



Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement Édition 2006

Santé sexuelle et infections transmises sexuellement
Division des infections acquises dans la collectivité
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses
Direction générale des maladies infectieuses et mesures d'urgence
Agence de santé publique du Canada

Notre mission est de promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

Agence de santé publique du Canada

Édition révisée de *Lignes directrices canadiennes pour les MTS, édition de 1998*

Cette publication peut être rendue disponible dans des formats alternatifs sur demande, et peut également être trouvée sur l'Internet à l'adresse suivante:
www.santepublique.gc.ca/its

Available in English under the title: *Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections, 2006 Edition*

Correspondance :

Santé sexuelle et les infections transmises sexuellement

Division des infections acquises dans la collectivité

Direction des maladies infectieuses et des mesures d'urgence

Agence de santé publique du Canada

Télé. : (613) 957-0381

Courriel : PHAC_Web_Mail@phac-aspc.gc.ca

© SA MAJESTÉ LA REINE DU CANADA, 2006

Numéro de catalogue : HP40-1/2006F

ISBN : 0-662-71308-7

Numéro de catalogue : HP40-1/2006F-PDF

ISBN : 0-662-71309-5

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, version 2006, par le **Groupe de travail d'experts en matière de lignes directrices canadiennes relatives aux infections transmissibles sexuellement.**

Directeur	<p>Tom Wong, M.D., MPH, FRCPC, directeur, Division des infections acquises dans la collectivité, Direction des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, Agence de santé publique du Canada</p>
Directeurs des sections	<p>Soins primaires et infections transmissibles sexuellement Marc Steben, M.D., FCFP, médecin-conseil, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec et Clinique des maladies de la vulve, Hôpital Notre-Dame, Centre hospitalier de l'Université de Montréal</p> <p>Diagnostic en laboratoire et infections transmises sexuellement Max Chernesky, Ph. D., professeur émérite, McMaster University</p> <p>Syndromes spécifiques Mark Yudin, M.D., M. Sc., FRCSC, professeur adjoint, Université de Toronto; administrateur général, Département d'obstétrique et de gynécologie, St. Michael's Hospital</p> <p>Infections précises Barbara Romanowski, M.D., FRCPC, professeure de médecine clinique, Division des maladies infectieuses, Faculté de médecine et de médecine dentaire, Université de l'Alberta</p> <p>Populations précises Rhonda Kropp, B. Sc. N., MPH, analyste principale en santé publique, section Santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la collectivité, Agence de santé publique du Canada</p>
Membres	<p>Joanne Embree, M.D., FRCPC, départements de microbiologie médicale, de pédiatrie et de santé infantile, Université du Manitoba</p> <p>William Fisher, Ph. D., professeur, Département de psychologie et Département d'obstétrique et gynécologie, University of Western Ontario</p> <p>Janice Mann, M.D., directrice, développement des connaissances et de la recherche, section Santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la collectivité, Agence de santé publique du Canada</p> <p>Lai-King Ng, Ph. D., directeur du programme de bactériologie et des maladies entériques, Laboratoire national de microbiologie, Agence de santé publique du Canada</p> <p>David Patrick, M.D., M. H. Sc., FRCPC, professeur agrégé, UBC Healthcare & Epidemiology; directeur, services d'épidémiologie, British Columbia Centre for Disease Control</p> <p>Michael Rekart, M.D., DTM & H., M. H. Sc., directeur, maîtrise du VIH/sida, British Columbia Centre for Disease Control</p> <p>Cathy Sevigny, B. Sc. N., infirmière autorisée, conseillère du programme, sections Santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la collectivité, Agence de santé publique du Canada</p> <p>Ameeta Singh, M.D., B.M.B.S., M. Sc., FRCPC, conseillère médicale en maladies infectieuses, Alberta Health and Wellness; professeure agrégée de clinique, Département de médecine, Université de l'Alberta; directrice médicale, Capital Health STD Centre</p>
Secrétariat	<p>Allison Ringrose, B. H. Sc., agente de programme, section Santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la collectivité, Agence de santé publique du Canada</p>

Les lignes directrices du présent document reflètent les points de vue du groupe de travail d'experts en matière de lignes directrices canadiennes relatives aux infections transmissibles sexuellement. Elles doivent donc être interprétées non comme des règlements, mais comme des recommandations.

