résilience :

Certains participants ont indiqué vouloir lutter contre la stigmatisation de l'homosexualité. Les homosexuels sont souvent stigmatisés comme malades et immoraux, ce qui crée une motivation pour utiliser les préservatifs : lutter contre les stéréotypes (59).

e) Image positive :

Pour certaines personnes, le préservatif renvoie au plaisir de la sexualité, à la normalité. Il est adapté aux jeunes : il permet d'être autonome (ne pas passer par le médecin / les parents, permet de rester anonyme), il est facile d'accès (pharmacie, grandes surfaces), les prix sont acceptables, le choix varié (30).

Exigence du partenaire

Le partenaire peut demander ou exiger l'utilisation du préservatif (39,47,48,51,55). Il peut être la condition sine qua non du rapport sexuel : il est exigé sinon le rapport sexuel est refusé, « pas de préservatif, pas de sexe », « il a été clairement établi qu'aucune relation sexuelle ne se produirait en l'absence de préservatif », « nous utilisons un préservatif ou nous ne le faisons pas » (29,38,39,43,45,55,56). Certaines situations sociales dictent les comportements de protection sexuelle : on peut citer par exemple une fête ou un lieu sexuel où l'utilisation du préservatif est la norme explicite (51).

Mode de rencontre propice à l'utilisation du préservatif

Si le mode de rencontre du partenaire est susceptible de déboucher sur une relation à long terme, le préservatif serait plus facilement utilisé : rencontrer un partenaire sexuel potentiel dans le cadre de ses études, par le biais de passe-temps ou même des réseaux sociaux, entraînerait plus probablement une relation à long terme qu'un « coup d'un soir », et les partenaires seraient alors plus susceptibles de protéger leurs rapports sexuels (52).

A l'inverse, certains participants disent éviter les lieux de rencontre propices aux rapports sexuels non protégés, comme les lieux propices au « barebacking » (60).

Influence des proches

L'influence de la famille est souvent positive sur l'utilisation du préservatif et permet d'éviter les comportements à risque.

Les discussions avec les parents, la famille permettent une mise en garde contre le sexe non protégé, une information sur les risques, une incitation à utiliser le préservatif. Elle est particulièrement forte lorsqu'il y a une proximité entre les parents et les enfants, un lien et un amour réciproque (53). La proximité favorise une communication ouverte et libre sur la sexualité (29,53).

D'autre part, pour certaines personnes interrogées, un lien familial fort constitue un facteur de protection : cela pousse à se protéger pour protéger sa famille : « s'il ressent cet amour et s'aime lui-même, il sera plus responsable et prudent » (53).

D'autres participants soulignent le rôle protecteur de l'environnement familial et des médecins dans la réassurance face au risque, les conseils et l'écoute (30).

Enfin les amis peuvent, par leur partage d'expérience, faire apprendre de leurs erreurs (IST, grossesse non programmée) et informer sur le sexe protégé (29).

Moment approprié pour discuter du préservatif

Pour de nombreux participants, la « question du timing » est importante. Le moment propice pour discuter de l'utilisation du préservatif aurait lieu dès la phase initiale de la relation, avant l'acte sexuel, ce qui permet de négocier le préservatif avant l'intimité sexuelle (51,56).

Pour les rencontres en ligne, la décision d'utiliser le préservatif se ferait idéalement avant la rencontre, lors du contact internet par exemple, ou en le mentionnant dans l'annonce, ce qui peut permettre une sélection de partenaire (60).

Alternative à la divulgation

L'usage du préservatif peut permettre aux partenaires séropositifs d'éviter la divulgation de leur statut VIH. Certains préfèrent garder leur statut confidentiel car craignent les commérages et le rejet (51).

Une meilleure information sur les IST et le risque de grossesse changerait le comportement vis à vis du sexe non protégé en le faisant refuser (27).

Certains participants ont indiqué avoir pris conscience des risques et protéger leurs rapports sexuels après avoir reçu des messages de prévention du VIH, délivrés à l'école ou à l'infirmerie de la prison (26). Cette éducation peut être faite par le ou la partenaire sexuel(le). Certaines participantes disent éduquer leurs partenaires à l'utilisation du préservatif : elles fourniraient des supports visuels, notamment des diagrammes et des vidéos éducatives, afin les sensibiliser à l'importance de l'utilisation du préservatif (56). Dans une étude, la plupart des participants ont estimé que le risque lié à l'augmentation de la résistance aux antibiotiques du gonocoque était préoccupant, en particulier si le traitement entraînait l'hospitalisation pour administration d'antibiotiques par voie intraveineuse. Certains pensaient que si plus de gens étaient conscients de cela, une crainte ultérieure pourrait avoir une incidence sur leur comportement sexuel (50). Cela montre le rôle de la connaissance sur la prévention. Une meilleure formation technique augmenterait la capacité à utiliser les préservatifs correctement. Une bonne information sur les lieux où l'on peut obtenir des préservatifs gratuits améliorerait leur accès (40). L'utilisation d'applications géo sociales pour diffuser des informations de santé publique, informer les personnes d'un risque accru d'IST et encourager des tests réguliers a été plébiscitée par plusieurs participants. Les affiches et les dépliants seraient obsolètes et les participants disent être gênés de les lire en public. Selon eux, les « pop-up » sur les applications peuvent atteindre, en privé, les personnes se livrant à des relations sexuelles à haut risque avec plusieurs partenaires occasionnels (40,50).

Discussion

Discussion des résultats

Synthèse des résultats

Ce travail a permis d'analyser 37 études, 34 qualitatives et 3 mixtes, dont l'objectif principal ou l'un des objectifs portait sur la détermination des freins et des leviers à l'usage du préservatif.

Freins

Les barrières pratiques à l'usage du préservatif sont les problèmes d'accès, de coût, de technique d'utilisation et la crainte d'une défaillance du préservatif.

Concernant les problèmes d'accès, l'achat en ligne de préservatifs se développe. Citons par exemple les sites condomz.fr (61) et preservatifsenligne.fr (62). Ils promettent une livraison discrète et permettent de s'affranchir des inconvénients d'un achat en point de vente habituel. Sinon, l'application mobile Tup (pour Trouver Un Préservatif) permet de trouver rapidement un point de vente autour de soi. L'application géolocalise l'utilisateur et les emplacements des points de vente (pharmacies, supermarchés...) et distributeurs les plus proches apparaissent sur une carte à l'écran. Tup propose aussi des conseils d'utilisation, la conduite à tenir en cas de rupture de préservatif ainsi que les points de dépistage les plus proches, les adresses du planning familial et les centres de traitement d'urgence. L'application est téléchargeable gratuitement sur le site Trouverunpreservatif.com et sur les "stores" habituels (IOS et Android) (63).

Concernant leur coût, depuis le 10 décembre 2018, les préservatifs Eden[®] des laboratoires Majorelle sont remboursés à hauteur de 60% par la Sécurité Sociale (1). Leur coût final est nettement inférieur au prix habituellement constaté, ce qui les rend plus accessibles : 1,30€ la boîte de 6 (disponible en taille XL), 2,60€ la boîte de 12 et 5,20€ la boîte de 24. Le 4 mars 2019, « Sortez couverts » du laboratoire Polidis est le deuxième préservatif masculin à être remboursé par l'Assurance Maladie (64). Leur délivrance s'effectue en officine sur présentation d'une ordonnance d'un médecin ou d'une sage-femme, en prévention des IST. Cette prise en charge concerne les hommes et les femmes. D'après Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, interrogée par France Inter sur le sujet le 27 novembre 2018,

ce serait « une chance de plus pour pouvoir y accéder » sur le plan financier, mais aussi ce serait « une chance de plus pour les médecins de pouvoir parler du préservatif avec leurs patients », permettant d'ouvrir le dialogue et de les informer sur la contraception ou sur les risques d'IST (65). On peut se demander si cette mesure sera réellement efficace et « ne rate pas sa cible » comme l'écrit dans son article le Dr C. Tourmente (66). Selon la journaliste, le dispositif exclu une partie des populations les plus précaires, et la solution serait de développer d'autres canaux de distribution. La consultation de médecine générale reste l'occasion de former les patients aux techniques d'utilisation (ou de leur proposer des sites internet d'information) et de les rassurer concernant l'efficacité du préservatif.

Les barrières physiques sont la réduction des sensations, la perte d'érection, l'inconfort et l'allergie au latex.

Plusieurs grandes marques de préservatif ont développé de nouveaux matériaux afin d'améliorer les sensations, de stimuler l'érection et le plaisir féminin. Différentes marques proposent plusieurs gammes de produit, variant les tailles, les matières, les odeurs, les textures. Il faut encourager les patients à tester différents produits. Manix[®] propose par exemple des produits ultrafins type seconde peau. Chez l'homme, la première chose à entreprendre est de vérifier l'utilisation de préservatifs à la bonne taille. Durex[®] propose par exemple un « guide parfait des tailles de préservatifs » (67) où l'on explique comment reconnaître un mauvais choix de taille de préservatif et comment déterminer sa taille. Concernant les irritations génitales féminines, une erreur fréquente à rechercher et à éviter est la pose du préservatif à l'envers. Ensuite, on peut largement les diminuer en proposant d'utiliser systématiquement un préservatif extra-lubrifié (par exemple « Durex feeling sensual » ou « Control XTRA LUB ») et/ou un lubrifiant pour préservatif. Concernant l'allergie, il existe aujourd'hui de nombreuses marques qui produisent des préservatifs sans latex (Skyn[®], Durex[®], Terpan[®]). Il existe même des préservatifs végans (68).

Les barrières de jugement sont l'excitation sexuelle, la consommation de drogues et d'alcool et les maladies mentales. Le désir, la passion dont parlent les participants font appel à l'émotionnel, et introduire le préservatif dans ces moments privilégiés s'apparente à y faire entrer le négatif (les risques d'IST et de grossesse non programmée). Cet obstacle semble difficile à surmonter pour les participants, car ils ne seraient plus accessibles à la raison ou la logique.

On peut espérer qu'en éduquant les populations et en améliorant son accessibilité, l'usage du préservatif devienne un réflexe (par définition non réfléchi) opposable à l'impulsivité

sexuelle. Il faut encourager les patients à modérer leur consommation d'alcool et de drogues, la prise de risque (sexuelle, routière, etc.) en découlant pouvant être un bon argument. Concernant les pathologies mentales, un intérêt tout particulier devrait être accordé à nos patients suivis pour pathologie psychiatrique. Leur pathologie pouvant constituer une fragilité les exposant à des prises de risques, le médecin généraliste pourrait systématiquement proposer de parler de sexualité et du préservatif au cours de l'une des consultations de suivi.

Les barrières résultant des interactions sociales sont multiples.

Les freins culturels et religieux peuvent être majeurs au sein de certaines populations. Interrogé le 30 novembre 2015 sur la question de l'usage du préservatif, le Pape François a semblé avancer une « timide ouverture » selon le journal *Le Monde* (69). Jusque-là, l'Eglise catholique prêchait que les préservatifs n'étaient pas une solution pour lutter contre la diffusion du VIH. Le pape a alors reconnu que l'Eglise catholique était « confrontée à une perplexité ». S'il rappelle que « les rapports sexuels doivent être ouverts à la vie », il affirme cependant qu'il y a une « obligation de soigner » et de « sauver des vies » (69).

Les médias, la musique et internet ont une forte influence sur les jeunes. Il faut condamner les messages faisant l'apologie des conduites à risques (dans le rap notamment) et encourager les messages positifs. De plus en plus de jeunes sont consommateurs de pornographie. Comme le rapporte une étude Ifop publiée en mars 2017, 51% des adolescents, âgés de 15 à 17 ans, ont déjà consulté un site pornographique, contre 37% en 2013. Une proportion qui s'élève à 63% chez les garçons. De plus, 48% des adolescents et 37% des adolescentes estiment que la pornographie a participé à leur apprentissage de la sexualité (70). Un lobbying pro préservatif dans le milieu de la pornographie pourrait être efficace pour l'adoption des rapports sexuels protégés. Sur le plan culturel toujours, on peut souligner l'initiative d'un célèbre fabricant de préservatifs qui a lancé en 2015 une campagne pour qu'un préservatif devienne un émoji officiel, et universel (71). La volonté affichée était de faire entrer le sexe protégé dans la culture émoji, et d'impacter le comportement sexuel des jeunes.

D'autres barrières à l'utilisation du préservatif résultent de la minimisation du risque encouru lors d'un rapport sexuel non protégé. Le risque d'IST peut être minimisé par défaut d'information sur les IST en général, sur les modalités de transmissions, les risques présentés par les actes sexuels ou les modalités réelles de traitement. Plus préoccupant, certains participants ont indiqué ne pas craindre le VIH ou les autres IST. Le VIH est perçu comme

une maladie « avec laquelle on vit », et les autres IST comme « gérables ». L'éducation en matière de santé reste primordiale. Elle appartient à l'école, aux pouvoirs publics, aux associations, mais aussi aux professionnels de santé comme le médecin généraliste dont le rôle en matière de prévention est capital (17). La minimisation du risque d'IST peut provenir d'une évaluation erronée du partenaire : certains individus procèdent à une attribution arbitraire du statut sérologique ou infectieux du partenaire selon leurs conversations ou leurs observations. Lutter contre les idées reçues et les préjugés est le sujet de la campagne de pub de Durex® Belgium, en janvier 2018 : « lorsqu'on est sous le charme, vous voyez le meilleur en votre partenaire. » affirment-ils à raison (72). Parfois les risques sont minimisés parce que des tests d'IST ont été réalisés et seraient négatifs (avec ou sans preuve). On peut recommander aux patients d'exiger systématiquement les résultats de ces tests des mains de leur partenaire, et de continuer à utiliser les préservatifs s'ils ne sont pas sûrs de l'exclusivité de la relation.

Leviers

La contraception et la prévention du VIH et des autres IST sont les premiers arguments motivant l'usage du préservatif. Actuellement, le préservatif n'est plus la seule arme de prévention du VIH. Depuis janvier 2016, la PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) est remboursée en France (73,74). Depuis juillet 2017, plusieurs versions génériques sont également autorisées. Les résultats de l'étude ANRS Prévenir confirment la haute efficacité et la très bonne tolérance de la PrEP à la demande ou quotidienne (75,76). L'analyse des données au 13 Juin 2019 a permis de confirmer l'excellente efficacité de la PrEP avec seulement deux cas de contamination par le VIH chez des personnes ayant interrompu la PrEP plusieurs semaines auparavant. Ces résultats ont été présentés lors de la 10e conférence mondiale sur l'infection à VIH à Mexico city, en juillet 2019. Ces résultats ont conduit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à annoncer au cours de la conférence de Mexico une modification de ses recommandations sur la PrEP afin de pouvoir désormais proposer le schéma de PrEP à la demande pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) (77). On peut cependant s'interroger concernant les répercussions de la PrEP sur l'utilisation du préservatif. On peut se demander si, se sentant protégés du risque de contracter le VIH, les individus pourraient la substituer au préservatif. Or celle-ci ne protège aucunement des autres IST. La PrEP s'adresse aux personnes n'utilisant pas systématiquement le préservatif lors de leurs rapports sexuels et qui sont à haut risque de contracter le VIH (74). Mais quel sera l'impact sur les individus utilisant le préservatif avant

tout pour se protéger du VIH ? Existe-t-il un risque que la PrEP motive l'arrêt du préservatif, aggravant la propagation des autres IST dans la population ? Les résultats de l'étude ANRS Prévenir vont dans ce sens et montrent, chez les sujets utilisant la PrEP, une augmentation du nombre de rapports sexuels sans préservatif sur les trois derniers mois (+ 21% $p < 0.001$) et une augmentation de l'incidence des IST bactériennes (chlamydia, gonocoque, mycoplasmes, syphilis) de 38% par an ($p < 0.001$). Par exemple, l'incidence des infections rectales à chlamydia et gonocoque augmentent de 47% par an ($p < 0.001$) (75). De plus, la campagne de publicité pour l'utilisation de la PrEP, lancée par l'association Aides depuis juillet 2018, a fait débat. En effet, les affiches ne mentionnent pas le préservatif. Cette omission suscite beaucoup d'interrogations au sein du corps médical, pour qui l'enjeu majeur reste d'endiguer l'utilisation non systématique du préservatif. Camille Spire, membre du conseil d'administration d'Aides, interrogée sur le sujet par Allodocteurs.fr (78), expose les arguments de l'association : « l'objectif de la campagne était de faire connaître la PrEP », et « tout mettre sur l'affiche aurait brouillé le message ». Elle précise que « cette campagne cible, justement, les personnes qui ne portent pas systématiquement de préservatif lors de rapports à risques ». Elle souligne cependant que « Aides a toujours fait de la promotion du préservatif son cheval de bataille » et que pour la prochaine campagne, Aides pourrait réfléchir à un message complémentaire en bas de l'affiche.

Concernant les autres IST, une étude de phase I britannico-danoise a testé un premier vaccin contre *Chlamydia trachomatis*. L'étude est parue le 12 août 2019 dans « *The Lancet Infectious diseases* » (79). Les résultats seraient satisfaisants en termes de sécurité et d'efficacité. La chlamydia est l'IST bactérienne la plus courante et son incidence est particulièrement élevée chez les jeunes. Une étude de phase II serait prévue cet automne.