AVANT-PROPOS

En mars 2003, la Division des infections acquises dans la collectivité de l'Agence de santé publique du Canada ou ASPC (qui faisait alors partie de Santé Canada) a réuni un groupe de travail d'experts (GTE) en matière d'infections transmissibles sexuellement (ITS) provenant de toutes les régions du Canada pour commencer à planifier le travail de révision des *Lignes directrices canadiennes pour les MTS, édition de 1998*. Des experts en matière d'ITS travaillant dans les domaines de la médecine, des soins infirmiers, des analyses de laboratoire, de la santé publique et de la recherche ont bénévolement participé à l'élaboration des lignes directrices en tant qu'auteurs, examinateurs et membres du GTE dans le but de rédiger des recommandations mises à jour et basées sur des données relatives à la prévention, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des ITS au Canada. Le contenu des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2006* reflète les questions d'actualité et souligne les changements rapportés dans les publications sur les ITS depuis la publication des lignes directrices de 1998.

Ces dernières visaient à servir de ressource aux professionnels de la santé clinique et publique — en particulier le personnel infirmier et les médecins — en matière de prévention et de prise en charge des ITS au sein d'une population diverse de patients, notamment les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes.

Même si le présent document traite des principales questions entourant la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge de la plupart des ITS fréquentes, la mission des présentes lignes directrices n'est pas d'offrir des recommandations complètes quant au traitement et à la prise en charge du VIH et de l'hépatite C. Si vous faites face à ces infections, soit en tant qu'infection primaire, soit en tant que co-infection, nous vous suggérons de consulter d'autres ressources (consulter les références ci-dessous), y compris des collègues expérimentés dans ce domaine.

- Strader DB, Wright T, Thomas DL, Seeff LB. AASLD practice guideline: diagnosis, management, and treatment of hepatitis C. *Hepatology* 2004;39:1147–1171.
- Department of Health and Human Services, Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection. *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents*. Disponible à l'adresse : aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf. Consulté le 6 février 2006.

Le GTE et l'ASPC reconnaissent que les conseils et recommandations du présent énoncé sont basés sur les meilleures connaissances scientifiques et pratiques médicales actuellement disponibles; ils publient le présent document à titre d'information pour les professionnels cliniques et de santé publique. Les personnes s'occupant de la gestion des médicaments, des vaccins ou d'autres produits devraient par ailleurs prendre connaissance de la monographie de chacun de ces produits ou des normes approuvées ou

du mode d'emploi fourni par leur fabricant autorisé. Les recommandations d'emploi et les autres renseignements figurant dans les présentes lignes directrices peuvent différer de ceux des monographies de produit ou des autres normes approuvées ou modes d'emploi. Les fabricants ont reçu l'approbation de leurs produits et ont fourni des preuves de l'innocuité et de l'efficacité de ces derniers, lesquels sont valables uniquement s'ils sont utilisés conformément à la monographie du produit ou à d'autres normes approuvées ou modes d'emploi.

Les médecins doivent signaler les réactions indésirables des médicaments au Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments (PCSEIM). Pour connaître les spécifications et les normes de déclaration, veuillez consulter les directives du PCSEIM de Santé Canada.

Bien que les présentes lignes directrices aient été basées sur des données actuelles et la pratique courante, la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge des ITS sont en constante évolution. Le GTE et l'ASPC, auteurs de ces recommandations, mettront régulièrement à jour ces renseignements. Nous encourageons les lecteurs à consulter le site Web de l'ASPC à la section consacrée aux ITS pour connaître les dernières mises à jour.

Remerciements

Avec l'aide de la section Santé sexuelle et les infections transmissibles sexuellement, Division des infections acquises dans la collectivité, Agence de santé publique du Canada.

Rédacteur en chef : D^r Tom Wong
Rédactrices en chef adjointes : Rhonda Kropp, D^{re} Janice Mann
Directrice de production : Barbara Jones
Coordonnateur de la production : Robert Lerch
Adjointe à la production : Linda Gardiner

Un grand nombre de professionnels de la santé de tout le Canada ont bénévolement accepté de rédiger certains chapitres des présentes lignes directrices.