Cohérence externe

Stratégie de recherche concernant la cohérence externe et résultats

Nous avons interrogé la littérature existante afin de comparer notre revue de la littérature aux études similaires existantes.

La méthodologie employée pour la cohérence externe est donnée en annexe (Annexe 4).

Nous n'avons obtenu que 3 réponses correspondant à nos critères lors de la lecture des résumés (80–82).

Un seul de ces articles a pu être obtenu en texte intégral (80).

Il s'agit d'une revue systématique de la littérature publiée en 2006, menée par le

Département de Santé Publique de l'Ecole d'hygiène et de Médecine Tropicale de Londres, au Royaume-Unis. Elle avait inclus 268 études qualitatives publiées entre 1990 et 2004, portant sur des jeunes âgés de 10 à 25 ans. Les lieux d'étude n'étaient pas réduits. Son objectif principal était d'identifier et de comprendre les facteurs influençant le comportement sexuel des jeunes. Les résultats étaient regroupés sous forme de 7 thèmes principaux. Quatre étaient en lien avec notre sujet (thèmes 1 à 4) : évaluation subjective des risques présentés par les partenaires sexuels, catégorisation des partenaires en « propres » ou « impurs », influence importante des partenaires sexuels sur le comportement sexuel, les préservatifs peuvent être stigmatisants et associés à un manque de confiance envers le partenaire, les stéréotypes de genre sont essentiels pour déterminer les attentes et les comportements sociaux.

Différences et apports originaux de notre étude

Contrairement à notre recherche, cette étude de 2006 (80) n'était pas spécifiquement axée sur le préservatif.

Toutes les données en lien avec les freins et les leviers à l'usage du préservatif de cet article sont retrouvées dans notre revue de la littérature et ne représentent qu'une petite partie de nos résultats. Nous apportons donc un grand nombre d'informations supplémentaires.

Comme mentionné dans les résultats de l'article, les données recueillies de cette étude concernent essentiellement les hétérosexuels. Notre étude concerne la quasi-totalité des genres et des orientations sexuelles (cf infra Validité externe).

L'étude de 2006 ne différencie pas les données provenant de populations issues de pays développés et en voie de développement. Ces populations peuvent ne pas être comparables, notamment car elles n'ont pas un accès similaire à l'éducation et aux soins. Il peut donc exister des problèmes sociaux et de santé différents. Notre étude a inclus dans ses critères de sélection un IDH supérieur ou égal à 0.8 (22) afin d'assurer une certaine comparabilité entre les populations interrogées et la population générale française, cible de notre étude.

Contrairement à l'article de 2006, notre étude inclut des études qualitatives récentes, les plus anciennes datant de 2010. Les études que nous avons sélectionnées ont donc bénéficié du développement récent de la recherche qualitative, permettant d'obtenir une qualité méthodologique supérieure.

De plus, les données recueillies dans notre étude datent au plus tard de 2008, afin qu'elles ne soient pas obsolètes et correspondent à notre population cible.

Enfin, notre étude est encore une fois à son avantage sur le plan méthodologique. Comme

souligné dans la méthodologie de la revue de la littérature de 2006, au moment de sa rédaction il n'existait pas de recommandation ou de grille d'aide à la lecture et à l'élaboration des revues systématiques de la littérature à la fois précise, claire et reconnue sur le plan international. Dans notre cas, nous avons pu utiliser la grille PRISMA (21), publiée en 2009. Concernant les 2 autres revues de la littérature trouvées, nous n'avons pu les comparer à notre étude car nous ne disposions pas du texte intégral. Nous en présentons ici les principales caractéristiques.

La première (82) a été publiée en 2012. Elle a été menée par l'université d'Oxford et avait pour objectif de comprendre le rôle de la famille dans les décisions de jeunes femmes en matière de risques sexuels.

La seconde (81), publiée en 1992 par l'Unité de sociologie médicale MRC de Glasgow au Royaume-Uni, étudiait les obstacles à la « sécurité des rapports sexuels hétérosexuels » chez les jeunes. Cet article semblait particulièrement intéressant et traitait, par exemple, des difficultés à parler de sexe, des différentes attentes selon les genres liées à la rencontre, de la fonction principale des préservatifs en tant que contraceptifs ; des problèmes d'achat, de port et d'utilisation des préservatifs.

Forces et faiblesses de l'étude

Forces de l'étude

Les politiques actuelles de santé publique et les préoccupations fortes autour de la prévention des IST font que le sujet de ce travail se retrouve au cœur de l'actualité. Cela renforce son sens et son utilité.

Cette étude a été réalisée selon les critères édités par les recommandations internationales PRISMA (21), gages de rigueur méthodologique.

Deux chercheurs ont réalisé de manière indépendante les différentes étapes de sélection et d'inclusion des articles. Cela a permis de contrôler un biais de sélection inhérent au travail mené par un seul chercheur.

L'aide d'un 3ème chercheur n'a pas été nécessaire car, après confrontation, les quelques discordances ont pu être résolues. Cela est dû au fait que les critères d'inclusion et d'exclusion étaient suffisamment précis.

Lors de la sélection des articles, si l'un des critères de sélection était totalement ou en partie absent, l'article était exclu de la revue.

Les articles sélectionnés par la revue ont tous été évalués sur le plan méthodologique, ce qui

constitue une force de cette étude. Il n'y a pas de consensus sur le choix d'une grille d'évaluation concernant les études qualitatives. Après exploration de la littérature internationale, nous avons sélectionné une échelle validée, utilisée par d'autres auteurs (23).

a) Intérêt des revues systématiques de la littérature en médecine générale :

L'intérêt pour le médecin généraliste est parfaitement décrit dans cette citation de l'article « Revue systématique de la littérature : chic et pratique ! » des Drs Julie Dupouy et Sherazade Kinouani, paru dans la revue E-Respect n°3 en mars 2013 (83) :

« Un praticien de soins primaires seul ne peut avoir une vue d'ensemble de la littérature publiée à travers le monde sur un sujet. Une revue systématique fournit une synthèse de toutes les recherches menées pour répondre à une question médicale précise à un moment donné. Elle se base sur une méthode rigoureuse qui découle de l'objectif initial. Elle permet une revue critique de la littérature scientifique et garantit donc son objectivité. »

b) Choix de la recherche qualitative :

La recherche qualitative est la méthode qui permet de répondre à la question de recherche de cette étude.

Les méthodes de recherche qualitatives cherchent à observer et à décrire. Elles créent des données complexes, multiples et descriptives. Le principe est de « faire émerger du terrain un maximum de données relatives à la question posée afin de coller toujours au plus près de la réalité des faits » (84).

Ainsi la recherche qualitative peut être « utilisée pour explorer, décrire, observer, mais aussi pour comprendre des phénomènes » dans le but de créer des hypothèses issues du terrain.

Elle permet de recueillir les avis, les expériences personnelles, les comportements, les opinions et les connaissances concernant un sujet de santé publique.

« La médecine générale, concernée par des prises en charge complexes, est un champ de travail privilégié pour les recherches qualitatives » lorsque la question de recherche concerne « l'aspect relationnel du soin, ou lorsqu'elle s'intéresse aux interactions de phénomènes psychologiques ou sociaux avec l'aspect bio médical de la prise en charge » (84).

Validité Interne : limites et biais

a) Méthodologie :

La chercheuse principale de cette étude n'est pas expérimentée en matière de revue de la littérature et de recherche qualitative. Si elle a précédemment effectué une revue narrative

de la littérature sur ce même sujet, elle n'a jamais mené d'étude qualitative, et ce travail est sa première revue systématique de la littérature.

Outre les recommandations PRISMA, il existe une autre méthodologie de recherche concernant les revues systématiques de la littérature de recherches qualitatives : il s'agit de l'ENTREQ (Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research) (85), qui n'a pas été utilisée ici. Notre étude répond cependant à la quasi-totalité des critères de l'ENTREQ.

L'évaluation méthodologique des études qualitatives par la grille de lecture COREQ (23) évalue seulement la qualité du rapport, et non la qualité méthodologique de l'étude.

Plusieurs outils d'évaluation des études qualitatives peuvent être utilisés, comme le Critical Appraisal Skills Program (CASP) (86), qui aborde les principes et les hypothèses qui sous-tendent la recherche qualitative mais ne prétend pas être un guide définitif ; et l'outil QARI (Qualitative Assessment Review Instrument Tool) (87), qui pose des questions générales obligeant le lecteur à porter un jugement et à se prononcer, par exemple sur la pertinence de la méthodologie de recherche, les questions de recherche, la collecte de données, l'interprétation des résultats. La grille de lecture COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) (23) est le seul outil développé spécifiquement dans le but d'évaluer les rapports de recherche. Cependant, certains des 32 items sont sujets à une certaine subjectivité ou interprétation du chercheur selon sa compréhension de la grille.

Depuis la réalisation de cette revue systématique de la littérature, l'une des bases de données interrogées a fermé : le portail BDSP n'est plus consultable depuis le 1^{er} juillet 2019. La stratégie de recherche de cette étude n'est donc plus totalement reproductible.

b) Biais de sélection :

Respectant les critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons inclus des articles dont la population étudiée comprenait à la fois notre population cible (19-30 ans) et d'autres tranches d'âge. Il nous était impossible de différencier les résultats provenant de notre population cible de ceux provenant des autres populations, les études sélectionnées ne différenciant pas les résultats en fonction des tranches d'âge interrogées.

Nous n'avons pas inclus les études antérieures au 1^{er} janvier 2010 ou dont la date de recueil des données était antérieure au 1^{er} janvier 2008. Nous avons choisi ces dates de publication et de recueil de données afin que les études sélectionnées portent sur une population qui puisse être encore comparable à la population cible de cette revue systématique. Ce parti pris nous prive cependant des informations antérieures disponibles dans la littérature consultée. Quatre abstracts n'ont pu être obtenus et 18 articles n'ont pu être récupérés en texte intégral,

ce qui porte à 22 le nombre d'articles qui n'ont pu être analysés. Ces articles appartenait à des journaux scientifiques privés. Leur obtention était payante et l'Université de Toulouse Paul Sabatier ne disposait pas d'un accès pour les étudiants.

Deux des études incluses n'étaient basées ni sur des focus-group, ni sur des entretiens individuels, mais analysaient de manière qualitative les réponses écrites des participants à une ou des questions ouvertes (37,38). Une étude était basée sur des entretiens individuels téléphoniques (58). Leur qualité méthodologique était donc moindre, et la grille d'évaluation COREQ ne leur était pas particulièrement adaptée.

L'analyse méthodologique de tous les textes inclus dans cette étude a révélé qu'ils étaient très majoritairement de qualité méthodologique faible ou intermédiaire (scores allant de 7 à 26, moyenne de 17.6/32).

Enfin, lors de la sélection à la lecture des articles, les chercheurs ont trouvés au sein des annexes des articles correspondants au sujet et aux critères de recherche. Ces articles existent dans les bases de données interrogées mais n'ont pas été sélectionnés par les différentes équations de recherche utilisées.

c) Biais de classement :

Lors du recueil et de l'analyse des données, le travail de recherche a été effectué par un seul chercheur (le chercheur principal, CV), ce qui ne permet pas de contrôler les biais éventuels lors de ces étapes.

Durant l'extraction des données des études incluses, le chercheur a regroupé librement les données issues de chaque étude par thèmes et sous thèmes en notant les numéros des articles dont les données étaient issues. Il n'a pas créé de grille incluant toutes les données à recueillir validée par les personnes encadrant ce travail.

Les résultats des différentes études incluses ont été traités de manière égale et n'ont pas été exclus ni pondérés en fonction de l'évaluation méthodologique des études (score COREQ).

d) Biais de confusion :

Deux études étaient rédigées en français. Les 35 autres études étaient rédigées en langue anglaise.

La langue maternelle du chercheur principal de cette étude est le français, et il n'est pas bilingue en anglais (niveau d'anglais approximatif C1).

Les données recueillies étaient majoritairement issues de la transcription en verbatim du langage parlé des participants anglophones, comportant de nombreuses expressions et mots d'argot.

Dans les études portant sur les populations latino-américaines vivant aux Etats-Unis, certaines données étaient déjà des traductions anglaises de l'espagnol parlé.

Tous ces facteurs font qu'il a pu se poser des problèmes de traduction (interprétation, compréhension, sens détourné des mots) qui peuvent persister dans les résultats de cette étude malgré les efforts du chercheur pour les réduire : lecture attentive répétée et globale, utilisation simultanée de plusieurs traducteurs informatiques comme Google traduction et Reverso.

Validité Externe : généralisation des résultats

La validité externe d'une étude dépend essentiellement des caractéristiques des participants inclus et des conditions de réalisation des études.

a) Lieu des études :

Une seule étude française figure dans la liste des études sélectionnées. Il s'agit d'un travail de thèse de médecine générale, soutenue en 2018. Il faut souligner la qualité du rapport de cette étude, qui obtient le meilleur score lors de l'évaluation méthodologique avec la grille de lecture COREQ (26/32).

On compte par ailleurs 26 études menées aux Etats-Unis, et 6 ayant eu lieu dans d'autres pays européens (Royaume-Unis, Suède, Danemark, Pays-Bas, Portugal). Les autres pays représentés sont la Nouvelle-Zélande, l'Australie et Hong Kong.

Les résultats de cette revue de la littérature ne peuvent donc être adaptés que dans une certaine mesure à la France, des questions contextuelles et culturelles pouvant influencer fortement sur le comportement sexuel. Nous pouvons citer par exemple les cultures afro et latino-américaines, abordées dans plusieurs études, dont les conséquences sur le comportement sexuel ne peuvent être pleinement appliquées à la population générale française.

Les populations étudiées restent cependant majoritairement de culture occidentale, et toutes issues de pays développés, selon la définition du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) (22), ce qui garantit un accès à l'éducation et aux soins comparable à la France.

b) Genre et orientation sexuelle des participants :

Concernant les populations étudiées, tous les genres et orientations sexuelles sont représentés à l'exception des femmes homosexuelles pour lesquelles le port du préservatif

féminin ou masculin ne semble pas être abordé dans la littérature. On compte 9 études mixtes (concernant des hommes et des femmes), 9 études concernant uniquement des femmes et 19 uniquement des hommes. Les hommes homosexuels ou bisexuels sont étudiés dans 13 études, les hommes hétérosexuels dans 6 études.

c) Age des participants :

Toutes les études portaient sur tout ou partie de notre population cible (19-30 ans) : cette population a donc été largement étudiée dans notre revue.

Cependant les études sélectionnées comprenaient toutes d'autres tranches d'âge (beaucoup comportaient une inclusion à partir de 18 ans). Les résultats obtenus ici peuvent donc provenir de participants plus âgés ou plus jeunes dont les problématiques de santé peuvent ne pas correspondre à notre population cible.

d) Interventions réalisées :

Parmi les 37 articles inclus, on compte 34 études qualitatives et 3 études mixtes (comportant une partie quantitative et une partie qualitative).

Parmi les études qualitatives, 15 étaient des études qualitatives par entretiens collectifs (focus group) et 16 par entretiens individuels. Concernant les études mixtes, une utilisait des entretiens individuels en ligne (37) et les deux autres des entretiens collectifs (56,57).

Les deux grandes méthodes de recherche qualitative (entretiens collectifs et entretiens individuels) sont donc représentées à parts égales dans cette revue de la littérature. Cela a permis d'obtenir une grande diversité de résultats en s'affranchissant des biais propres à chaque méthode de recherche et en bénéficiant de leurs avantages respectifs. Les entretiens individuels permettent une plus grande intimité et de se libérer de la peur du jugement du groupe, surtout dans le cadre d'un sujet de sexualité. Les entretiens collectifs créent une émulation et des résultats nouveaux peuvent être induits par la dynamique de groupe.

Il faut cependant souligner à nouveau que l'analyse méthodologique des études incluses dans cette revue a révélé qu'elles étaient très majoritairement de qualité méthodologique faible ou intermédiaire.

En conclusion, la validité externe de cette étude est satisfaisante, les caractéristiques des participants inclus étant proches de la population cible (adultes âgés de 19 à 30 ans issus de la population générale française) et les études incluses représentant en nombre les deux méthodes majeures de recherche qualitative.

Cette revue systématique de la littérature n'a permis de sélectionner et d'analyser qu'une seule étude qualitative française répondant aux critères de sélection (30). Or celle-ci n'a étudié que des femmes. La majorité des autres études incluses provient des Etats-Unis. L'enjeu de santé publique en France est tel qu'il serait intéressant de promouvoir d'autres études qualitatives françaises sur le sujet. En effet, des questions contextuelles et culturelles peuvent influencer sur le comportement sexuel et les résultats de cette revue systématique ne peuvent être adaptés que dans une certaine mesure à la population française.

Nous suivrons avec intérêt les résultats de l'Enquête Rapport Au Sexe (ERAS), menée par Santé Publique France, qui a pour objectif de comprendre les stratégies de prévention et les comportements de dépistage des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. Les résultats sont attendus fin 2019 (88).

Les résultats de cette revue systématique de la littérature peuvent servir de base à la réalisation d'études épidémiologiques observationnelles sur le sujet, permettant de quantifier le poids relatif de chaque frein et levier à l'usage du préservatif et de déterminer des priorités d'action.

De plus, ces résultats pourraient faire l'objet d'un guide à destination des patients mais aussi des médecins généralistes. Ce guide pourrait constituer une aide à la pratique médicale en matière de prévention.