Nous remercions les personnes suivantes d'avoir consacré du temps comme évaluateurs externes des chapitres des lignes directrices :

Robert Brunham, M.D., directeur des affaires médicales et universitaires, BC Centre for Disease Control, directeur, UBC Centre for Disease Control, professeur de médecine, Division des maladies infectieuses, University of British Columbia; **Susan Comay**, M.D., directrice médicale, Service des agressions sexuelles, BC Women's Hospital; **Curtis Cooper**, M.D., FRCPC, Université d'Ottawa; **Francisco Diaz-Mitoma**, M.D., Ph. D., FRCPC, professeur et directeur, Division de virologie, Children's Hospital of

Eastern Ontario, Université d'Ottawa; **Harold Dion**, M.D., CCFP, FCFP, Clinique médicale l'Actuel, directeur du conseil d'administration, Collège québécois des médecins de famille; **Shelia Dunn**, M.D., CCFP(EM), Université de Toronto, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre; **Alex Ferenczy**, M.D., professeur de pathologie, d'obstétrique et de gynécologie, Université McGill, Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis; **David Fisman**, M.D., MPH, chercheur invité du Center for Health and Wellbeing, Woodrow Wilson School, Université de Princeton; **Jennifer Geduld**, directrice, Section Surveillance du VIH/sida, CPCMI, Division de surveillance et d'évaluation des risques, épidémiologie et surveillance du sida, Agence de santé publique du Canada; **Mary Gordon**, M.D., Centre de santé sexuelle, Santé publique d'Ottawa; **Kevin Gough**, M.D., FRCPC, M. Ed., St. Michael's Hospital, Université de Toronto; **Andree Gruslin**, M.D., FRCS, directeur du programme d'études supérieures, professeur adjoint, médecine maternelle-fœtale, Sépartement d'obstétrique et de gynécologie, Université d'Ottawa; **Hunter Handsfield**, M.D., professeur de médecine, Université de Washington, Center for AIDS and Sexually Transmitted Diseases; **Sandra Hooper**, RN(EC), M. Sc. N., infirmière praticienne, Centre de santé sexuelle, santé publique d'Ottawa; **Robbi Howlett**, M. A. Sc., Ph. D. (candidat), directeur, programme de dépistage des affections du col de l'Ontario, Division de l'oncologie préventive, Cancer Care Ontario; **Gaya Jayaraman**, Ph. D., MPH, directrice, Section de la résistance aux médicaments anti-VIH et de la surveillance sur le terrain, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Agence de santé publique du Canada; **Sari Kives**, M.D., Université de Toronto, St. Michael's Hospital; **Claude Laberge**, M.D., Service de lutte contre les ITSS, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; **Gilles Lambert**, M.D., Institut national de santé publique du Québec; **Debbie Lindsay**, M.D., Université du Manitoba, Centre de protection de l'enfance, Centre des sciences de la santé; **Noni MacDonald**, M.D., M. Sc., FRCP, Université de Dalhousie, IWK Health Centre; **Louisa MacKenzie**, M.D., FRCPC, DTMH, Calgary Refugee Health Program, Margaret Chisholm Resettlement Centre; **Lorette Madore**, RN, DPHN, BN, superviseure, services cliniques, Healthy Sexuality and Risk Reduction Program, Santé publique d'Ottawa; **Nathalie Mondain**, Ph. D., Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal; **Deborah Money**, M.D., FRCSC, professeure agrégée, University of British Columbia, BC Women's Hospital; **Curtis Nickel**, M.D., professeur d'urologie, Queen's University; **Gina Ogilvie**, M.D., M. Sc., University of British Columbia; **Caroline Paquet**, M. Sc., professeure de profession de sage-femme, Université du Québec [à Montréal?]; **Gordon Phaneuf**, directeur des initiatives stratégiques, Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada; **Raphael Saginur**, M.D., FRCPC, Hôpital d'Ottawa et Université d'Ottawa; **John Sellors**, M.D., conseiller médical principal, santé reproductive, PATH; **Alberto Severini**, M.D., Laboratoire national de microbiologie, Agence de santé publique du Canada; **Stephen Shafran**, M.D., FRCPC, professeur et directeur, Division des maladies infectieuses, Département de médecine, Université de l'Alberta; **Rita Shahin**, M.D., Toronto Public Health; **Brenna Shearer-Hood**, MSA(HSA), BMR (OT), Cancer Care Manitoba; **Jonathan Smith**, M. Sc., épidémiologiste, National Infectious Disease Program, Direction générale des services d'hygiène, Service correctionnel du Canada; **Gwen Stephens**, M.D., FRCPC, Département de pathologie et laboratoire de médecine, University of British Columbia; **Jill Tinmouth**, M.D., Ph. D., Sunnybrook and Women's Health Sciences Centre, Université de Toronto; **Baldwin Toye**, M.D., FRCPC, directeur, Division de microbiologie, Hôpital d'Ottawa, Université d'Ottawa; **Sharonie Valin**, M.D., CCFP, M. H. Sc., North York General Hospital, Women's College Hospital, Bay Centre for Birth Control; **Heidi Wood**, Ph. D., directrice, Section diagnostic, zoonoses et chlamydia, Laboratoire national de microbiologie, Agence de santé publique du Canada.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION

SOINS PRIMAIRES ET INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

- Évaluer la raison motivant la consultation
- Connaître les facteurs de risque et l'épidémiologie des ITS
- Effectuer un bref examen des antécédents du patient et des risques qu'il court en matière d'ITS
- Offrir au patient des conseils et de l'information
- Procéder à un examen physique
- Choisir l'examen de dépistage/les tests adéquats
- Poser un diagnostic en fonction d'un syndrome ou d'un micro-organisme, et offrir du *counselling* après l'obtention des résultats des tests
- Prescrire un traitement
- Notifier les autorités de santé publique et les partenaires du patient
- Prendre en charge les comorbidités et les risques associés
- Faire un suivi

DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

- Prélèvement et transport des échantillons
- Méthodes des épreuves de laboratoire
- Diagnostic de laboratoire d'infections précises

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DE CERTAINS SYNDROMES

- Prise en charge des infections transmissibles sexuellement en fonction du syndrome présenté
- Épididymite
- Ulcérations génitales
- Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)
- Prostatite
- Infections entériques et intestinales transmissibles sexuellement
- Urétrite
- Pertes vaginales (vaginose bactérienne, candidose vulvo-vaginale, trichomonase)

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DE CERTAINES INFECTIONS

Chancre mou
Infections à *Chlamydia*
Infestations ectoparasitaires (pou du pubis, gale sarcoptique humaine)
Infections génitales à virus *Herpes simplex* (VHS)
Infections génitales à papillomavirus humain (VPH)
Infections gonococciques
Infections à virus de l'hépatite B
Infections à virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
Lymphogranulome vénérien (LGV)
Syphilis

POPULATIONS SPÉCIFIQUES

Immigrants et réfugiés
Détenus et contrevenants
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH)/Femmes
ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes (FARSAF)
Femmes enceintes
Enfants impubères ou prépubères victimes d'abus sexuels
Adultes et adolescents pubères victimes d'une agression sexuelle
Travailleurs de l'industrie du sexe
Utilisation de substances psychoactives
Voyageurs

ANNEXES

A : Conseils à l'intention des patients au sujet de l'utilisation des condoms
B : Mode d'emploi du condom pour hommes et du condom pour femmes
C : Ressources et outils de référence à l'intention des professionnels de la santé
D : Directeurs provinciaux et territoriaux des services de lutte contre les ITS
E : Laboratoires provinciaux
F : Preuve médico-légale, services de médecine légale et laboratoires judiciaires
G : Centres de référence pour le traitement des ITS chez les enfants impubères ou
prépubères victimes de sévices sexuels
H : Échelle de maturité sexuelle de Tanner

INDEX

INTRODUCTION

Démarche suivie pour l'élaboration des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2006*