Conclusion

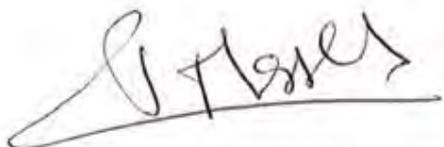
La très forte augmentation du nombre d'infections sexuellement transmissibles en France ces dix dernières années fait de la promotion du préservatif un enjeu majeur de santé publique. Cette étude résume les données qualitatives récentes disponibles sur les barrières et les motivations à l'usage du préservatif chez les jeunes adultes. Elle aide à comprendre le comportement sexuel des jeunes et à expliquer la cause des rapports sexuels non protégés. Les décideurs politiques en charge de la santé doivent en tenir compte lors de la conception des programmes de santé sexuelle et de lutte contre les IST. Notre étude permet d'améliorer l'information et la formation dans le domaine de la santé sexuelle, lesquelles doivent figurer en tête de liste des actions à mener au sein de la stratégie nationale de santé sexuelle.

Les freins sont constitués par des barrières pratiques, physiques, de jugement, interactionnelles, de minimisation du risque et individuelles. Les leviers principaux sont la prévention du VIH et des autres IST ainsi que la contraception.

Le médecin généraliste a un rôle fondamental en matière de prévention. Il est de plus en plus confronté à cette problématique et constitue l'un des principaux acteurs en soins premiers capables d'apporter des solutions concrètes.

Délivrer une information claire et rigoureuse sur les IST est primordial pour combattre les idées reçues et renforcer l'usage du préservatif. La connaissance des freins et des leviers à son usage peut être utilisée lors d'une consultation de médecine générale, pour promouvoir l'utilisation du préservatif et inciter nos patients à se protéger.

Vu
Toulouse le 27/08/2019



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 30/08/2019

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE



Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Avis de la Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDiMTS) du 12 juin 2018. EDEN, préservatif masculin lubrifié. [Internet]. 2018 [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CEPP-5519_EDEN_12_juin_2018_\(5519\)_avis.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CEPP-5519_EDEN_12_juin_2018_(5519)_avis.pdf)
2. François Bourdillon, Florence Lot, Françoise Cazein, Ndeindo Ndeikoundam, Josiane Pillonel, Corinne Pioche, et al. Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 26 novembre 2018. [Internet]. Santé Publique France. 2018 [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-26-novembre-2018>
3. Santé publique France. Chlamydiae [Internet]. Santé publique France. 2019 [cité 24 août 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae>
4. Lot Florence, Cazein Françoise, Ndeikoundam Ndeindo, Viriot Delphine, Pioche Corinne, Bruyand Mathias, Pillonel Josiane, Sommen Cécile. Activité de dépistage et de diagnostic du VIH et des IST bactériennes 2010-2017 Journées thématiques SFLS-Spilf-SpFrance 2019 : PrEP, IST, Santé sexuelle, Paris, 28 et 29 mars 2019 [Internet]. Santé Publique France. 2019 [cité 24 août 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/communication-congres/activite-de-depistage-et-de-diagnostic-du-vih-et-des-ist-bacteriennes-2010-2017>
5. Haute Autorité de Santé. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 23 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes
6. Ndeindo Ndeikoundam Ngangro, Delphine Viriot, Nelly Fournet, Bertille De Barbeyrac, Agathe Goubard, Nicolas Dupin, et al. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes. en France : situation en 2015 et évolutions récentes. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(41-42):738-44. [Internet]. Santé Publique France. 2016 [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html
7. Gonococcie [Internet]. Santé Publique France. 2019 [cité 23 août 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/gonococcie>
8. Santé publique France. Syphilis [Internet]. Santé publique France. 2019 [cité 23 août 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/syphilis>
9. Santé publique France. Nouvelles données de surveillance du VIH en France [Internet]. Santé publique France. 2019 [cité 22 août 2019]. Disponible sur:

<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/nouvelles-donnees-de-surveillance-du-vih-en-france>

10. Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route 2018-2020 de la stratégie nationale de santé sexuelle [Internet]. 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf
11. Organisation Mondiale de la Santé. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. WHO. 2019 [cité 24 août 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
12. Organisation Mondiale de la Santé. Le préservatif masculin en latex protège efficacement contre la grossesse et les infections sexuellement transmissibles [Internet]. WHO. [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs243/fr/>
13. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | VIH/sida [Internet]. WHO. 2017 [cité 24 août 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/qa/71/fr/>
14. BELTZER N, SABONI L, SAUVAGE C, SOMMEN C, Equipe KABP. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010 : situation en 2010 et 18 ans d'évolution. Paris Ile--Fr. déc 2011;153.
15. Océane Simon, Sarah Hachemi. Santé des Etudiants et des Lycéens. Enquête HEYME. Dossier de presse. [Internet]. 2019. Disponible sur: https://heyme.care/file-attached/heyme_enquete_sante_avancement_20190702.pdf
16. Annick Vilain. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Études Résultats [Internet]. sept 2018 [cité 30 janv 2019];(n° 1081). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>
17. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma-Ata [Internet]. 1978 [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf?ua=1
18. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE PROFILS COMPARÉS : 2007/2017 – LES TERRITOIRES AU CŒUR DE LA RÉFLEXION SITUATION AU 1ER JANVIER 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1sogkeq/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
19. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 24 août 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
20. Société Française de Médecine Générale. Observatoire de la Médecine Générale - Données [Internet]. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <http://omg.sfmng.org/content/donnees/donnees.php>
21. MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN D, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement [Internet]. The EQUATOR Network. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>

22. PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update | Human Development Reports [Internet]. 2018 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-indices-indicators-2018-statistical-update>
23. TONG A. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups [Internet]. The EQUATOR Network. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>
24. Davis KC, Schraufnagel TJ, Kajumulo KF, Gilmore AK, Norris J, George WH. A qualitative examination of men's condom use attitudes and resistance: « it's just part of the game ». *Arch Sex Behav.* avr 2014;43(3):631-43.
25. Lejelind E, Westerling R, Sjögren Fugl-Meyer K, Larsson K. Condom use among Swedes while traveling internationally: A qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci.* juin 2017;19(2):257-63.
26. Bowleg L, Mingo M, Massie JS. « The skill is using your big head over your little head »: what black heterosexual men say they know, want, and need to prevent HIV. *Am J Mens Health.* juill 2013;7(4 Suppl):31S-42S.
27. Leston JD, Jessen CM, Simons BC. Alaska Native and rural youth views of sexual health: a focus group project on sexually transmitted diseases, HIV/AIDS, and unplanned pregnancy. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res Online.* 2012;19(1):1-14.
28. Ibañez GE, Whitt E, Avent T, Martin SS, Varga LM, Cano MA, et al. « Love and trust, you can be blinded »: HIV risk within relationships among Latina women in Miami, Florida. *Ethn Health.* 2017;22(5):510-27.
29. Chandler R, Anstey EH, Ross H, Morrison-Beedy D. Perceptions of Black College Women on Barriers to HIV-Risk Reduction and Their HIV Prevention Intervention Needs. *J Assoc Nurses AIDS Care JANAC.* août 2016;27(4):392-403.
30. Pauliat S, Bouton C. Quels sont les déterminants de l'arrêt du préservatif?: étude qualitative à partir d'entretiens de patients de 18 à 30 ans. France; 2019.
31. Frye V, Williams K, Bond KT, Henny K, Cupid M, Weiss L, et al. Condom use and concurrent partnering among heterosexually active, African American men: a qualitative report. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* oct 2013;90(5):953-69.
32. Sales JM, DiClemente RJ, Davis TP, Sullivan S. Exploring why young African American women do not change condom-use behavior following participation in an STI/HIV prevention intervention. *Health Educ Res.* déc 2012;27(6):1091-101.
33. Mullinax M, Sanders S, Dennis B, Higgins J, Fortenberry JD, Reece M. How Condom Discontinuation Occurs: Interviews With Emerging Adult Women. *J Sex Res.* juin 2017;54(4-5):642-50.
34. Lemoine J, Teal SB, Peters M, Guiahi M. Motivating factors for dual-method contraceptive use among adolescents and young women: a qualitative investigation. *Contraception.* nov 2017;96(5):352-6.

35. Siegel K, Meunier É, Lekas H-M. Accounts for Unprotected Sex with Partners Met Online from Heterosexual Men and Women from Large US Metropolitan Areas. *AIDS Patient Care STDs*. 2017;31(7):315-28.
36. Malebranche DJ, Arriola KJ, Jenkins TR, Dauria E, Patel SN. Exploring the « bisexual bridge »: a qualitative study of risk behavior and disclosure of same-sex behavior among black bisexual men. *Am J Public Health*. janv 2010;100(1):159-64.
37. Prestage G, Brown G, Down IA, Jin F, Hurley M. « It's hard to know what is a risky or not a risky decision »: gay men's beliefs about risk during sex. *AIDS Behav*. mai 2013;17(4):1352-61.
38. Neville S, Adams J, Moorley C, Jackson D. The condom imperative in anal sex - one size may not fit all: a qualitative descriptive study of men who have sex with men. *J Clin Nurs*. déc 2016;25(23-24):3589-96.
39. McLaurin-Jones TL, Lashley M-B, Marshall VJ. Using Qualitative Methods to Understand Perceptions of Risk and Condom Use in African American College Women: Implications for Sexual Health Promotion. *Health Educ Behav Off Publ Soc Public Health Educ*. 2017;44(5):805-14.
40. Aliabadi N, Carballo-Dieguez A, Bakken S, Rojas M, Brown W, Carry M, et al. Using the Information-Motivation-Behavioral Skills Model to Guide the Development of an HIV Prevention Smartphone Application for High-Risk MSM. *AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ*. déc 2015;27(6):522-37.
41. Abreu S, Sala AC, Candelaria EM, Norman LR. Understanding the barriers that reduce the effectiveness of HIV/AIDS prevention strategies for Puerto Rican women living in low-income households in Ponce, PR: a qualitative study. *J Immigr Minor Health*. févr 2010;12(1):83-92.
42. Wade Taylor S, O'Cleirigh C, Mayer KH, Safren SA. HIV-infected men who have sex with men who engage in very high levels of transmission risk behaviors: establishing a context for novel prevention interventions. *Psychol Health Med*. 2013;18(5):576-87.
43. Noar SM, Webb E, Van Stee S, Feist-Price S, Crosby R, Willoughby JF, et al. Sexual partnerships, risk behaviors, and condom use among low-income heterosexual African Americans: a qualitative study. *Arch Sex Behav*. août 2012;41(4):959-70.
44. Hotton AL, French AL, Hosek SG, Kendrick SR, Lemos D, Brothers J, et al. Relationship Dynamics and Sexual Risk Reduction Strategies Among Heterosexual Young Adults: A Qualitative Study of Sexually Transmitted Infection Clinic Attendees at an Urban Chicago Health Center. *AIDS Patient Care STDs*. déc 2015;29(12):668-74.
45. Bowleg L, Teti M, Massie JS, Patel A, Malebranche DJ, Tschann JM. « What does it take to be a man? What is a real man? »: ideologies of masculinity and HIV sexual risk among Black heterosexual men. *Cult Health Sex*. mai 2011;13(5):545-59.
46. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect*. déc 2015;91(8):564-8.

47. Baker JL, Brawner B, Cederbaum JA, White S, Davis ZM, Brawner W, et al. Barbershops as venues to assess and intervene in HIV/STI risk among young, heterosexual African American men. *Am J Mens Health*. sept 2012;6(5):368-82.
48. Bowleg L, Heckert AL, Brown TL, Massie JS. Responsible men, blameworthy women: Black heterosexual men's discursive constructions of safer sex and masculinity. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. avr 2015;34(4):314-27.
49. MAIA M. Rejet des discours préventifs et comportements sexuels à risque : enquête qualitative auprès d'homosexuels masculins, au Portugal. *Sante Publique (Bucur)*. 12 2010;22(6):657-64.
50. Payne L, Lawrence D, Soni S, Llewellyn C, Dean G. Investigating factors for increased gonorrhoea re-infection in men who have sex with men attending a genitourinary clinic: a qualitative study. *Int J STD AIDS*. 2017;28(9):858-63.
51. Heijman T, Zuure F, Stolte I, Davidovich U. Motives and barriers to safer sex and regular STI testing among MSM soon after HIV diagnosis. *BMC Infect Dis*. 07 2017;17(1):194.
52. Jørgensen MJ, Andersen B, Olesen F, Maindal HT. Young Danes' experiences with unsafe sex. *Dan Med J*. janv 2013;60(1):A4566.
53. LaSala MC. Condoms and Connection: Parents, Gay and Bisexual Youth, and HIV Risk. *J Marital Fam Ther*. oct 2015;41(4):451-64.
54. Yeo TED, Fung TH. Between « 0 » and « 1 »: safer sex and condom use among young gay men in Hong Kong. *Cult Health Sex*. 2016;18(3):294-307.
55. Sastre F, De La Rosa M, Ibanez GE, Whitt E, Martin SS, O'Connell DJ. Condom use preferences among Latinos in Miami-Dade: emerging themes concerning men's and women's culturally-ascribed attitudes and behaviours. *Cult Health Sex*. 2015;17(6):667-81.
56. McLaurin-Jones T, Lashley M-B, Marshall V. Minority College Women's Views on Condom Negotiation. *Int J Environ Res Public Health*. 22 déc 2015;13(1):ijerph13010040.
57. Henrickson M, Dickson N, Mhlanga F, Ludlam A. Stigma, lack of knowledge and prevalence maintain HIV risk among Black Africans in New Zealand. *Aust N Z J Public Health*. févr 2015;39(1):32-7.
58. Siegel K, Lekas H-M, Onaga M, Verni R, Gunn H. The Strategies of Heterosexuals from Large Metropolitan Areas for Assessing the Risks of Exposure to HIV or Other Sexually Transmitted Infections from Partners Met Online. *AIDS Patient Care STDs*. avr 2017;31(4):182-95.
59. Geter A, Ricks JM, McGladrey M, Crosby RA, Mena LA, Ottmar JM. Experiences of Antihomosexual Attitudes and Young Black Men Who Have Sex with Men in the South: A Need for Community-Based Interventions. *LGBT Health*. 2016;3(3):214-8.
60. Grov C, Agyemang L, Ventuneac A, Breslow AS. Navigating condom use and HIV status disclosure with partners met online: a qualitative pilot study with gay and

bisexual men from Craigslist.org. AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ. févr 2013;25(1):72-85.

61. Préservatifs en vente : N°1 en ligne sur la capote [Internet]. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: <https://www.condomz.fr/>
62. www.vaimo.com. Préservatifs - Preservatifsenligne.fr [Internet]. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: <https://www.preservatifsenligne.fr/>
63. TUP, l'application qui vous trouve un préservatif [Internet]. TUP. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: <http://www.trouverunpreservatif.fr>
64. Arrêté du 14 février 2019 portant inscription du préservatif masculin lubrifié SORTEZ COUVERTS ! du laboratoire POLIDIS au titre I de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale | Legifrance [Internet]. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/2/14/SSAS1904953A/jo/texte>
65. DEMORAND N, SALAME L. L'invité de 08H20 : le grand entretien. Le grand entretien avec Agnès Buzyn : « Certains préservatifs seront remboursés sur prescription médicale » [Internet]. France Inter. 2018 [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/l-invite-de-8h20-le-grand-entretien/l-invite-de-8h20-le-grand-entretien-27-novembre-2018>
66. TOURMENTE C. Préservatif remboursé : peut mieux faire ! [Internet]. Allo docteurs. 2018 [cité 18 août 2019]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/sexo/ist/preservatif-rembourse-peut-mieux-faire_25975.html
67. Le guide parfait des tailles de préservatifs [Internet]. Durex FR. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: <https://www.durex.fr/blogs/passez-en-mode-exploration/le-guide-parfait-des-tailles-de-preservatifs>
68. Des préservatifs... vegans ! [Internet]. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/sexo/contraception/preservatif/les-vegans-ont-desormais-leur-preservatif_24911.html
69. Timide ouverture du pape sur le préservatif. Le Monde.fr [Internet]. 30 nov 2015 [cité 20 août 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/religions/article/2015/11/30/le-pape-francois-reconnait-la-perplexite-de-l-eglise-catholique-a-propos-du-preservatif_4820977_1653130.html
70. Etude IFOP. Les adolescents et le porno : vers une « Génération Youporn » ? 17 mars 2017; Disponible sur: https://www.open-asso.org/wp-content/uploads/2017/03/114495_Rapport_OPEN_15.03.2017-1.pdf
71. Un emoji « préservatif » pour vos sextos ? [Internet]. Allo docteurs. 2015 [cité 18 août 2019]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/sexo/contraception/preservatif/un-emoji-preservatif-pour-vos-sextos_17935.html
72. Durex Belgium - OFFICIAL. Publicité Durex - Rencontrez Léa [Internet]. 2018 [cité 20 août 2019]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=lZkamIF-xk4&feature=youtu.be>

73. Truvada dans la prophylaxie Pré-exposition (PrEP) au VIH : fin de la Recommandation Temporaire d'Utilisation - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 26 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Truvada-dans-la-prophylaxie-Pre-exposition-PrEP-au-VIH-fin-de-la-Recommandation-Temporaire-d-Utilisation-Point-d-information>
74. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par ténofovir disoproxil/emtricitabine (TRUVADA® et ses génériques) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2750213/fr/la-prophylaxie-pre-exposition-prep-au-vih-par-tenofovir-disoproxil/emtricitabine-truvada-et-ses-generiques
75. Molina JM. Etude ANRS Prevenir [Internet]. 2019 [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <http://programme.ias2019.org/Abstract/Abstract/1057>
76. Molina JM. Programme de la Xe conférence internationale IAS sur la science du HIV (Mexico city, 20-24 juillet). Accès diaporama. [Internet]. 2019 [cité 26 août 2019]. Disponible sur: <http://programme.ias2019.org/Programme/Session/91>
77. WHO | What's the 2+1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's recommendation on oral PrEP [Internet]. WHO. [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/hiv/pub/prep/211/en/>
78. PrEP : pourquoi la campagne de Aides suscite-t-elle l'incompréhension ? [Internet]. Allo docteurs. 2019 [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/maladies/maladies-infectieuses-et-tropicales/sida-vih/prep-pourquoi-la-campagne-de-aides-suscite-t-elle-lincomprehension_26378.html
79. Abraham S, Juel HB, Bang P, Cheeseman HM, Dohn RB, Cole T, et al. Safety and immunogenicity of the chlamydia vaccine candidate CTH522 adjuvanted with CAF01 liposomes or aluminium hydroxide: a first-in-human, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 1 trial. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 12 août 2019 [cité 22 août 2019];0(0). Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(19\)30279-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(19)30279-8/abstract)
80. Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *The Lancet*. 4 nov 2006;368(9547):1581-6.
81. Wight D. Impediments to safer heterosexual sex: a review of research with young people. *AIDS Care*. 1992;4(1):11-23.
82. Bangpan M, Operario D. Understanding the role of family on sexual-risk decisions of young women: a systematic review. *AIDS Care*. 2012;24(9):1163-72.
83. Julie Dupouy, Sherazade Kinouani. Revue systématique de la littérature : chic et pratique ! *Rev Etudiants En Soins Prim Cherch Toulous*. mars 2013;(3):p19-26.
84. LEMERCIER X, AUBIN-AUGER I. Faire de la recherche qualitative en médecine générale. Définitions et principes. *Rev E-Respect*. mars 2014;(6):21-3.

85. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol.* 27 nov 2012;12(1):181.
86. Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Systematic Review) Checklist. [Internet]. Disponible sur: https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018_fillable-form.pdf
87. The Joanna Briggs Institute: Joanna Briggs Institute Reviewers. the Qualitative Assessment Review Instrument Tool (QARI) [Internet]. 2008. Disponible sur: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf
88. Enquête rapport au sexe 2019 : objectif de participation dépassé [Internet]. [cité 24 août 2019]. Disponible sur: /les-actualites/enquete-rapport-au-sexe-2019-objectif-de-participation-depasse

Annexes

Annexe 1 : Tableau des articles exclus

Titre	Auteur	Année	Cause exclusion
A qualitative study of contraceptive understanding among young adults	Marion W. Carter	2012	Données antérieures au 1er janvier 2008
An HIV intervention tailored for black young men who have sex with men in the House Ball Community	Sybil G. Hosek	2014	Étude quantitative
An HIV prevention intervention for ethnically diverse men in substance abuse treatment: pilot study findings	Donald A. Calsyn	2013	Objectif inadapté
"And let me see them damn papers!" The role of STI/AIDS screening among urban African American and Puerto Rican youth in the transition to sex without a condom	Abraham Traci	2011	Données antérieures au 1er janvier 2008
Associations of a sexually transmitted disease diagnosis during a relationship with condom use and psychosocial outcomes: (short) windows of opportunity	Reid Allecia E.	2013	Objectif inadapté
Attitudes, connaissances et représentations des hommes concernant la contraception masculine	Mohanna Laurent	2018	Étude quantitative
Breaking the bond between stimulant use and risky sex: a qualitative study	Lyons Thomas	2010	Objectif inadapté
College students' sexual health: personal responsibility or the responsibility of the college?	Lechner Kate	2013	Objectif inadapté
Condom use following a pilot test of the Popular Opinion Leader intervention in the Barbados Defence Force	Anastario Michael P.	2013	Objectif inadapté
Contraceptive choices and sexual health of Japanese women living in Australia: A brief report from a qualitative study	Inoue Kumiyo	2016	Objectif inadapté
Contraceptive decision-making in sexual relationships: young men's experiences, attitudes and values	Raine Tina R.	2010	Données antérieures au 1er janvier 2008
Discrimination and sexual risk among young urban pregnant women of color	Rosenthal Lisa	2017	Étude quantitative
'Do you know how to use a condom?' - UK nurse practitioners' conversation about men and family planning	Wilson A. D.	2018	Population inadaptée
Early life circumstances as contributors to HIV infection	Siegel Karolynn	2014	Objectif non clairement axé sur le préservatif

Titre	Auteur	Année	Cause exclusion
Human Immunodeficiency Virus, Other Sexually Transmitted Infections, and Sexual and Reproductive Health in Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender Youth	Wood Sarah M.	2017	Étude quantitative
'I told him not to use condoms': masculinities, femininities and sexual health of Aboriginal Canadian young people	Devries Karen M.	2010	Données antérieures au 1er janvier 2008
Identity formation, outness, and sexual risk among gay and bisexual men	White Darcy	2014	Étude quantitative
Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study	Bourne A.	2015	Objectif inadapté
Impact d'une intervention auprès d'étudiants en médecine sur leur représentation du préservatif féminin	Lhuillier Laurene	2012	Étude quantitative
Le préservatif féminin en 2016: connaissances et représentation de 286 étudiants amiénois de 18 à 25 ans	Rodrigues Da Costa Kathleen	2017	Étude quantitative
Masculinities on transnational journeys: sexual practices and risk management among male Chinese immigrants to Canada	Wei Wei	2017	Objectif inadapté et lieu d'étude inadapté
Motivations for sex among low-income African American young women	Deardorff Julianna	2013	Objectif non clairement axé sur le préservatif
Perceptions of HIV/STI prevention among young adults in Sweden who travel abroad: a qualitative study with focus group and individual interviews	Qvarnström Anna	2014	Objectif non clairement axé sur le préservatif
Positive sexuality: HIV disclosure, gender, violence and the law-A qualitative study	Krüsi Andrea	2018	Objectif non spécifiquement axé sur le préservatif
Psychosocial predictors and HIV-related behaviors of old adults versus late middle-aged and younger adults	Prati Gabriele	2015	Objectif inadapté
Qualitative analysis of cocaine and heroin users' main partner sex-risk behavior: is safety in love safety in health?	Bernstein Edward	2013	Objectif inadapté et données antérieures au 1er janvier 2008
Real Talk: Developing a Computer-Delivered Sexual Health Program for Black Men Who Have Sex With Men	Klein Charles	2016	Objectif et population inadaptés
Reasons for non-use of condoms among men who have sex with men: a comparison of receptive and insertive role in sex and online and offline meeting venue	Ostergren JE	2011	Données antérieures au 1er janvier 2008

Titre	Auteur	Année	Cause exclusion
Responsibility, risk and negotiation in the discourse of gay men's group sex	McInnes David	2011	Objectif inadapté
Risk Factors for HIV Transmission and Barriers to HIV Disclosure: Metropolitan Atlanta Youth Perspectives	Camacho-Gonzalez Andres F.	2016	Objectif inadapté
Risks worth taking: safety agreements among discordant gay couples	Beougher Sean C.	2012	Objectif inadapté et données antérieures au 1er janvier 2008
Sex, condoms and sexually transmissible infections: a qualitative study of sexual health in young Australian men	Smith Jennifer L.	2012	Données antérieures au 1er janvier 2008
Sexual pleasure and intimacy among men who engage in "bareback sex"	Carballo-Diéguez Alex	2011	Données antérieures au 1er janvier 2008
Sexual safety and sexual security among young Black women who have sex with women and men	Alexander Kamila Anise	2014	Objectif inadapté
Sexual scripts and sexual risk behaviors among Black heterosexual men: development of the Sexual Scripts Scale	Bowleg Lisa	2015	Objectif inadapté
The Tangled Branches (Las Ramas Enredadas): sexual risk, substance abuse, and intimate partner violence among Hispanic men who have sex with men	De Santis Joseph P.	2014	Objectif inadapté
The Uses of Texting in Sexual Relationships Scale: Associations With Risky Sexual Behavior Among At-Risk African American Emerging Adults	Broaddus Michelle	2016	Objectif inadapté
Transmen: the HIV risk of gay identity	Rowniak Stefan	2011	Objectif inadapté
What HIV-positive MSM want from sexual risk reduction interventions: findings from a qualitative study	Vanable Peter A.	2012	Objectif inadapté
What we can't see? Understanding the representations and meanings of UAI, barebacking, and semen exchange in gay male pornography	Mowlabocus Sharif	2014	Objectif inadapté
"When you get old like this ... you don't run those risks anymore": influence of age on sexual risk behaviors and condom use attitudes among methamphetamine-using heterosexual women with a history of partner violence	Ludwig-Barron Natasha	2014	Objectif inadapté
Women bar drinkers' discussions about birth control and risky sexual behavior	Levonyan-Radloff Kristine	2012	Données antérieures au 1er janvier 2008

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
A qualitative examination of men's condom use attitudes and resistance: "it's just part of the game". (24) <i>Kelly Cue Davis, 2014</i>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups)	États-Unis	60 hommes célibataires ayant des rapports sexuels avec des femmes, âgés de 21 à 35 ans, déclarant utiliser les préservatifs de manière inconstante.	Les taux d'IST continuent d'augmenter chez les jeunes hommes adultes. L'utilisation correcte et systématique du préservatif réduit les risques de transmission des IST et des grossesses non planifiées. La majorité des jeunes adultes signale une utilisation incohérente du préservatif. Les attitudes à l'égard de l'utilisation du préservatif devraient permettre de prédire l'intention d'utiliser un préservatif et son utilisation effective.	Recherche financée par une subvention au premier auteur du National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (R01-AA017608). Conflits d'intérêt non précisés.	<u>Freins</u> : Difficile à acquérir. <u>Coûteux</u> . Altération des sensations physiques durant le rapport. Perte/problème d'érection ou d'éjaculation. Problèmes de lubrification vaginaux et friction. Inconfort du au mauvais ajustement. Allergie au latex. L'alcool altère le jugement et diminue la probabilité d'utiliser un préservatif. Affecte la qualité et la probabilité du rapport sexuel. <u>Levier</u> s: Protection contre les IST et les grossesses non planifiées. Prolonger le rapport sexuel/retarder l'éjaculation.	24/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Accounts for Unprotected Sex with Partners Met Online from Heterosexual Men and Women from Large US Metropolitan Areas (35) <i>Karolynn Siegel, 2017</i>	Étude qualitative par entretiens individuels	États-Unis	150 hommes et femmes hétérosexuels âgés de 18 à 50 ans, ayant eu des relations sexuelles uniquement avec des personnes du sexe opposé au cours des 3 années précédentes; et ayant eu des relations sexuelles non protégées avec au moins deux partenaires différents, initialement rencontrés en ligne, au cours des 3 mois précédents.	Les messages sur la santé sexuelle ont mis l'accent sur la responsabilité personnelle d'utiliser des préservatifs pour se protéger contre l'acquisition ou la transmission du VIH ou d'autres IST. Ceux qui n'ont pas utilisé de préservatif lors de rapports sexuels occasionnels peuvent se sentir obligés de donner des "comptes", afin d'éviter tout jugement défavorable.	Étude financée par le NIH / NIMH (MH095325, Karolynn Siegel, PhD et Helen-Maria Lekas, PhD, Multiple Pis). Les auteurs déclarent n'avoir aucun autre conflit d'intérêt financier.	<u>Freins</u> : Problèmes d'accès au préservatif : à court, hors de portée. <u>Rapports sexuels dans un endroit inhabituel</u> (voiture, extérieur, etc.) ou imprévu. Difficultés avec l'utilisation de préservatifs : cassé, pas la bonne taille ou la bonne composition. L'excitation sexuelle altère le jugement rationnel. Effet de l'alcool ou des drogues. Maladie mentale ou vulnérabilité émotionnelle. Refus du partenaire. Minimisation des risques.	15/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Alaska Native and rural youth views of sexual health: a focus group project on sexually transmitted diseases, HIV/AIDS, and unplanned pregnancy. (27) <i>Jessica D. Leston, 2012</i>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups)	États-Unis, Alaska	105 jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans, provenant de 5 communautés rurales en Alaska.	Les jeunes adultes sont à plus fort risque d'IST que le reste de la population. En Alaska, il existe une disparité des taux d'IST, de VIH, et de grossesses non planifiées entre les populations autochtones et non-autochtones.	Travail financé par le «Indian Health Service National STD Program». Conflits d'intérêt non précisés.	<u>Freins</u> : L'embarras/honte lié à la confidentialité et au besoin de respect de la vie privée affecte l'obtention de préservatif. <u>Leviers</u> : Être informé sur les IST et le risque de grossesse réduirait le risque de rapports sexuels non protégés. Peur des conséquences des IST sur le fœtus.	14/32
Barbershops as venues to assess and intervene in HIV/STI risk among young, heterosexual African American men. (47) <i>Jillian Lucas Baker, 2012</i>	Étude mixte : partie qualitative par un entretien collectif (focus group)	États-Unis, Philadelphie.	Partie qualitative : 13 jeunes hommes afro-américains hétérosexuels âgés de 18 à 24 ans fréquentant un salon de coiffure de Philadelphie.	Les Afro-Américains, en particulier les hommes, sont touchés de manière disproportionnée par l'épidémie de VIH. L'utilisation incohérente du préservatif et les partenaires multiples sont des facteurs de risque.	Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt ni financement.	<u>Freins</u> : Une grande attirance sexuelle rendrait plus difficile la négociation du préservatif. Ne pas aimer la sensation, allergie latex. Impact négatif de la drogue ou l'alcool. Refus de la partenaire. Test d'IST négatifs. <u>Leviers</u> : prévention des IST et grossesse. Sensation pas désagréable. Exigence de la partenaire. Savoir que l'on doit se protéger. Mauvaise expérience.	20/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Between '0' and '1': safer sex and condom use among young gay men in Hong Kong. (54) <i>Tien Ee Dominic Yeo, 2016</i>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups) et individuels	Hong-Kong	74 hommes gays d'origine chinoise, âgés de 18 à 25 ans.	Les jeunes hommes homosexuels deviennent le sous-groupe le plus à risque d'incidence du VIH à Hong Kong.	Travail financé par le Research Grants Council, University Grants Committee, Hong Kong [Grant Number 249213]. Conflits d'intérêt non précisés.	<u>Freins</u> : Réduction des sensations. Ne pas vouloir être rabat-joie, gâcher une relation. Refus du partenaire. Crainte du partenaire. Désir de faire plaisir. Sensation de possession, de conquête pleine. Confiance envers le partenaire. Test de dépistage négatif. Signifie la méfiance. Moindre risque d'IST lorsque insertif. Trop de message de prévention. <u>Leviers</u> : protection contre les IST. Refuser de prendre le moindre risque et ne faire confiance qu'à soi-même.	10/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
<p>Condom use among Swedes while traveling internationally: A qualitative descriptive study. (25) <i>Eva Lejelind, 2017</i></p>	Étude qualitative par entretiens individuels	Suède	25 femmes et 25 hommes, âgés de 20 à 58 ans (âges médians de 23 ans et 24 ans), se rendant à la clinique après avoir eu des rapports sexuels non protégés au cours des six derniers mois, ayant voyagé à l'étranger et ayant subi un test de dépistage des IST.	<p>Les voyages internationaux sont associés à des comportements à risque. Le risque d'être infecté est plus élevé pour les Suédois ayant des relations sexuelles non protégées à l'étranger.</p>	<p>Étude financée par des subventions de l'Agence de la santé publique de Suède. Conflits d'intérêt non précisés.</p>	<p><u>Freins</u> : Aspects techniques liés à l'utilisation et à l'achat de préservatifs. Réduit le plaisir. Douleur et inconfort : irritent les parties génitales. L'excitation influence le jugement. Influence de l'alcool / drogues : altération du jugement et de la technique. Peut ruiner l'humeur. Peut réduire les chances d'avoir des relations sexuelles. S'abstenir de prendre ses propres décisions. Laisser la décision aux partenaires. Difficulté à indiquer ses propres préférences. Retour de la générosité. Influence des amis. Anonymat lors de voyages internationaux. Ignorer les risques d'IST.</p>	21/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
<p>Condom use and concurrent partnering among heterosexually active, African American men: a qualitative report. (31) <i>Victoria Frye, 2013</i></p>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups) et individuels	États-Unis, New York	61 hommes homosexuels afro-américains âgés de 18 à 45 ans, vivant dans le sud du Bronx ou à Harlem.	Le VIH est aujourd'hui un problème majeur de santé publique aux États-Unis. Entre 2005 et 2008, les Afro-Américains représentaient les deux tiers de tous les cas de VIH / sida contractés par hétérosexualité.	Étude financée par un accord de la « Division of HIV/AIDS Prevention », numéro d'attribution du CDC. Conflits d'intérêt non précisés.	<p><u>Freins</u> : Ne pas les avoir sous la main ou ne pas avoir le temps de les utiliser. Peu pratiques et difficiles à utiliser, surtout lors de consommation excessive de drogue ou alcool. Diminuent le plaisir, diminuent les sensations. Perte d'érection. «Vivre dans le moment» : ne pas penser, ne pas être vraiment conscient. La drogue et l'alcool diminuent la capacité à utiliser les préservatifs. Renvoie une image négative au partenaire : maladie. Manque de motivation. <u>Leviers</u> : Prévention des IST, protéger le/la partenaire principal(e). Prévention de la grossesse. Remords et regrets ressentis après des rapports non protégés sont une motivation à utiliser les préservatifs. Paternité.</p>	23/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
<p>Condom use preferences among Latinos in Miami-Dade: emerging themes concerning men's and women's culturally-ascribed attitudes and behaviours. (55) <i>Francisco Sastre, 2015</i></p>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups)	États-Unis, Miami-Dade	67 participants (39 hommes et 28 femmes), hétérosexuels, d'origine hispanique/latino, vivant dans le comté de Miami-Dade, âgés de 18 à 49 ans.	Le comté de Miami-Dade est actuellement en tête des États-Unis avec le taux le plus élevé de nouvelles infections dans le pays, et le nombre d'hommes et de femmes latinos infectés par le VIH dans le comté continue d'augmenter. Parmi les latinos, les valeurs culturelles telles que le machisme et le «marianisme» peut promouvoir une utilisation incohérente du préservatif représentant un facteur de risque significatif pour l'infection à VIH.	Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt. Étude financée par le National Institute on Drug Abuse [grant number 5R34DA031063].	Utilisation du préservatif selon la perception du risque : classification des femmes en « sale-propre » en fonction : -de ses caractéristiques -du lieu de rencontre -de sa réputation. Refus du/de la partenaire ou exigé. <u>Freins :</u> Femmes : agir comme un homme, faire ce que l'on veut, ressentir/avoir le pouvoir des hommes. Insultant de vouloir utiliser un préservatif (fe), vouloir affirmer que l'on est « propre », question de la confiance en jeu. Défaut d'affirmation de soi. Préservatif détesté, moins naturel et moins agréable, moins de plaisir, moins de sensations.	15/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
<p>Condoms and Connection: Parents, Gay and Bisexual Youth, and HIV Risk. (53) <i>Michael C. LaSala, 2015</i></p>	Étude qualitative par entretiens individuels	États-Unis : New Jersey, NYC, Philadelphie.	38 jeunes hommes homosexuels ou bisexuels âgés de 14 à 21 ans.	La famille a longtemps été considérée comme une puissante influence sur les comportements à risque des jeunes. Cependant, on sait peu de choses sur les influences familiales préventives chez les jeunes homosexuels et bisexuels, groupe à haut risque d'infection par le VIH.	Financé par le New York Community Trust, Lois and Samuel Silberman Fund Faculty Grant Program. Conflits d'intérêt non précisés.	<p><u>Leviers :</u> L'influence parentale/de la famille : la proximité parent-enfant et lien/amour réciproque évite le comportement à risque. Un lien familial fort constitue un facteur de protection, se protéger pour protéger sa famille La proximité favorise une communication ouverte/libre. Discussions en famille : mises en garde, information sur les risques, incitation à utiliser le préservatif.</p> <p><u>Freins :</u> L'absence d'influence parentale : -rupture de la famille : relation parent-enfant perturbée -absence de discussion : obstacles à la discussion : gêne des parents, manque de confiance dans leur capacité à parler avec leur enfant du VIH, réticence des enfants</p>	18/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Experiences of Antihomosexual Attitudes and Young Black Men Who Have Sex with Men in the South: A Need for Community-Based Interventions. (59) <i>Angelica Geter, 2016</i>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups)	États-Unis	54 jeunes hommes homosexuels noirs/afro-américains, âgés de 18 à 29 ans.	En 2012, Jackson (Mississippi) affichait le troisième taux d'incidence le plus élevé du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) parmi les jeunes hommes noirs homosexuels.	Étude financée par: l'Institut national de la santé mentale (R01MH092226), l'Institut national de la santé pour les minorités et les disparités sur le plan de la santé, et l'Institut national de la santé des minorités et disparités sur le plan de la santé. Aucun autre conflit d'intérêt financier déclaré par les auteurs.	<u>Freins</u> : Homosexualité refoulée/non assumée. Haine de soi. <u>Leviers</u> : Vouloir lutter contre la stigmatisation de l'homosexualité : homosexuels souvent stigmatisés comme malades et immoraux donne une motivation pour utiliser les préservatifs, et lutter contre les stéréotypes.	16/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
<p>Exploring the "bisexual bridge": a qualitative study of risk behavior and disclosure of same-sex behavior among black bisexual men. (36) <i>David J. Malebranche, 2010</i></p>	<p>Étude qualitative par entretiens individuels</p>	<p>États-Unis, Atlant</p>	<p>38 hommes noirs âgés de 18 à 45 ans, résidant à Atlanta et ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles avec des hommes et des femmes au cours des 6 mois précédents.</p>	<p>Compte tenu de la stigmatisation associée à la bisexualité et de la diversité des approches des hommes noirs bisexuels en matière de comportement sexuel, de divulgation du comportement homosexuel et de pratiques d'utilisation du préservatif, les hommes bisexuels noirs peuvent représenter une population cible difficile pour des efforts spécifiques de prévention du VIH.</p>	<p>Étude financée par l'Institut national de la santé des enfants et du développement humain (subvention 1 R21 HD053275-01). Conflits d'intérêt non précisés.</p>	<p><u>Freins</u> : Être «pris au dépourvu». Être saoul. Confiance et tests d'IST mutuels négatifs. <u>Leviers</u> : Les craintes de maladies sexuellement transmissibles et de provoquer une grossesse non programmée.</p>	<p>19/32</p>