La démarche suivie pour élaborer les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition de 2006* a été conçue par le groupe de travail d'experts (GTE) constitué de 14 personnes [dirigé par le D^r Tom Wong de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC)] et la section Santé sexuelle et les infections transmises sexuellement de l'ASPC. Les chapitres des lignes directrices ont été bénévolement rédigés par des experts en matière d'ITS provenant de toutes les régions du Canada. Afin de faciliter les révisions basées sur des données, l'ASPC a effectué des analyses bibliographiques pour chaque chapitre, lesquelles ont servi aux auteurs qui en faisaient la demande pendant la rédaction de leur chapitre. Chacun des 27 chapitres a été soumis à au moins quatre relectures en insu par des experts; trois de ces relectures ont été faites par des membres du GTE et une par au moins deux examinateurs externes. L'approbation finale de chaque chapitre par le GTE était la condition à la clôture d'un chapitre. Afin d'assurer l'intégrité et l'impartialité du processus et des recommandations de la version finale du présent document, tous les membres du GTE et les auteurs des chapitres ont rempli et signé un formulaire sur les conflits d'intérêts et la divulgation des renseignements (consulter Annexe A).

La présente version a été augmentée afin d'inclure des références au sein de chaque chapitre, ainsi que des indicateurs du degré de recommandation et de la qualité des données relativement aux recommandations thérapeutiques. Ces indicateurs, qui reflètent des méthodologies de la U.S. Preventive Services Task Force des États-Unis et du Groupe de santé canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP), ont été modifiés et simplifiés comme cela est indiqué aux Tableaux 1 et 2.

Tableau 1. Degrés de recommandation
(Adaptation de Harris RP et al.¹)

Recommandation : A	Recommande fortement aux cliniciens de prescrire le traitement aux patients admissibles sur une base systématique. Il existe de bonnes données montrant que le traitement améliore des issues médicales importantes et que ses bienfaits surpassent considérablement ses risques.
Recommandation : B	Recommande aux cliniciens de prescrire le traitement aux patients admissibles sur une base systématique. Il existe d' assez bonnes données montrant que le traitement améliore des issues importantes, et que ses bienfaits surpassent ses risques.
Recommandation : C	Aucune recommandation quant à la prescription systématique du traitement. Il existe au moins d' assez bonnes données montrant que le traitement peut améliorer les issues médicales, mais ses bienfaits sont trop limités par rapport à ses risques pour justifier une recommandation générale.
Recommandation : D	Recommande de ne pas prescrire de traitement aux patients

	asymptomatiques. Présence de données assez correctes montrant que le traitement est inefficace ou que ses risques dépassent ses bienfaits.
Recommandation : I	Données insuffisantes pour recommander ou déconseiller un traitement systématique. Les données montrant que le traitement est efficace sont insuffisantes, de qualité médiocre ou contradictoires , et il n'est pas possible d'évaluer les bienfaits du traitement par rapport à ses risques.

Tableau 2. Qualité des données
(*Modification de Harris RP et al.¹ et Gross PA et al.²*)

I	Données s'appuyant sur au moins un essai contrôlé et bien randomisé
II	Données s'appuyant sur au moins un essai clinique bien conçu sans randomisation, portant sur des études analytiques de cohortes ou cas-témoins (de préférence dans plus d'un centre), sur plusieurs études de séries chronologiques ou sur des résultats substantiels provenant d'expériences non contrôlées
III	Données provenant d'opinions d'autorités réputées basées sur des expériences cliniques, des études descriptives ou des rapports de comités d'experts

Nouvelle terminologie et nouveaux chapitres

Les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2006 emploient une nouvelle terminologie (substitution d'ITS à MTS ou « maladie transmissible sexuellement ») visant à refléter les tableaux cliniques symptomatiques et asymptomatiques. Ce changement favorise la légitimisation d'une évaluation plus approfondie de l'état des patients et l'identification de ceux présentant un risque précis, quelle que soit la symptomatologie.

Chaque chapitre appartient à l'une des cinq sections suivantes : *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement*, *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement*, *Prise en charge et traitement de syndromes précis*, *Prises en charge et traitement d'infections spécifiques* et *Populations précises*.

Les chapitres *Prévention primaire des MTS* et *Approche clinique au diagnostic et à la prise en charge des MTS* qui figuraient dans les lignes directrices de 1998 ont été regroupés en un seul chapitre dans la nouvelle édition 2006, lequel est intitulé *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement*.

Parmi les chapitres des lignes directrices de 1998 ayant été incorporés à d'autres sections de la nouvelle édition 2006, notons les suivants : *Cervicite*, *Personnes atteintes de MTS à répétition* et *Jeunes et jeunes de la rue*.