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Exploring why young African American women do not change condom-use behavior following participation in an STI/HIV prevention intervention. (32) <i>J. M. Sales, 2012</i>	Étude qualitative par entretiens individuels	États-Unis, Atlantica	50 jeunes femmes afro-américaines âgées de 18 à 23 ans.	Il existe plusieurs programmes efficaces de prévention des IST / VIH pour diverses populations, notamment les adolescentes afro-américaines et les jeunes femmes adultes. Cependant, malgré cela, toutes les personnes exposées à un tel programme ne modifieront pas de manière positive leurs comportements sexuels à risque (c.-à-d., augmenteront l'utilisation du préservatif) après leur participation.	Financement par l'Institut national de la santé mentale de l'Institut national de la santé [K01 MH085506 à JS]; et l'Institut national de la santé mentale de l'Institut national de la santé [R01 MH061210 to RJD]. Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.	Freins : Ne pas avoir de préservatif être pris dans l'ambiance, l'oublier. Être sous influence (alcool, drogues). Refus du partenaire et défaut d'affirmation de soi. Relations instables ou transitoires - souvent avec 'bébé papa' compte tenu de leurs antécédents de non-utilisation du préservatif. Il signifie la méfiance dans la relation. Être têtu ou avoir la tête dure - croire que l'on ne peut pas changer / l'obstination. Être enceinte, désir de grossesse, ou partenaire désirant un bébé. Prendre la pilule ou un autre moyen de contraception.	23/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
HIV-infected men who have sex with men who engage in very high levels of transmission risk behaviors: establishing a context for novel prevention interventions. (42) <i>S. Wade Taylor, 2013</i>	Étude qualitative par entretiens individuels	États-Unis, Boston	15 hommes homosexuels âgés de 28 à 58 ans, infecté par le VIH et ayant eu des rapports sexuels non protégés avec des partenaires de statut sérologique non infectés par le VIH et / ou inconnus.	Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) constituent le groupe de personnes à risque vivant avec le VIH le plus à risque aux États-Unis et présentent les taux les plus élevés de nouvelles infections. Une minorité de HARSAH infectés par le VIH ont des relations sexuelles anales non protégées après avoir été informées de leur infection et pourraient ainsi transmettre le virus à d'autres personnes.	Étude financée par le Centre de recherche sur le sida de l'Université de Harvard: (P30-AI 060354 - Institut national de la santé / NIAID). Conflits d'intérêt non précisés.	Freins : Recherche de sensation sexuelle. Le désir, l'excitation. Être sous influence d'alcool ou de drogues. Insatisfaction à l'égard des relations sexuelles actuelles. Minimisation du risque : attribution arbitraire de statut sérologique au partenaire. La responsabilité de se protéger revient à leur partenaire.	16/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
How Condom Discontinuation Occurs: Interviews With Emerging Adult Women. (33) <i>Margo Mullinax, 2017</i>	Étude qualitative par entretiens individuels	États-Unis, Midwest est	25 femmes hétérosexuelles vivant dans une ville universitaire du Midwest, âgées de 18 à 25 ans.	Les préservatifs restent la meilleure forme de protection simultanée contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et les grossesses non désirées, qui demeurent des problèmes de santé sexuelle persistants chez les jeunes adultes. Cependant, la communauté de la santé publique continue de lutter contre les obstacles à une utilisation cohérente du préservatif qui se traduisent par des taux d'utilisation faibles et des taux d'abandon élevés dans cette population.	Étude financée par l'Institut national de la santé mentale (T32 MH19139). Conflits d'intérêt non précisés.	<u>Freins</u> : Ne pas en avoir à disposition. Crainte d'une défaillance : trou, rupture, glissement. Inconfort et douleur durant les rapports, sécheresse, infections urinaires. <u>Être dans le feu de l'action.</u> <u>Leviers</u> : Prévention de la grossesse.	16/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. (46) <i>Adam. Bourne, 2015</i>	Étude qualitative par entretiens individuels	Royaume-Unis, Londres	30 hommes homosexuels vivant dans trois arrondissements du sud de Londres, âgés de 21 à 53 ans, et ayant utilisé la méthamphétamine en cristaux, la méthédrone ou le GHB / GBL immédiatement avant ou pendant les rapports sexuels avec un autre homme au cours des 12 derniers mois.	Au Royaume-Unis, les données épidémiologiques récentes montrent que l'incidence du VIH chez les homosexuels masculins a progressivement augmenté ces 10 dernières années, atteignant des valeurs semblables au pic du début des années 80. Le phénomène « chemsex » (consommation de drogues lors de rapports sexuels pour augmenter les performances sexuelles) participerait à l'augmentation d'incidence du VIH.	Étude financée par les arrondissements londoniens de Lambeth, Southwark et Lewisham. Les auteurs ne déclarent aucun autre conflit d'intérêt.	<u>Freins</u> : Réduction de la sensation physique. Consommation de drogues : entraîne un comportement sexuel à risque non voulu car compromet leur capacité à percevoir les risques ou à y faire face. Les drogues ont des propriétés « myopes » : elles focalisent l'attention sur l'ici-maintenant et modifient la capacité de percevoir les conséquences plus larges des actes. Provoquent une excitation sexuelle si intense qu'ils ne pouvaient se concentrer que sur la gratification sexuelle immédiate. <u>Séroconcordance du VIH</u> , par divulgation explicite ou supposée. Absence de préoccupation concernant les autres IST : sont curables. <u>Leviers</u> : Prévention des IST : plus grand sentiment de bien-être psychologique en utilisant des préservatifs, sachant qu'il était peu probable qu'ils contractent ou transmettent des IST.	19/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Investigating factors for increased gonorrhoea re-infection in men who have sex with men attending a genitourinary clinic: a qualitative study. (50) <i>L. Payne, 2017</i>	Étude qualitative par entretiens individuels	Royaume-Unis, Brighton	16 hommes homosexuels âgés de 26 à 53 ans, ayant eu un diagnostic de gonorrhée rectale, urétrale ou oropharyngée, confirmé par culture ou test d'amplification d'acide nucléique à deux reprises (épisode récent de moins de 12 mois et précédente infection de moins de 2 ans).	Le nombre de cas confirmés de gonorrhée a augmenté d'un tiers en Angleterre entre 2013 et 2014 et l'incidence de ce syndrome a augmenté de 32% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Dans cette clinique, l'incidence annuelle a augmenté de 28,8% (2013) et la réinfection (deuxième infection dans l'année suivant l'infection initiale) est passée de 6,7% du total des infections (2009) à 19,4% (2013).	Conflits d'intérêt non précisés.	<u>Freins</u> : L'usage de drogues à usage récréatif ou de «chems». Situations d'anonymat (fêtes sexuelles, applications mobiles). Déficit d'information concernant des IST dans le cadre du sexe oral. Absence de crainte concernant le VIH. Comportement séro-adaptatif. <u>Leviers</u> : Connaissances sur l'augmentation de la résistance aux antibiotiques du gonocoque.	17/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
"It's hard to know what is a risky or not a risky decision": gay men's beliefs about risk during sex. (37) <i>Garrett Prestage, 2013</i>	Étude mixte : questionnaire en ligne. Partie qualitative: réponses en texte libre à des questions ouvertes	Australie	1 376 hommes homosexuels vivant en Australie, ayant fourni des réponses en texte libre, appartenant aux 2081 hommes inclus dans l'étude mixte.	Les homosexuels masculins ont de plus en plus recours à des stratégies de réduction des risques sans préservatif pour réduire les risques de transmission du VIH.	Étude commandée et financée par les départements de la santé des États de NSW, de Victoria, d'Australie du Sud et d'Australie-Occidentale. Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.	Freins : Prise de risque imprévue, circonstancielle et impulsive. Avoir l'impression de ne pas pouvoir profiter pleinement du rapport. Utilisation de méthodes de réduction des risques : le positionnement stratégique (top) et le retrait. Pratique du sérotriage. Un comportement à risque passé peut influencer le sentiment de ce que l'on considère comme sûr. Leviers : Peur du VIH.	10/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
'Love and trust, you can be blinded': HIV risk within relationships among Latina women in Miami, Florida. (28) <i>Glady's E. Ibañez, 2017</i>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups)	États-Unis, Miami -Dade	28 femmes d'origine hispanique / latino-américaine, âgées de 18 à 49 ans, vivant à Miami, en Floride, et s'identifiant comme hétérosexuelles.	Aux États-Unis, les femmes latines sont touchées de manière disproportionnée par le VIH et représentent 30% de toutes les infections à VIH dans le comté de Miami-Dade en Floride. Le risque principal pour les femmes latines est le contact hétérosexuel. On sait peu de choses sur les facteurs relationnels et culturels pouvant influencer sur la perception du risque de VIH par les femmes.	Étude financée par l'Institut national de lutte contre l'abus des drogues (NIDA) : subvention R34DA031063, et par un prix de l'Institut national des sciences médicales générales des instituts nationaux de la santé, sous le numéro de subvention U54-GM104941. Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.	<p><u>Freins</u> :</p> <p>Feu de l'action</p> <p>Consommation de drogue</p> <p>Consommation d'alcool</p> <p>Marianisme/machisme : refus du partenaire et défaut d'affirmation de soi.</p> <p>Amour et confiance envers le partenaire.</p> <p>Absence de préoccupation concernant les risques.</p> <p>Meilleures sensations physiques sans.</p> <p>Évaluation du risque erronée.</p> <p>Gêne à l'achat.</p> <p><u>Leviers</u> :</p> <p>Véifier à avoir un préservatif (à portée de main): prêt et disponible.</p> <p>Responsabilité des femmes concernant leur santé sexuelle et l'utilisation de contraceptifs et du préservatif.</p> <p>Utilisé comme contraceptif.</p>	20/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Minority College Women's Views on Condom Negotiation. (56) <i>Ty-Wanda McLaurin-Jones, 2015</i>	Étude mixte : partie qualitative par entretiens collectifs (focus group).	États-Unis	100 femmes afro-américaines hétérosexuelles, âgées de 18 à 24 ans, inscrites dans une HBCU (Historically black colleges and universities), sexuellement actives durant les 90 derniers jours.	Les IST aux États-Unis demeurent un problème de santé publique majeur, avec une prévalence de 110 millions de nouveaux cas chaque année. Les adolescents, les jeunes adultes, les femmes et les minorités ethniques sont particulièrement vulnérables aux IST. Les jeunes (15-24 ans) contractent environ 50% de toutes les nouvelles infections. Le taux de chlamydia et de gonocoque est plus élevé chez les afro-américains que chez les blancs. Par conséquent, le fait d'être une jeune femme AA peut présenter le risque le plus élevé. L'entrée à l'université peut également jouer un rôle majeur dans l'augmentation du taux de transmission des IST.	Étude financée par l'Institut national de lutte contre l'abus des drogues (5R24DA021470-04) et par l'Institut national sur la santé des minorités et les disparités de santé des Instituts nationaux de la santé (G12MD007597). Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.	<p><u>Freins</u> :</p> <p>Antécédent de relations sexuelles non protégées avec le partenaire. Difficile de parler de l'utilisation du préservatif et influence que cela pourrait avoir sur la façon dont leur partenaire potentiel les perçoit. Le préservatif est la responsabilité de l'homme et repose sur lui.</p> <p><u>Leviers</u> :</p> <p>Pas de préservatif, pas de sexe. Communication directe: avoir un dialogue ouvert, honnête et direct avec leurs partenaires / partenaires potentiels. Importance de la communication directe en tant que moyen de confiance en soi Maturité. Éduquer son/sa partenaire au risque. Choisir le moment approprié pour discuter du préservatif.</p>	18/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Motivating factors for dual-method contraceptive use among adolescents and young women: a qualitative investigation. (34) <i>Julie Lemoine, 2017</i>	Étude qualitative par entretiens individuels	États-Unis, Colorado	20 femmes anglophones sexuellement actives âgées de 16 à 24 ans, se présentant à la clinique pour consultation de contraception.	Entre 2006 et 2014, le taux de natalité chez les adolescentes américaines a diminué de 41%, principalement en raison de l'utilisation accrue de méthodes de contraception. L'incidence des IST reste cependant élevée; En 2014, environ la moitié des 20 millions de nouvelles IST concernaient des jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans. L'utilisation de la double méthode (utilisation concomitante de préservatifs et d'une autre contraception), est un moyen efficace de parvenir à la fois à la prévention des IST et de la grossesse. Aux États-Unis, toutefois, les préservatifs sont principalement utilisés comme méthode unique de prévention de la grossesse.	Dr T. a siégé au conseil consultatif scientifique d'Actavis et de Bayer Healthcare et à un comité de surveillance des données dans le cadre d'une étude financée par Merck and Co. Le département de gynécologie-obstétrique de l'Université du Colorado a reçu un financement de recherche de Bayer, Agile Therapeutics, Merck and Co et Medicines 360. Tous les autres auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts potentiel.	<p><u>Freins</u> :</p> <p>Confiance du partenaire : perçu fiable et monogame. Être perçue infidèle si demande du préservatif. Être dans le moment, ne pas vouloir s'arrêter dans l'action pour le mettre. Ne pas avoir de préservatif à proximité. Tests d'IST négatifs. Immaturité et sentiment d'invincibilité.</p> <p><u>Leviers</u> :</p> <p>Désir de prévention de la grossesse. Perception du risque d'IST : avec de nouveaux partenaires ou des partenaires plus expérimentés. Proximité/disponibilité du préservatif.</p>	17/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
<p>Motivès and barriers to safer sex and regular STI testing among MSM soon after HIV diagnosis. (51) <i>Titia Heijman, 2017</i></p>	Étude qualitative par entretiens individuels	Pays-Bas	30 hommes homosexuels séropositifs	<p>Aux Pays-Bas, 898 nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués en 2014, et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ont représenté 68% de ces diagnostics. Au moment d'apprendre qu'ils sont séropositifs, les HSH ont tendance à réduire leur comportement sexuel à risque, mais cette réduction n'est que temporaire et est plus courte à l'ère de la thérapie antirétrovirale combinée par rapport à la période antérieure à la thérapie antirétrovirale.</p>	<p>Étude a été financée par l'Aids Fonds, Pays-Bas, numéro de subvention: 2010134 Les auteurs ne déclarent aucun autre conflit d'intérêt.</p>	<p><u>Freins:</u> -Réactions émotionnelles au diagnostic de VIH : Sentiments de vulnérabilité et d'inutilité, colère d'être infecté, soulagement de la peur du VIH -Passage du VIH négatif au + : Difficultés pour changer les modèles de comportement sexuel, insister sur l'utilisation du préservatif considéré comme une divulgation indirecte, pas de besoin ressenti pour sa protection -Facteurs interpersonnels et situationnels : Statut VIH concordant supposé, décision du partenaire sexuel occasionnel, vœu stable du partenaire, conso drogue / alcool <u>Leviers :</u> -Protéger le partenaire sexuel : Empêcher toute transmission, tirer profit de ses erreurs, protéger les moins expérimentés, lien émotionnel - Bénéfice personnel : Protection contre les IST, alternative à la divulgation, utilisation habituelle du préservatif, bénéfice hygiénique -Déclencheurs de situation : Décisions mutuelles avec des partenaires sexuels, conformité avec normes situationnelles.</p>	19/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Navigating condom use and HIV status disclosure with partners met online: a qualitative pilot study with gay and bisexual men from Craigslist.org. (60) Christian Grov, 2013	Étude qualitative par entretiens individuels	États-Unis, NYC	28 hommes gays ou bisexuels âgés de 21 à 56 ans, inscrits sur Craigslist.org à New York, ayant indiqué qu'Internet était leur lieu de rencontre de prédilection.	Les hommes gays et bisexuels représentaient 61% des nouveaux cas de VIH et 75% de tous les diagnostics chez les hommes en 2010. Des études suggèrent qu'un pourcentage croissant d'hommes homosexuels et bisexuels utilisent Internet pour rencontrer des partenaires. Des études ont suggéré que l'utilisation d'Internet pour rencontrer des partenaires sexuels pouvait augmenter le risque de transmission du VIH et des IST, mais certains chercheurs ont affirmé qu'il pouvait servir de moyen de réduction des préjudices et de puissant outil de prévention du VIH.	Étude financée par les Instituts nationaux de la santé (SC2 AI 090923: PI - Christian Grov). L.A. est boursière du programme MARC (Minority Access to Research Careers) du Brooklyn College (NIH NIGMS 5T4GM008078: PI - Louise Hainline). Autres conflits d'intérêt non précisés.	<u>Leviers:</u> Décision d'utiliser le préservatif par commun accord avant la rencontre lors du contact internet, sélection de partenaire indiquant utiliser un préservatif sur leur annonce. Veiller à avoir un préservatif sur soi/chez soi. Éviter les lieux de rencontre propices au barebacking. Ne pas faire confiance aux autres concernant leur statut VIH et les IST, être prudent. Difficulté à avoir une conversation directe sur son statut VIH ou celui de son partenaire donc utilisation d'office du préservatif.	15/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
<p>Perceptions of Black College Women on Barriers to HIV-Risk Reduction and Their HIV Prevention Intervention Needs. (29) <i>Rasheeta Chandler, 2016</i></p>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups)	États-Unis, Floride	32 femmes Noires, âgées de 18 à 24 ans, étudiantes de première ou deuxième année au sein d'une HBUC ou d'une université traditionnelle, et sexuellement actives avec un partenaire masculin au cours des 6 mois précédents.	Les femmes noires âgées de 13 à 24 ans représentent 23% des nouvelles infections, contre 16% des nouvelles infections chez les femmes blanches (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Les femmes noires risquent davantage de contracter le VIH en raison de la dualité du sexisme défini par la culture et des attitudes et expériences socioculturelles profondément enracinées dans la discrimination.	Étude financée par: University of South Florida, College of Nursing Faculty Research Pilot Projects Program. Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.	<p><u>Freins</u> : Ne pas prendre sa santé sexuelle au sérieux, ne pas craindre les autres IST que le VIH. Peur de la stigmatisation (noirs) dissuadant d'avoir accès aux services de santé sexuelle.</p> <p>Embarras lié au fait d'être vue en train d'acheter des préservatifs, d'être perçue comme libertine/ facile. Manque de courage pour acheter préservatifs, sentiment d'humiliation. Se procurer des préservatifs est le rôle de l'homme. Influence des médias et de la musique sur le rôle des genres et le comportement sexuel.</p> <p>Comportement sexuel à risque pour accroître sa popularité/statut social sur le campus.</p> <p>Culture: attitude fataliste à l'égard de la grossesse. Manque de connaissances sur l'utilisation appropriée des préservatifs. Avoir confiance/ connaître le partenaire.</p> <p><u>Leviers</u> : Conversation ouverte/ communication positive avec leurs parents sur sexualité.</p> <p>Apprendre des erreurs de leurs amis (IST, grossesse non programmée), s'informer entre amis sur le sexe protégé.</p> <p>Prévention de la grossesse.</p> <p>Refus de la relation sexuelle si pas de préservatif.</p>	20/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
<p>Quels sont les déterminants de l'arrêt du préservatif ? Étude qualitative à partir d'entretiens de 18 à 30 ans. (30) <i>Sophie Pauliat, 2018</i></p>	Étude qualitative par entretiens individuels Thèse.	France ; Maine et Loire	10 femmes âgées de 18 à 28 ans.	<p>En France, on constate une augmentation du nombre d'IST diagnostiquées depuis le début des années 2000. Le préservatif reste le seul moyen de prévention du VIH et des autres IST qui soit disponible pour tous, hommes et femmes.</p> <p>Concernant son utilisation en France, le préservatif masculin est devenu une norme préventive lors de l'entrée dans la sexualité. Mais dans les suites de la vie sexuelle, son utilisation est loin d'être systématique lors des rapports sexuels avec de nouveaux partenaires : un relâchement des conduites préventives autour de la sexualité semble être effectif chez les jeunes.</p>	Conflits d'intérêt non précisés.	<p><u>Freins</u> :</p> <p>Confiance dans le partenaire Contexte alcoolisé. Ne pas l'avoir sous la main. Limitation du plaisir Utilisation vécue comme une contrainte Freins liés au partenaire Manque d'efficacité/ fiabilité Influence des pairs Écart entre les prises de risque réelles et perçues : pas de sentiment d'exposition au risque, désir de maternité sous-jacent. Situations de relâchement Difficulté à communiquer avec leur médecin. Difficulté relationnelles avec partenaire <u>Leviers</u> :</p> <p>Image positive : moyens de lutte contre les IST et de contraception, renvoie au plaisir de la sexualité, banalisation, adapté aux jeunes, permet d'être autonome, facile d'accès, prix acceptables, choix varié. Partenaire inconnu, méfiance Confrontation personnelle à une IST ou IVG.</p>	26/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
<p>Rejet des discours préventifs et comportements sexuels à risque : enquête qualitative auprès d'homosexuels masculins, au Portugal. (49) <i>Marta Maia, 2010</i></p>	<p>Étude qualitative par entretiens individuels</p>	<p>Portugal</p>	<p>Sept hommes gays, âgés de 19 à 64 ans.</p>	<p>La plupart des homo(bi)sexuels sont confrontés à un environnement hétérosexiste. L'interiorisation de stéréotypes homophobes éreinte l'auto-confiance et est une cause de stress et d'anxiété. Une faible estime de soi et l'occultation de son orientation sexuelle sont associées à des comportements à risque pour la santé plus fréquents.</p>	<p>Conflits d'intérêt non précisés.</p>	<p><u>Freins</u> : Les comportements sexuels à risque peuvent être interprétés comme des pulsions de libération dans un environnement où les minorités sexuelles se sentent discriminées et aspirent à plus de droits et de liberté. Le sida est devenu une maladie chronique, ce qui donne le sentiment qu'il n'existe plus ou qu'il est sous contrôle. Le danger, le sexe sans préservatif, fait monter l'adrénaline, est excitant. Les communautés virtuelles de l'internet, peu soumises aux exigences de la prévention, ont provoqué un affaiblissement du rôle des associations et ont coïncidé avec un relâchement généralisé de la prévention en Europe. Internet et la pornographie : le bareback. Ne pas utiliser de préservatif acquiert une signification particulière, celle du rapprochement, du sentiment amoureux, de l'engagement dans une relation.</p>	<p>7/32</p>