De nouveaux chapitres ont été ajoutés à la section sur la prise en charge et le traitement d'infections précises (*chancre mou*, *lymphogranulome vénérien*) et à celle sur les populations précises (*immigrants et réfugiés*, *détenus et délinquants*, *hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes/femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres*

femmes, travailleurs de l'industrie du sexe et utilisateurs de substances psychoactives) de la nouvelle édition 2006.

Nécessité de renforcer la prévention

Au Canada, il existe trois ITS à déclaration obligatoire à l'échelle nationale : l'infection à *Chlamydia*, la gonorrhée et la syphilis infectieuse. Depuis 1997, il s'est produit une augmentation graduelle des taux de ces trois infections. Ce phénomène n'est pas unique au Canada; d'autres pays, y compris les États-Unis et le Royaume-Uni, ont rapporté des tendances similaires^{3,4}. Des programmes ciblés de recherche et de surveillance accrue sont requis pour déterminer les facteurs pouvant influencer ces tendances. Parmi ces facteurs éventuels, notons :

- la mise en œuvre, déjà réalisée, des tests d'amplification de l'acide nucléique (TAAN);
- la possibilité que certaines personnes en aient assez d'avoir des rapports sexuels protégés;
- le fait que le traitement anti-VIH a connu des innovations (p. ex., traitement antirétroviral hautement actif), ce qui a engendré un certain optimisme;
- la sensibilisation des jeunes à risques et le fait que leurs connaissances des comportements visant la réduction des risques sont encore moins qu'optimales⁵;
- les jeunes ont des rapports sexuels de plus en plus tôt, la fréquence des relations monogames multiples étant élevée;
- le fait que les gens continuent d'avoir des relations sexuelles à un âge avancé;
- le fait que les risques de transmission des ITS associés aux rapports sexuels (vaginaux, anaux et bucco-génitaux) sont mal compris par le public;
- le fait que les drogues comme l'*ecstasy* et la méthamphétamine (ou « glace »), qui sont consommées lors de soirées, sont de plus en plus souvent associées à des comportements sexuels dangereux⁶;
- le fait que de plus en plus de personnes se trouvent des partenaires par des moyens anonymes comme le réseau Internet.

En étant au courant des tendances concernant le risque relatif aux ITS, des facteurs de risque et des populations affectées, les médecins de soins primaires et de santé publique sont mieux en mesure de prodiguer des services aux patients et de leur donner des informations pertinentes et complémentaires, à l'échelle individuelle et communautaire.

Il est impossible d'aborder la prévention et la maîtrise des ITS sans avoir un minimum d'ouverture d'esprit. La prise en charge médicale appropriée des cas identifiés d'ITS ne représente qu'une partie du casse-tête. En effet, des activités de prévention primaire et secondaire sont primordiales pour réduire l'incidence (infections nouvellement acquises) et la prévalence (nombre de cas) des ITS. La prévention primaire vise à prévenir l'exposition en identifiant les personnes à risques, en procédant à des examens approfondis et en donnant au patient des informations et du *counselling* adaptés à sa situation⁷. La prévention secondaire a pour but de réduire la prévalence des ITS en dépistant les infections chez les populations à risques, en offrant du *counselling*, en notifiant les partenaires et en traitant les personnes infectées et leurs partenaires

rapidement; il s'agit ainsi de prévenir ou de limiter la propagation subséquente de l'infection⁷.

Le fardeau de la maladie et les complications éventuelles associées aux ITS sont des aspects pertinents et significatifs dont les professionnels de la santé et les décideurs doivent tenir compte. La présence d'une infection aiguë peut augmenter le risque de co-infection : par exemple, tout ulcère dû à une infection telle que la syphilis peut significativement augmenter le risque d'acquérir et de transmettre une infection au VIH. Chez les femmes, les séquelles d'infections non traitées comme l'infection à *Chlamydia* ou la gonorrhée peuvent inclure les atteintes inflammatoires pelviennes, les douleurs pelviennes chroniques, les grossesses ectopiques et l'infécondité. Dernièrement, de plus en plus de données corroborent le lien qui existe entre les infections constantes à papillomavirus humain (VPH) et la dysplasie ou le cancer du col de l'utérus. En nous efforçant de répondre aux besoins physiologiques des patients, mais nous devons aussi être en mesure de pallier leurs besoins psychologiques. Les ITS virales chroniques peuvent d'ailleurs avoir des effets nuisibles et persistants sur le bien-être psychologique des patients. Les nombreuses séquelles possibles des ITS mettent en évidence le besoin de mettre en œuvre des méthodes de prévention plus efficaces.