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Relationship Dynamics and Sexual Risk Reduction Strategies Among Heterosexual Young Adults: A Qualitative Study of Sexually Transmitted Infection Clinic Attendees at an Urban Chicago Health Center. (44) <i>Anna L. Hottel, 2015</i>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups)	États-Unis, Chicago	13 hommes et 20 femmes hétérosexuels, âgés de 18 à 29 ans, ayant eu une relation sexuelle avec une personne de sexe opposé au cours des 6 mois précédents, se présentant pour un dépistage d'IST à la clinique du centre CORE, à Chicago.	<p>Les afro-américains représentent environ 14% de la population des États-Unis, mais 46% de tous les diagnostics de VIH en 2010 avec des disparités particulièrement prononcées chez les femmes. De plus, les personnes âgées de 20 à 24 ans représentent la plus grande proportion des nouveaux diagnostics de VIH et présentent le taux d'infection le plus élevé de tout autre groupe d'âge en plus d'être touchés de manière disproportionnée par d'autres IST.</p> <p>En 2010, les CDC ont estimé que 86% des nouvelles infections à VIH chez les femmes étaient imputables à un contact hétérosexuel.</p>	<p>Étude financée par le Centre de développement pour la recherche sur le sida de Chicago (D-CFAR), un programme financé par les NIH (P30 AI 082151), soutenu par les instituts et centres des NIH suivants (NIAID, NCI, NIMH, NIDA, NICHD, NHLBI) et NCCAM). Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.</p>	<p><u>Freins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Évaluation des risques et stratégies de réduction des risques: évaluation du risque du partenaire sur des facteurs situationnels et des caractéristiques. -Difficultés de communication : mal à l'aise lorsqu'il faut parler du préservatif avec leur partenaire, refus du partenaire, manque de stratégie dans la négociation de l'utilisation du préservatif. Crainte de voir leur partenaire partir, de le mettre en colère, d'une rupture. -Influence sur les comportements à risque et la sécurité sexuelle : <p>Consommation d'alcool et de substances. Les émotions, le désir, être pris dans le moment.</p> <p>Influences sociétales/ environnementales : influence des pairs, rôle des médias et de la musique, rôle de l'environnement social.</p> <p><u>Leviers</u> : Partenaire inconnu perçus comme présentant un risque plus élevé.</p>	17/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Responsible men, blameworthy women: Black heterosexual men's discursive constructions of safer sex and masculinity (48) <i>Lisa Bowleg, 2015</i>	Étude qualitative par entretiens individuels et collectifs (focus groups)	États-Unis, Philadelphie	56 hommes hétérosexuels noirs/ afro-américains, âgés de 18 à 44 ans	Aux États-Unis, bien que les hommes hétérosexuels noirs (BHM) soient parmi les plus touchés par le VIH, les recherches sur la manière dont les messages relatifs à la sexualité sans risque façonnent leurs comportements sexuels plus sûrs sont rares, soulignant la nécessité de méthodes qualitatives innovantes telles que la psychologie discursive critique.	Étude financée par une subvention du National Institutes of Health, National Institutes of Child Health and Development (1 R01 HD054319-01). Conflits d'intérêt non précisés.	<u>Freins</u> : La partenaire pense que c'est à l'homme de s'occuper du préservatif, et ne se préoccupe pas/ignore les risques d'IST et de grossesse. Refus de la partenaire. Excitation sexuelle: la pulsion sexuelle des hommes est si puissante qu'elle dépasse les préoccupations de se protéger ou de protéger leurs partenaires du risque sexuel. Les femmes sont responsables de l'utilisation du préservatif. <u>Test d'IST négatifs</u> . Relation de confiance, connaissance du partenaire sexuel. <u>Leviers</u> : Exigence de la partenaire. Manque de connaissance sur une partenaire occasionnelle : ne pas savoir ses antécédents sexuels (son statut VIH) ou son désir de grossesse. Protection contre le VIH et les IST. Prévention d'une grossesse.	20/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Sexual partnerships, risk behaviors, and condom use among low-income heterosexual African Americans: a qualitative study. (43) <i>Seth M. Noar, 2012</i>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups)	États-Unis, Sud-Est	38 afro-américains (20 femmes et 18 hommes), âgés de 18 à 44 ans, hétérosexuelleme nt actifs au cours des 3 derniers mois ; au statut sérologique VIH négatif ou inconnu.	Alors que les Afro-Américains ne représentaient que 14% de la population américaine, ils représentaient 44% des nouvelles infections à VIH en 2009. En 2005, 80% des cas chez les femmes et 25% chez les hommes étaient dus à des contacts hétérosexuels à haut risque. Face à ces chiffres troublants, le CDC (Centers for Disease Control and Prevention) a récemment qualifié le VIH / sida parmi les Afro-Américains de « crise sanitaire majeure » et a publié une « réponse nationale renforcée » à cette crise, qui comprend un appel à développer de nouvelles interventions (CDC, 2007).	Étude financée par une subvention (R34-MH077507) du National Institute of Mental Health (Chercheur principal: Seth M. Noar). Conflits d'intérêt non précisés.	<u>Freins</u> : Manque de sensations/ressenti et niveau de plaisir réduit. Perte d'érection. Femmes : irritation et / ou des infections à levures ou bactériennes, inconfort général et inflammation L'odeur des préservatifs peut être un problème. Réactions allergiques aux préservatifs en latex et / ou aux lubrifiants pour préservatifs. L'excitation sexuelle : « dans le feu de l'action ». Consommation d'alcool. Trier les partenaires en fonction du risque potentiel d'IST : apparence physique, communication verbale, recours à divers tests. <u>Leviers</u> : Réduction du risque de grossesse et d'IST. Techniques pour convaincre le partenaire d'utiliser des préservatifs : « rendre ça sexy », jeu sexuel. Chantage à l'acte sexuel.	16/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Stigma, lack of knowledge and prevalence maintain HIV risk among Black Africans in New Zealand. (57) <i>Mark Henrickson, 2015</i>	Étude mixte : partie qualitative par entretiens collectifs (focus group).	Nouvelle Zélande	131 noirs-africains de Nouvelle-Zélande, 76 femmes et 54 hommes, récemment immigrés.	Les Noirs africains vivant en Nouvelle-Zélande supportent une charge de VIH disproportionnée et constituent le deuxième groupe le plus touché après les HSH. Les Noirs africains courent un risque accru d'infection par le VIH en raison de la prévalence élevée du VIH dans les pays d'Afrique subsaharienne pour un certain nombre de raisons multiples.	Étude financée par le ministère de la Santé et le Conseil de la recherche sur la santé de Nouvelle-Zélande. Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.	<p><u>Freins :</u></p> <p>Influence de la religion, la culture et le sexe, vision négative : Les contraceptifs devaient être utilisés lorsque cela était médicalement nécessaire, mais pas pour se protéger contre l'infection. La religion s'oppose au contrôle des naissances, donc s'oppose à l'utilisation de préservatifs : le chef religieux ne peut pas enseigner aux gens l'utilisation des préservatifs car avant le mariage, le sexe est interdit. L'éducation sexuelle des jeunes est rendue plus complexe par la perturbation des structures familiales traditionnelles pendant la migration. Les parents ne sont généralement pas les éducateurs de leurs enfants en matière de sexualité, et les oncles et tantes peuvent ne pas être disponibles car éloignés.</p>	12/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
The condom imperative in anal sex - one size may not fit all: a qualitative descriptive study of men who have sex with men. (38) <i>Stephen Neville, 2016</i>	Étude qualitative: analyse qualitative des données de questionnaires en ligne ou papiers	Nouvelle-Zélande	960 hommes néo-zélandais ayant des rapports sexuels avec des hommes, ayant rempli un questionnaire en ligne ou papier dont 50% étaient âgés de 16 à plus de 45 ans.	À l'échelle internationale, les campagnes de promotion de la santé utilisent des stratégies de changement de comportement pour aider les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à toujours utiliser des préservatifs lors de relations sexuelles anales avec d'autres hommes. Le message de promotion de la santé donné à ce groupe est cohérent et indique explicitement qu'«utiliser un préservatif à chaque fois pour le sexe anal, quel que soit le statut de la relation».	Étude financée par le Ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande. Conflits d'intérêt non précisés.	Freins : Problèmes physiques : ajustement, sensation de porter un préservatif, sensibilité réduite, impossibilité d'obtenir et de maintenir une érection. Un certain degré de prise de risque est considéré comme un élément essentiel de la sexualité masculine, accepte le risque dans le cadre de l'érotisme et de la réalisation de l'expression sexuelle. Refus du partenaire. Risque de VIH minimisé pour le partenaire insertif. Tests d'IST négatifs. L'avènement de traitements biomédicaux : le VIH n'est plus considéré comme une condamnation à mort. Croyance que le VIH est curable. Forme de résistance, les rapports sexuels non protégés constituent un droit. Leviers : Prévention du VIH. Exigence du partenaire.	14/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
"The skill is using your big head over your little head": what black heterosexual men say they know, want, and need to prevent HIV. (26) <i>Lisa Bowleg, 2013</i>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups)	États-Unis, Philadelphie	28 hommes noirs âgés de 19 à 51 ans, ayant eu des rapports hétérosexuels dans les 6 derniers mois.	Le 7 novembre 1991, Earvin (Magic) Johnson, vedette du basket-ball des Lakers de Los Angeles, annonçait qu'il était séropositif, devenant le premier et le plus célèbre homme noir à révéler publiquement qu'il avait contracté le VIH lors de relations sexuelles hétérosexuelles. Alors, les messages de prévention du VIH et les interventions destinées aux hommes hétérosexuels noirs véhiculaient l'absence de risque d'infection pour les hommes noirs hétérosexuels. En 1993, 2 ans après l'annonce de Johnson, parmi les hommes ayant contracté le VIH en raison d'une exposition hétérosexuelle, 8% étaient des Noirs (CDC, 1993). En 2009, 16 ans plus tard, 69% étaient des Noirs.	Étude financée par le National Institute of Health & Human Development (subvention R01 HD054319-01) et le National Institute on Minority Health and Health Disparities (subvention R25 MD006792-01). Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.	<p><u>Freins</u> :</p> <p>Désir, passion, manque de sensation, ne pas avoir de préservatif, ne pas être habitué à utiliser un préservatif, ou ne pas se soucier de sa santé. Partenaire ne voulant pas utiliser de préservatif. Être en état d'ébriété.</p> <p>Être pris dans le « feu de l'action », qui « traite des émotions ». Peut perturber le moment. Ne pas vouloir « casser l'ambiance ». La logistique nécessaire pour accéder au préservatif (par exemple, ouvrir l'emballage). Ne pas avoir envie de se rendre au magasin et de se procurer un préservatif.</p> <p>La partenaire ne le demande pas.</p> <p>Obstacle institutionnel : confiscation des préservatifs en maison de transition.</p> <p>Évaluation erronée du risque.</p> <p><u>Leviers</u> :</p> <p>Peur du VIH, des IST.</p> <p>Erreurs de ses proches (porteurs ou décédés du VIH) ou crainte d'un résultat de test VIH positif. Messages de prévention délivrés à l'école ou en prison. « Utiliser sa tête et pas son pénis. » Être discipliné. S'assurer d'avoir des préservatifs à disposition.</p>	21/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
The Strategies of Heterosexuals from Large Metropolitan Areas for Assessing the Risks of Exposure to HIV or Other Sexually Transmitted Infections from Partners Met Online. (58) <i>Karolynn Siegel, 2017</i>	Étude qualitative par entretiens individuels téléphoniques	États-Unis	150 adultes hétérosexuels (75 femmes, 75 hommes) âgés de 18 à 50 ans, ayant eu des relations sexuelles uniquement avec des personnes du sexe opposé au cours des 3 dernières années; ayant eu des relations sexuelles vaginales ou anales non protégées avec au moins deux partenaires différents au cours des 3 derniers mois, les deux ayant été initialement rencontrés en ligne.	L'utilisation d'Internet par des hétérosexuels pour rencontrer des partenaires romantiques ou sexuels augmente rapidement, ce qui soulève des inquiétudes quant au potentiel d'Internet pour faciliter les rencontres exposant des personnes à un risque de contracter le VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). Par exemple, le partage en ligne d'informations personnelles et la révélation de soi peuvent favoriser une intimité virtuelle et favoriser un faux sentiment de familiarité susceptible d'accélérer la progression vers des rapports sexuels non protégés.	Étude financée par une subvention du NIH / NIMH (MH095325) Les auteurs ne déclarent aucun autre conflit d'intérêt.	Freins : Exiger la preuve de l'absence de maladie: demander la preuve du statut VIH / IST (résultats du test). Évaluer la confiance de la personne : examiner la cohérence et l'exactitude des informations fournies par les partenaires au fil du temps. S'appuyer sur son instinct ou son intuition : aptitude à reconnaître que les partenaires ne disent pas la vérité. Choisir des partenaires supposés avoir des possibilités limitées de relations sexuelles : personnes mariées ou ayant une relation à long terme. Choisir des partenaires qui voudraient éviter de prendre des risques sexuels : personnes instruites et économiquement en sécurité. Choisir des partenaires avec une bonne hygiène corporelle : apparence extérieure propre, signe d'absence de maladie intérieure	17/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Understanding the barriers that reduce the effectiveness of HIV/AIDS prevention strategies for Puerto Rican women living in low-income households in Ponce, PR: a qualitative study. (41) <i>S. Abreu, 2010</i>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups)	Ponce, Porto Rico, États-Unis	39 femmes portoricaines âgées de 21 à 67 ans	L'épidémie de VIH / sida a été fortement ressentie dans les communautés hispaniques / latino-américaines. Les estimations de la prévalence du sida chez les Latinos aux États-Unis révèlent que seuls neuf États et le Commonwealth de Porto Rico représentent 89% des Latinos vivant avec le sida en 2004. Des recherches antérieures ont révélé que des facteurs sociaux et culturels jouent un rôle important dans la prévention du VIH.	Étude financée par une subvention du NCRR U54RR19507 et par le RCMI Program Publications Office (subvention 2 G12 RR003050-21). Conflits d'intérêt non précisés.	<p><u>Freins</u> :</p> Consommation d'alcool Peur de la violence physique et la menace de violence physique et la peur de l'abandon Refus du partenaire d'utiliser un préservatif Les hommes se plaignent que leur plaisir sexuel n'est pas le même, n'ont pas d'érection, manque de sensations. Certains hommes ne pouvaient pas avoir de rapport avec un préservatif. Manque de compétences en négociation. Le préservatif n'est pas infaillible.	22/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
<p>Using Qualitative Methods to Understand Perceptions of Risk and Condom Use in African American College Women: Implications for Sexual Health Promotion. (39) <i>TyWanda L. McLaurin-Jones, 2017</i></p>	<p>Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups)</p>	<p>États-Unis</p>	<p>100 femmes afro-américaines hétérosexuelles, âgées de 18 à 24 ans, étudiantes au sein d'une HBUC de la région mid-Atlantic des États-Unis.</p>	<p>Les jeunes femmes afro-américaines sont touchées de manière disproportionnée par les infections sexuellement transmissibles (IST) et les grossesses non planifiées. Malgré des connaissances adéquates, l'affirmation de soi et la négociation, l'utilisation systématique du préservatif reste faible.</p>	<p>Étude financée par le National Institute on Drug Abuse of the National Institutes of Health, subvention numéro R24DA021470. Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.</p>	<p><u>Freins :</u> Échec du préservatif : une déchirure ou une rupture, Fiabilité et l'efficacité des préservatifs critiquée Test VIH / IST négatifs Relation de confiance Contraception Hormonale Consommation d'alcool et de drogues <u>Leviers :</u> La peur de la grossesse (plus que le VIH / IST): honte, peur, culpabilité, l'avortement est cher, stress émotionnel. Sensation de fertilité. Vouloir se construire en tant qu'adulte et professionnelle -Relation occasionnelle, risque élevé, utilisation élevée du préservatif : ne pas connaître le statut VIH/IST du partenaire, l'importance du respect de soi et de l'affirmation de soi pour s'assurer que le préservatif est utilisé : exigé ou pas de rapport -Stratégies de protection comportementale: prendre ses responsabilités pour sa santé, prendre soin de soi, de son corps.</p>	<p>20/32</p>

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Using the Information-Motivation-Behavioral Skills Model to Guide the Development of an HIV Prevention Smartphone Application for High-Risk MSM. (40) <i>Negar Aliabadi, 2015</i>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups)	États-Unis, New York	33 hommes âgés de 18 à 57 ans, ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles anales non protégées (sans préservatif) avec des hommes de statut VIH positif ou inconnu, et qui s'estiment séronégatifs pour le VIH ou de statut sérologique inconnu.	Le VIH reste un problème de santé publique important chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Les HSH représentent 2% de la population américaine, mais constituent 56% des personnes vivant avec le VIH. La technologie de santé mobile est un outil prometteur pour la prévention du VIH.	Étude financée par un accord entre la Columbia University School of Nursing et les Centers for Disease Control and Prevention (1U01PS00371501), une subvention de l'Université Columbia en médecine générale (HRSA; T32HP1026000), une bourse NLM T15LM007079, et une subvention NIMH P30 MH43520. Conflits d'intérêt non précisés.	<p>Freins : Être dans le feu de l'action Boire et fumer Lacunes concernant les connaissances sur l'acquisition du VIH et des IST Les gens sont humains, oublient parfois, parfois trous dans préservatif Parfois, la passion devient si grande que tu n'y penses pas.</p> <p>Leviers : Capacité à utiliser les préservatifs correctement. Capacité à négocier les rapports sexuels protégés. Information sur les lieux où l'on peut obtenir des préservatifs gratuits. Facilité d'accès des préservatifs gratuits à New York De nombreux membres de leur communauté savaient où se procurer des préservatifs gratuits. Être responsable. Prévention du VIH.</p>	19/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
'What does it take to be a man? What is a real man?': ideologies of masculinity and HIV sexual risk among Black heterosexual men. (45) <i>Lisa Bowleg, 2011</i>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups)	États-Unis, Philadelphie	41 hommes homosexuels noirs, à revenu faible ou moyen, âgés de 19 à 51 ans et résidant à Philadelphie, en Pennsylvanie.	La recherche documente le lien entre les idéologies traditionnelles de masculinité et le risque sexuel chez les adolescents multiethniques et les étudiants blancs, mais des recherches similaires sur les hommes noirs homosexuels sont rares. Les hommes noirs représentent environ 13% de la population masculine américaine, mais en 2006, ils représentaient 65% des nouveaux cas de VIH signalés parmi les Noirs (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). Les hommes noirs représentent également 64% des cas de VIH parmi les hommes attribués à un «contact hétérosexuel à risque élevé».	Étude financée par le prix Instituts nationaux de la santé et du développement de l'enfant (subvention R01 1 R01 HD05319-01). Conflits d'intérêt non précisés.	<u>Freins</u> : Rejet de la responsabilité sur les femmes : elles sont responsables de l'utilisation du préservatif. Elles ne l'utilisent pas, demandent parfois de ne pas l'utiliser, ou n'en parlent pas, s'en moquent. Hommes s'abandonnant à la volonté des femmes et ne parlant pas du préservatif. La consommation de substances par les femmes influe sur leur manque d'intérêt pour l'utilisation de préservatifs. Désir sexuel si fort qu'il prive les hommes de leur volonté d'utiliser des préservatifs, même avec une partenaire risquée: «Faiblesse» "La paresse" Allergie aux préservatifs. <u>Leviers</u> : Prévenir les IST, et en particulier pour prévenir la transmission des IST à leurs partenaires principaux. Refuser les rapports sexuels avec des femmes qui ne veulent pas l'utiliser.	18/32

Annexe 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêt	Résultats utiles	Éval qualité COREQ
Young Danes' experiences with unsafe sex. (52) <i>Mariann J. Jørgensen, 2013</i>	Étude qualitative par entretiens collectifs (focus groups)	Danemark	19 étudiants sexuellement expérimentés âgés de 18 à 23 ans et ayant fréquenté une grande école populaire danoise.	Un comportement sexuel à risque peut affecter la santé générale, en particulier chez les personnes plus jeunes. Au cours des dix dernières années, le nombre d'infections transmises sexuellement (ITS) a augmenté.	Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.	<p><u>Freins :</u> Consommation de drogues et d'alcool. Faible estime de soi: subir la pression du partenaire, du groupe. Coup d'un soir : en soirée en ville, dans un festival ou en vacances (à l'étranger) sentiment de liberté car non susceptibles de rencontrer à nouveau la personne. Tests d'IST négatif. Expérience sexuelle accrue et excès de confiance. Contraception : utiliser la pilule comme moyen de contraception et être plus préoccupé par le risque de grossesse que d'IST.</p> <p><u>Leviers :</u> Mode de rencontre susceptible de déboucher sur une relation à long terme. Haute estime de soi/ confiance en soi.</p>	18/32

Annexe 3 : Grille COREQ

		Item N°	Study 1(24)	Study 2(35)	Study 3(27)	Study 4(47)	Study 5(54)	Study 6(25)
Domain 1 : Research team and reflexivity	Personal characteristics							
	Interviewer/facilitator	1	X	-	-	-	-	X
	Credentials	2	-	X	X	X	X	X
	Occupation	3	X	X	-	-	X	X
	Gender	4	X	-	-	X	-	-
	Experience and training	5	X	-	-	X	-	X
	Relationship with participants							
	Relationship established	6	-	-	-	-	-	-
	Participant knowledge of the interviewer	7	X	-	-	-	-	X
	Interviewer characteristics	8	-	-	-	-	-	-
Domain 2 : Study design	Theoretical framework							
	Methodological orientation and theory	9	X	-	-	-	-	X
	Participant selection							
	Sampling	10	X	X	X	X	X	X
	Method of approach	11	X	X	X	X	-	X
	Sample size	12	X	X	X	X	X	X
	Non-participation	13	-	-	-	-	-	X
	Setting							
	Setting of data collection	14	X	X	X	X	-	X
	Presence of non-participants	15	-	-	-	-	-	-
	Description of sample	16	X	X	-	X	X	X
	Data collection							
	Interview guide	17	X	X	X	X	-	-
	Repeat interviews	18	X	-	-	X	-	-
	Audio/visual recording	19	X	-	X	X	X	X
	Field notes	20	X	-	-	X	-	-
	Duration	21	X	-	X	X	-	X
	Data saturation	22	-	-	-	-	-	-
Transcripts returned	23	-	-	-	-	-	-	
Domain 3 : Analysis and findings	Data analysis							
	Number of data coders	24	X	-	-	X	-	X
	Description of the coding tree	25	X	X	-	-	-	X
	Derivation of themes	26	X	X	X	X	-	X
	Software	27	X	X	X	X	-	-
	Participant checking	28	-	-	-	-	-	-
	Reporting							
	Quotations presented	29	X	X	X	X	X	X
	Data and findings consistent	30	X	X	X	X	X	X
	Clarity of major themes	31	X	X	X	X	X	X
Clarity of minor themes	32	X	X	X	X	X	X	
TOTAL /32			24	15	14	20	10	21

Annexe 3 : Grille COREQ (suite)