Développements futurs

Tout comme dans de nombreux autres domaines du secteur de la santé, l'innovation et le développement font partie des connaissances et des outils de plus en plus souvent utilisés pour la prévention, le traitement et la prise en charge des maladies et des infections. Nous vous recommandons de consulter diverses ressources pour maintenir et améliorer votre pratique clinique.

Deux nouveaux développements qui pourraient significativement influencer le domaine des ITS sont les vaccins contre le VPH et le virus *Herpes simplex* (VHS). Les dernières données sur ces deux développements sont soulignées ci-dessous. Comme il s'agit de domaines en pleine évolution, veuillez consulter le site Web de l'ASPC à la section consacrée aux ITS pour obtenir les informations les plus récentes à ce sujet.

Vaccin contre le VPH

Des données préliminaires sur les vaccins à particule pseudovirale pour la prévention du VPH démontrent des résultats positifs en termes d'innocuité et d'efficacité à court terme. En 2005, deux vaccins potentiels ont fait l'objet d'essais de phase III. Ceux-ci protégeraient contre le VPH-16 et le VPH-18, lesquels causent 70 % des cancers du col de l'utérus⁸. Les produits candidats comprennent également une protection contre les antigènes du VPH-6 et du VPH-11, lesquels causent 90 % des verrues vaginales externes⁹. Des vaccins thérapeutiques ont également été étudiés, mais les résultats initiaux ne sont guère encourageants.

Vaccin contre le VHS

Des données préliminaires sur un vaccin à base de glycoprotéine virale contre le VHS de type 2 font état de bons résultats quant à l'innocuité. Le vaccin fournit une protection à court terme chez les femmes non porteuses du VHS de type 1, mais aucune protection

pour les hommes¹⁰. Des vaccins thérapeutiques ont également fait l'objet d'études, mais jusqu'à présent, les résultats ont démontré un effet insuffisant par rapport au placebo.

Références

1. Harris RP, Hefland M, Woolf SH *et al.* Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med* 2001;20(3 suppl):21–35.
2. Gross PA, Barrett TL, Dellinger EP *et al.* Purpose of quality standards for infectious diseases. Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 1994;18:421.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in reportable sexually transmitted diseases in the United States, 2004. Dans : *2004 STD Surveillance Report*. Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention, 2005. Disponible à l'adresse : www.cdc.gov/std/stats/default.htm. Consulté le 17 janvier 2006.
4. Health Protection Agency Centre for Infections. *Mapping the Issues HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom: 2005*. London: Health Protection Agency Centre for Infections, 2005. Disponible à l'adresse : www.hpa.org.uk/hpa/publications/hiv_sti_2005/default.htm. Consulté le 17 janvier 2006.
5. Conseil des ministres de l'Éducation (Canada). *Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada, 2002 : Facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements*. Toronto (Ontario) : Conseil des ministres de l'Éducation (Canada), 2003. Disponible à l'adresse : www.cmec.ca/publications/aids/indexf.html Consulté le 17 janvier 2006.
6. Buchacz K, McFarland W, Kellogg TA *et al.* Amphetamine use is associated with increased HIV incidence among men who have sex with men in San Francisco. *AIDS* 2005;19:1423–1424.
7. Organisation mondiale de la Santé. *Preventing and Treating Sexually Transmitted and Reproductive Tract Infections*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 2006. Disponible à l'adresse : www.who.int/hiv/topics/sti/prev/en/print.html. Consulté le 17 janvier 2006.
8. Bosch FX, de Sanjose S. Chapter 1: Human papillomavirus and cervical cancer—burden and assessment of causality. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;31:3–13.
9. Von Krogh G. Management of anogenital warts (condylomata acuminata). *Eur J Dermatol* 2001;11:598–603.
10. Stanberry LR, Spruance SL, Cunningham AL *et al.* Glycoprotein-D-adjuvant vaccine to prevent genital herpes. *N Engl J Med* 2002;347:1652–1661.