		Item N°	Study 7 (31)	Study 8 (55)	Study 9 (53)	Study 10 (59)	Study 11 (36)	Study 12 (32)
Domain 1 : Research team and reflexivity	Personal characteristics							
	Interviewer/facilitator	1	-	-	X	-	X	-
	Credentials	2	-	-	X	X	X	-
	Occupation	3	X	-	X	-	X	-
	Gender	4	X	-	X	-	X	X
	Experience and training	5	-	X	X	-	-	X
	Relationship with participants							
	Relationship established	6	-	-	-	-	-	X
	Participant knowledge of the interviewer	7	-	X	-	-	-	-
	Interviewer characteristics	8	X	-	-	-	-	X
Domain 2 : Study design	Theoretical framework							
	Methodological orientation and theory	9	X	-	-	X	X	X
	Participant selection							
	Sampling	10	X	X	X	X	X	X
	Method of approach	11	X	X	-	-	X	X
	Sample size	12	X	X	X	X	X	X
	Non-participation	13	X	-	-	-	-	X
	Setting							
	Setting of data collection	14	X	-	X	X	X	X
	Presence of non-participants	15	X	-	-	-	-	-
	Description of sample	16	X	X	X	-	X	X
	Data collection							
	Interview guide	17	-	-	X	X	-	X
	Repeat interviews	18	X	-	-	-	-	-
	Audio/visual recording	19	X	X	X	X	X	X
	Field notes	20	X	X	-	X	-	-
	Duration	21	X	X	X	X	X	X
	Data saturation	22	-	-	-	-	-	X
Transcripts returned	23	-	-	-	-	-	-	
Domain 3 : Analysis and findings	Data analysis							
	Number of data coders	24	X	-	X	X	X	X
	Description of the coding tree	25	X	-	-	-	-	X
	Derivation of themes	26	X	X	X	X	X	X
	Software	27	X	X	-	X	X	X
	Participant checking	28	-	-	-	-	-	-
	Reporting							
	Quotations presented	29	X	X	X	X	X	X
	Data and findings consistent	30	X	X	X	X	X	X
	Clarity of major themes	31	X	X	X	X	X	X
Clarity of minor themes	32	X	X	X	X	X	X	
TOTAL /32			23	15	18	16	19	23

Annexe 3 : Grille COREQ (suite)

		Item N°	Study 13 (42)	Study 14 (33)	Study 15 (46)	Study 16 (50)	Study 17 (37)	Study 18 (28)
Domain 1 : Research team and reflexivity	Personal characteristics							
	Interviewer/facilitator	1	-	-	X	X	-	-
	Credentials	2	X	-	X	-	-	-
	Occupation	3	X	X	X	X	X	X
	Gender	4	X	-	X	-	-	-
	Experience and training	5	X	-	X	X	-	X
	Relationship with participants							
	Relationship established	6	-	-	-	-	-	-
	Participant knowledge of the interviewer	7	-	-	-	-	-	-
	Interviewer characteristics	8	-	-	-	-	-	-
Domain 2 : Study design	Theoretical framework							
	Methodological orientation and theory	9	X	X	-	X	-	X
	Participant selection							
	Sampling	10	X	X	X	X	X	X
	Method of approach	11	X	X	X	X	X	X
	Sample size	12	X	X	X	X	X	X
	Non-participation	13	-	-	X	X	-	X
	Setting							
	Setting of data collection	14	X	X	X	-	-	-
	Presence of non-participants	15	-	-	-	-	-	-
	Description of sample	16	X	X	X	X	X	X
	Data collection							
	Interview guide	17	-	-	-	-	-	X
	Repeat interviews	18	-	-	-	-	-	-
	Audio/visual recording	19	-	X	X	X	-	X
	Field notes	20	-	-	-	-	-	X
	Duration	21	X	X	X	-	-	X
Data saturation	22	-	X	-	X	-	-	
Transcripts returned	23	-	-	-	-	-	-	
Domain 3 : Analysis and findings	Data analysis							
	Number of data coders	24	-	-	X	-	-	X
	Description of the coding tree	25	-	-	-	-	-	X
	Derivation of themes	26	X	X	X	X	X	X
	Software	27	-	X	-	X	-	X
	Participant checking	28	-	-	-	-	-	-
	Reporting							
	Quotations presented	29	X	X	X	X	X	X
	Data and findings consistent	30	X	X	X	X	X	X
Clarity of major themes	31	X	X	X	X	X	X	
Clarity of minor themes	32	X	X	X	X	X	X	
TOTAL /32			16	16	19	17	10	20

Annexe 3 : Grille COREQ (suite)

		Item N°	Study 19 (56)	Study 20 (34)	Study 21 (51)	Study 22 (60)	Study 23 (29)	Study 24 (30)
Domain 1 : Research team and reflexivity	Personal characteristics							
	Interviewer/facilitator	1	X	-	X	-	X	X
	Credentials	2	-	X	-	X	X	X
	Occupation	3	X	X	X	X	X	X
	Gender	4	-	-	-	-	X	X
	Experience and training	5	-	-	X	-	X	X
	Relationship with participants							
	Relationship established	6	-	-	-	-	-	X
	Participant knowledge of the interviewer	7	X	-	-	-	-	X
	Interviewer characteristics	8	-	-	-	-	-	X
Domain 2 : Study design	Theoretical framework							
	Methodological orientation and theory	9	X	X	X	-	X	X
	Participant selection							
	Sampling	10	X	X	X	X	X	X
	Method of approach	11	X	X	X	X	X	X
	Sample size	12	X	X	X	X	X	X
	Non-participation	13	-	-	X	X	-	X
	Setting							
	Setting of data collection	14	X	-	X	X	X	X
	Presence of non-participants	15	-	X	-	-	-	-
	Description of sample	16	X	X	X	X	-	X
	Data collection							
	Interview guide	17	-	-	-	-	-	X
	Repeat interviews	18	-	-	-	-	-	-
	Audio/visual recording	19	X	X	X	X	X	X
	Field notes	20	-	-	-	-	X	-
	Duration	21	X	X	X	-	X	X
Data saturation	22	-	X	X	-	-	X	
Transcripts returned	23	X	-	-	-	-	-	
Domain 3 : Analysis and findings	Data analysis							
	Number of data coders	24	X	X	X	-	X	X
	Description of the coding tree	25	-	-	-	-	-	-
	Derivation of themes	26	X	X	-	X	X	X
	Software	27	-	-	X	X	X	X
	Participant checking	28	-	-	-	-	-	-
	Reporting							
	Quotations presented	29	X	X	X	X	X	X
	Data and findings consistent	30	X	X	X	X	X	X
Clarity of major themes	31	X	X	X	X	X	X	
Clarity of minor themes	32	X	X	X	X	X	X	
TOTAL /32			18	17	19	15	20	26

Annexe 3 : Grille COREQ (suite)

		Item N°	Study 25 (49)	Study 26 (44)	Study 27 (48)	Study 28 (43)	Study 29 (57)	Study 30 (38)
Domain 1 : Research team and reflexivity	Personal characteristics							
	Interviewer/facilitator	1	-	-	X	-	-	-
	Credentials	2	-	X	X	-	X	X
	Occupation	3	-	X	X	X	X	X
	Gender	4	-	-	X	X	-	-
	Experience and training	5	-	-	X	X	-	-
	Relationship with participants							
	Relationship established	6	X	-	-	-	-	-
	Participant knowledge of the interviewer	7	-	-	-	-	-	-
	Interviewer characteristics	8	-	-	-	-	-	-
Domain 2 : Study design	Theoretical framework							
	Methodological orientation and theory	9	X	X	X	X	-	X
	Participant selection							
	Sampling	10	X	X	X	X	X	X
	Method of approach	11	-	X	X	X	X	X
	Sample size	12	X	X	X	X	X	X
	Non-participation	13	-	-	-	-	-	-
	Setting							
	Setting of data collection	14	-	X	X	X	-	X
	Presence of non-participants	15	-	-	-	-	-	-
	Description of sample	16	-	X	X	-	X	X
	Data collection							
	Interview guide	17	-	-	X	X	-	-
	Repeat interviews	18	-	-	-	-	-	-
	Audio/visual recording	19	-	X	X	-	X	-
	Field notes	20	-	-	-	-	-	-
	Duration	21	X	X	X	X	X	-
Data saturation	22	-	-	-	-	-	-	
Transcripts returned	23	-	-	-	-	-	-	
Domain 3 : Analysis and findings	Data analysis							
	Number of data coders	24	-	X	-	X	-	X
	Description of the coding tree	25	-	-	-	-	-	-
	Derivation of themes	26	-	X	X	X	-	X
	Software	27	-	X	X	-	-	-
	Participant checking	28	-	-	-	-	-	-
	Reporting							
	Quotations presented	29	X	X	X	X	X	X
	Data and findings consistent	30	X	X	X	X	X	X
Clarity of major themes	31	-	X	X	X	X	X	
Clarity of minor themes	32	-	X	X	X	X	X	
TOTAL /32			7	17	20	16	12	14

Annexe 3 : Grille COREQ (suite)

		Item N°	Study 31 (26)	Study 32 (58)	Study 33 (41)	Study 34 (39)	Study 35 (40)	Study 36 (45)	Study 37 (52)
Domain 1 : Research team and reflexivity	Personal characteristics								
	Interviewer/facilitator	1	X	-	-	-	-	-	X
	Credentials	2	X	X	-	X	-	-	-
	Occupation	3	X	X	X	X	X	X	X
	Gender	4	X	X	-	X	-	X	-
	Experience and training	5	X	-	X	X	-	X	X
	Relationship with participants								
	Relationship established	6	-	-	-	X	-	-	-
	Participant knowledge of the interviewer	7	-	-	X	X	-	-	-
	Interviewer characteristics	8	-	-	X	X	-	-	X
Domain 2 : Study design	Theoretical framework								
	Methodological orientation and theory	9	-	-	X	X	X	-	X
	Participant selection								
	Sampling	10	X	X	X	X	X	X	X
	Method of approach	11	X	X	X	-	X	X	X
	Sample size	12	X	X	X	X	X	X	X
	Non-participation	13	X	X	X	-	X	-	-
	Setting								
	Setting of data collection	14	X	X	X	-	X	-	-
	Presence of non-participants	15	-	-	X	-	X	-	-
	Description of sample	16	X	X	X	X	X	X	X
	Data collection								
	Interview guide	17	-	-	X	X	X	-	X
	Repeat interviews	18	-	-	-	-	-	-	-
	Audio/visual recording	19	X	X	X	X	X	X	-
	Field notes	20	X	-	X	-	X	X	-
	Duration	21	X	X	X	X	X	X	X
Data saturation	22	-	X	-	-	-	X	X	
Transcripts returned	23	-	-	-	X	-	-	-	
Domain 3 : Analysis and findings	Data analysis								
	Number of data coders	24	X	-	X	-	-	X	-
	Description of the coding tree	25	-	-	-	-	-	-	-
	Derivation of themes	26	X	X	X	X	-	X	X
	Software	27	X	-	-	-	X	X	X
	Participant checking	28	-	-	-	-	X	-	-
	Reporting								
	Quotations presented	29	X	X	X	X	X	X	X
	Data and findings consistent	30	X	X	X	X	X	X	X
	Clarity of major themes	31	X	X	X	X	X	X	X
Clarity of minor themes	32	X	X	X	X	X	X	X	
TOTAL /32			21	17	22	20	19	18	18

Annexe 4 : Méthodologie de la cohérence externe

Nous avons interrogé les bases de données PubMed, Cochrane et Google Scholar.

Dans la base de données PubMed, nous avons utilisé les mots clefs « systematic », « review », « condoms », « qualitative research ».

Dans la base de données Cochrane, nous avons utilisé le mot clef « condom » dans « Title Abstract Keyword » et sélectionné les « Cochrane Reviews ».

Dans Google Scholar, nous avons utilisé l'équation : [Titre] « condom » AND « systematic review ».

Nous avons cherché des revues systématiques de la littérature dont les critères de sélection (inclusion et exclusion) étaient similaires aux nôtres ou proches : types d'étude, lieux d'étude, population étudiée, objectifs des études. Nous n'avons pas réalisé de sélection sur la date de publication ni de recueil des données

Résumé

Auteur : Clémentine VIÉBAN

Titre : Freins et leviers à l'usage du préservatif : Revue systématique de la littérature.

Directrice de Thèse : Dr Nathalie BOUSSIER

Lieu et date de soutenance : Faculté de médecine Toulouse – Soutenue le 24 septembre 2019

Introduction : les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème croissant de Santé Publique en France. Si la meilleure défense contre les IST reste à ce jour le préservatif, celui-ci serait en perte de vitesse chez les principaux utilisateurs.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les freins et les leviers à l'usage du préservatif lors d'un rapport sexuel occasionnel chez les adultes âgés de 19 à 30 ans issus de la population générale.

Matériel et méthodes : revue systématique de la littérature incluant des études qualitatives publiées entre le 1er janvier 2010 et le 31 mars 2019. Elle a été réalisée selon les critères édités par les recommandations internationales PRISMA. Les bases de données PubMed, BDSP, SUDOC, EM Premium et Google Scholar ont été interrogées. Les études sélectionnées devaient avoir pour objectif principal ou secondaire de déterminer les freins et les leviers à l'usage du préservatif. La grille d'évaluation COREQ a été utilisée pour apprécier la qualité des articles.

Résultats : 1010 articles ont été trouvés grâce aux équations de recherche, 37 articles ont été inclus dans la revue. Les freins à l'usage du préservatif sont représentés par des barrières pratiques (problèmes d'accès, de coût, de technique d'utilisation), physiques (réduction des sensations, perte d'érection, inconfort, allergie au latex), de jugement (excitation sexuelle, consommation de drogues et d'alcool), des barrières résultant des interactions sociales (influence du partenaire, des proches, culturelle, sociétale), de la minimisation du risque ou de barrières individuelles. Les leviers principaux sont la prévention du VIH et des autres IST et la contraception.

Conclusion : les résultats de cette étude peuvent être utilisés lors d'une consultation de médecine générale, pour promouvoir l'utilisation du préservatif et inciter nos patients à se protéger. Une connaissance approfondie des comportements sexuels est essentielle pour permettre au médecin généraliste de délivrer des messages de prévention adaptés.

Mots-clés : préservatif, jeunes adultes, revue systématique, recherche qualitative, médecin généraliste

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de médecine Toulouse-Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE

Résumé

Auteur : Clémentine VIÉBAN

Titre : Freins et leviers à l'usage du préservatif : Revue systématique de la littérature.

Directrice de Thèse : Dr Nathalie BOUSSIER

Lieu et date de soutenance : Faculté de médecine Toulouse – Soutenue le 24 septembre 2019

Introduction: les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème croissant de Santé Publique en France. Si la meilleure défense contre les IST reste à ce jour le préservatif, celui-ci serait en perte de vitesse chez les principaux utilisateurs.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les freins et les leviers à l'usage du préservatif lors d'un rapport sexuel occasionnel chez les adultes âgés de 19 à 30 ans issus de la population générale.

Matériel et méthodes: revue systématique de la littérature incluant des études qualitatives publiées entre le 1er janvier 2010 et le 31 mars 2019. Elle a été réalisée selon les critères édités par les recommandations internationales PRISMA. Les bases de données PubMed, BDSP, SUDOC, EM Premium et Google Scholar ont été interrogées. Les études sélectionnées devaient avoir pour objectif principal ou secondaire de déterminer les freins et les leviers à l'usage du préservatif. La grille d'évaluation COREQ a été utilisée pour apprécier la qualité des articles.

Résultats: 1010 articles ont été trouvés grâce aux équations de recherche, 37 articles ont été inclus dans la revue. Les freins à l'usage du préservatif sont représentés par des barrières pratiques (problèmes d'accès, de coût, de technique d'utilisation), physiques (réduction des sensations, perte d'érection, inconfort, allergie au latex), de jugement (excitation sexuelle, consommation de drogues et d'alcool), des barrières résultant des interactions sociales (influence du partenaire, des proches, culturelle, sociétale), de la minimisation du risque ou de barrières individuelles. Les leviers principaux sont la prévention du VIH et des autres IST et la contraception.

Conclusion: les résultats de cette étude peuvent être utilisés lors d'une consultation de médecine générale, pour promouvoir l'utilisation du préservatif et inciter nos patients à se protéger. Une connaissance approfondie des comportements sexuels est essentielle pour permettre au médecin généraliste de délivrer des messages de prévention adaptés.

Brakes and levers for condom use: A systematic review of the literature.

Introduction: sexually transmitted infections (STIs) are a growing public health problem in France. Although the best defense against STIs to date remains the condom, its use is in decline for its principal users.

The main objective of this study is to determine the barriers and motivations to condom use during casual sex among adults aged 19 to 30 from the general population.

Method: systematic review of the literature including qualitative studies published between January 1, 2010 and March 31, 2019. It was carried out according to the criteria published by the PRISMA international recommendations. The PubMed, BDSP, SUDOC, EM Premium and Google Scholar databases were queried. Studies selected had to have the primary or secondary objective of determining the barriers and motivations to condom use. The COREQ evaluation grid was used to assess the quality of the articles.

Results: 1010 articles were found using the search equations, 37 articles were included in the review. The principal barriers to condom use are practical (access, cost, usage technique), physical problems (reduction of sensations, loss of erection, discomfort, latex allergy), judgment (sexual arousal, drug and alcohol consumption), barriers resulting from social interactions (influence of partner, relatives, cultural, societal), risk minimization or individual barriers. The main motivating factors are the prevention of HIV and other STIs and contraception.

Conclusion: the results of this study can be used during a general medicine consultation to promote condom use and encourage our patients to protect themselves. In-depth knowledge of sexual behavior is essential to enable GPs to deliver tailored prevention messages.

Mots-clés: préservatif, jeunes adultes, revue systématique, recherche qualitative, médecin généraliste

Key words: condom, young adults, systematic review, qualitative research, general practitioner

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de médecine Toulouse-Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE