

PRÉVENTION, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE CLINIQUE, EN SOINS PRIMAIRES, DES INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT

Auteurs: **William Fisher**, PhD, Professor, Departments of Psychology and Obstetrics and Gynaecology, University of Western Ontario, **Cathy Sevigny**, BScN, RN, Program Consultant, Sexual Health and STI and Hepatitis C Sections, Community Acquired Infections Division, Public Health Agency of Canada, **Marc Steben**, MD, FCFP, médecin-conseil, Direction 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.

Il est important que les professionnels de la santé sachent que les risques relatifs aux infections transmises sexuellement (ITS) varient d'une personne à l'autre et qu'ils les considèrent comme un processus dynamique au cours de la vie des patients.

- Seule une évaluation adéquate permet de déterminer le risque encouru par un patient en matière d'ITS.
- Les suppositions et les déductions au sujet du risque relatif aux ITS peuvent s'avérer inexactes.
- Il est possible d'informer les personnes inactives sur le plan sexuel au sujet des risques relatifs aux ITS lors d'une visite de routine.

Les prestataires de soins primaires peuvent intégrer la prévention primaire et secondaire des ITS dans le cadre des soins de routine donnés aux patients de la façon suivante :

- évaluer le risque qu'ils courent en matière d'ITS et en discuter;
- les informer des signes et des symptômes des ITS (et de l'absence de ceux-ci);
- les aider à reconnaître le risque d'ITS et à le réduire au maximum;
- leur offrir des conseils axés sur leur mode de vie;
- leur proposer, s'il y a lieu, la vaccination contre l'hépatite A (VHA) et B (VHB);
- leur proposer des examens de dépistage des ITS et des tests;
- offrir un traitement, un suivi et des conseils adéquats aux patients infectés et à leurs partenaires.

Le présent chapitre offre un aperçu général des meilleures pratiques de prévention et de prise en charge clinique des ITS dans le contexte des soins primaires. Il renferme des recommandations pour l'évaluation, le *counselling*, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des ITS, y compris la notification des partenaires et la déclaration aux services de santé publique.

Pour la prévention et la prise en charge efficaces des ITS, les professionnels de la santé doivent effectuer les démarches suivantes :

1. Évaluer la raison motivant la consultation
2. Connaître les facteurs de risque et l'épidémiologie des ITS
3. Effectuer un bref examen des antécédents du patient et des risques qu'il court en matière d'ITS
4. Offrir au patient des conseils et de l'information axés sur son mode de vie
5. Procéder à un examen physique

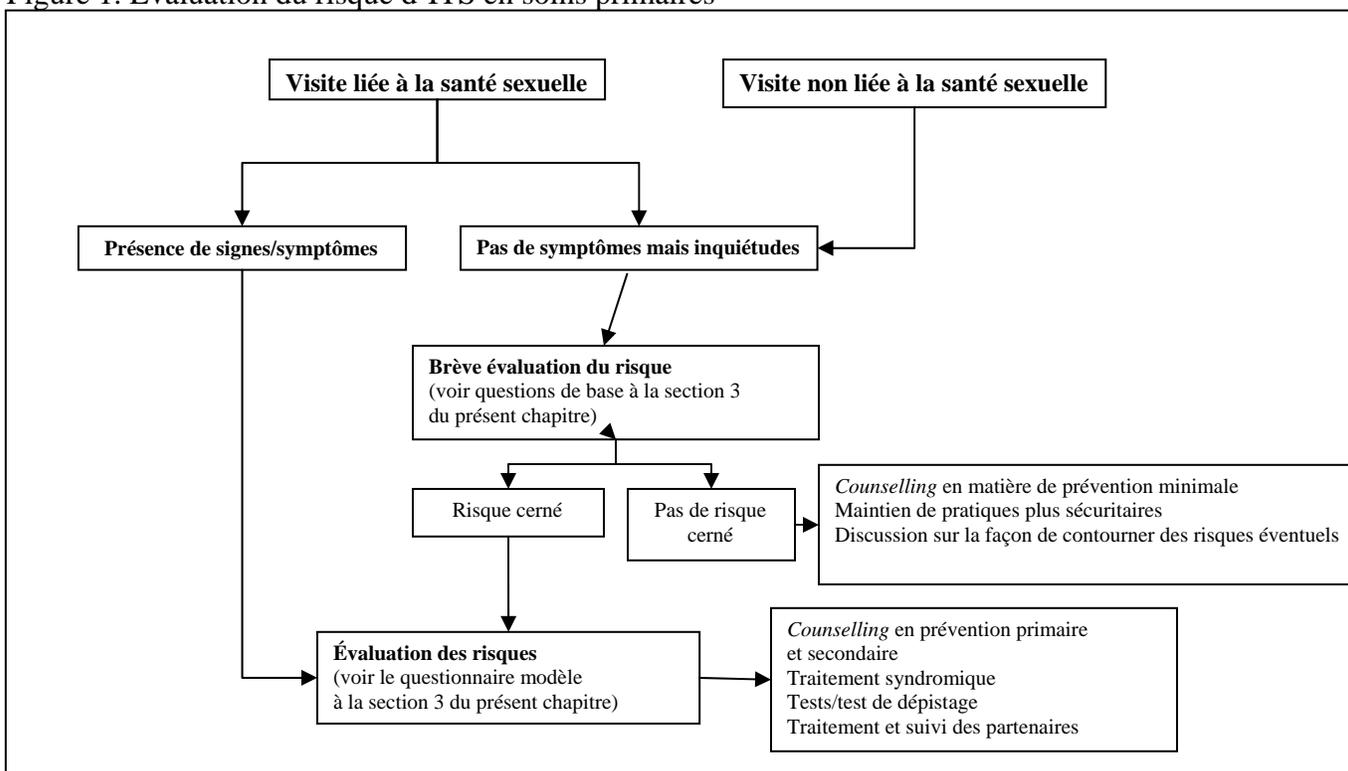
6. Choisir l'examen de dépistage/les tests adéquats
7. Poser un diagnostic en fonction d'un syndrome ou d'un micro-organisme, et offrir du *counselling* après l'obtention des résultats des tests
8. Prescrire un traitement
9. Notifier les autorités de santé publique et les partenaires du patient
10. Prendre en charge les comorbidités et les risques associés
11. Faire un suivi

Chacun de ces aspects est présenté de façon détaillée ci-après.

1. Évaluer la raison motivant la consultation

Il arrive que les patients consultent un médecin pour des raisons étrangères à leur santé sexuelle alors qu'ils présentent un risque d'ITS et qu'ils bénéficieraient d'une intervention visant à déterminer leurs facteurs de risque. Par exemple, les consultations au sujet du choix d'une méthode contraceptive touchent souvent à la prévention et au dépistage des ITS; la prise en charge d'une telle méthode et la gestion des risques associés aux ITS sont en effet liées. Lorsque les patients consultent un médecin pour obtenir des conseils sur le choix d'une méthode contraceptive, le moment est idéal d'évaluer leurs risques d'ITS et d'en discuter avec eux. Le type de risque d'ITS d'un patient influence également le choix d'une méthode contraceptive appropriée. Dans certains cas, les patients peuvent consulter un médecin à cause de signes ou de symptômes éventuellement associés à une ITS, pour demander des tests sur les ITS ou pour discuter de questions de prévention. Le fait d'identifier des personnes préoccupées par les ITS, exposées à un risque d'ITS ou présentant une ITS rend propice une discussion au sujet des obstacles à la réduction du risque et des moyens de les surmonter.

Figure 1. Évaluation du risque d’ITS en soins primaires



2. Connaître les facteurs de risque et l'épidémiologie des ITS

Pour déterminer le risque de suspicion d'une ITS chez un patient, le professionnel de la santé doit comprendre les tendances épidémiologiques des ITS, de même que les facteurs de risque associés à la transmission et à l'acquisition de ces dernières.

Les principales tendances épidémiologiques des ITS bactériennes et virales au Canada, ainsi que les facteurs de risque d'ITS, sont résumés au Tableau 1.

Tableau 1. Épidémiologie des ITS au Canada

Infection	Fréquence en pratique clinique	Tendances de l'incidence	Personnes les plus affectées
<i>Chlamydia</i> *	<ul style="list-style-type: none"> • ITS bactérienne la plus diagnostiquée et la plus rapportée • Nombre de cas rapportés au Canada en 2002 : 56 241 • De janvier à juin 2004* : 29 591 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation régulière au Canada depuis 1997 	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans • Jeunes hommes âgés de 20 à 29 ans
Gonorrhée*	<ul style="list-style-type: none"> • Deuxième ITS bactérienne la plus diagnostiquée et la plus rapportée • Nombre de cas rapportés au Canada en 2002 : 7 367 • De janvier à juin 2004* : 4 013 	<ul style="list-style-type: none"> • Depuis 1997, les taux ont augmenté de 50 %. • La résistance aux quinolones a augmenté, passant de < 1 % au début 	<ul style="list-style-type: none"> • Les hommes représentent deux tiers des cas signalés. • Augmentation chez les HARSAH • Jeunes hommes âgés de 20 à 29 ans



		des années 1990 à 2,1 % en 2002.	<ul style="list-style-type: none"> Jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans
Syphilis infectieuse*	<ul style="list-style-type: none"> Autrefois rare au Canada Nombre de cas rapportés au Canada en 2002 : 463 De janvier à juin 2004* : 598 	Augmentation substantielle au pays depuis 1997 à cause de flambées régionales dans tout le Canada	<ul style="list-style-type: none"> HARSAH (VIH+ et VIH-) âgés de 30 à 39 ans Travailleurs de l'industrie du sexe et leurs clients Acquisition dans les régions endémiques
Chancre mou	De plus en plus rare au Canada	Stable	Acquisition dans les régions endémiques
Granulome inguinal	De plus en plus rare au Canada	Stable	Acquisition dans les régions endémiques
Lymphogranulome vénérien	Autrefois rare au Canada	<ul style="list-style-type: none"> Inconnu Les flambées récentes au Canada ont forcé la création et l'application d'un système de surveillance accrue. 	<ul style="list-style-type: none"> HARSAH Acquisition dans les régions endémiques
Papillomavirus humain	Très fréquent : 70 % de la population adulte attrape au moins une infection génitale à VPH pendant sa vie.	L'incidence réelle n'est pas connue, car le VPH n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.	Hommes et femmes, adolescents ou jeunes adultes (il affecte aussi bien les hommes que les femmes, et ce, quel que soit leur âge).
Herpès génital (VHS-1 et VHS-2)	Fréquent	<ul style="list-style-type: none"> L'incidence réelle n'est pas connue, car le VHS n'est pas une maladie à déclaration obligatoire. Les études de séroprévalence indiquent des taux d'au moins 20 %. 	<ul style="list-style-type: none"> Très fréquent chez les adolescents et les adultes, hommes ou femmes Les femmes sont plus affectées que les hommes.
VIH	<ul style="list-style-type: none"> Rare en médecine générale Nombre de cas rapportés au Canada en 2004 : 2 529 	Augmentation de 20 % du nombre de rapports de tests séropositifs au Canada (de 2000 à 2004)	<ul style="list-style-type: none"> HARSAH Acquisition dans les régions endémiques Utilisateurs de drogues injectables Jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans
Hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> Faible à modérée en médecine générale; varie selon les populations. Environ 700 cas aigus par an au Canada 	<ul style="list-style-type: none"> La fréquence de l'hépatite B aiguë est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Les taux d'incidence les plus élevés concernent le groupe d'âge de 30 à 39 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> Nourrissons dont la mère est porteuse de l'AgHBs+. UDI qui partagent leur matériel. Personnes ayant plusieurs partenaires sexuels Acquisition dans les régions endémiques Contacts sexuels ou proximité avec des porteurs aigus ou chroniques de l'infection

AgHbs = antigène de surface de l'hépatite B

VPH = Papillomavirus humain

VHS = Virus *Herpes simplex*

UDI = Utilisateurs de drogues injectables

HARSAH = Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

ITS = infection transmise sexuellement

*Les données sont préliminaires et susceptibles d'être modifiées.

Remarque : Pour obtenir des renseignements épidémiologiques plus récents, veuillez consulter le site Web de l'Agence de santé publique du Canada :

- http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/facts_f.html
- http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac1204/index_f.html
- http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/31s2/index_f.html

Facteurs de risque des ITS

Les facteurs de risque d'ITS suivants sont associés à une incidence accrue d'ITS :

- contact sexuel avec une ou des personnes connues pour être porteuses d'une ITS;
- jeune actif sexuellement âgé de moins de 25 ans;
- nouveau partenaire sexuel ou plus de deux partenaires sexuels au cours de l'année précédente;
- personnes ayant eu plusieurs partenaires avec le temps, toujours un à la fois, et ce, jusqu'à présent;
- personnes n'utilisant pas de méthode contraceptive ou utilisant une **seule** méthode non obstructive (contraceptifs oraux, Depo Provera, stérilet);
- utilisateurs de drogues injectables;
- utilisation d'autres substances psychoactives comme l'alcool ou des produits chimiques (marijuana, cocaïne, ecstasy, méthamphétamine ou « glace »), surtout si elle est associée à des rapports sexuels;
- toute personne ayant des rapports sexuels à risques (rapports non protégés, bucco-génitaux, génitaux ou anaux; rapports sexuels avec échanges sanguins, y compris le sadomasochisme; partage de jouets sexuels);
- travailleurs de l'industrie du sexe et leurs clients;
- rapports sexuels pour subvenir à ses besoins : troquer des rapports sexuels contre de l'argent, de la drogue, un toit ou de la nourriture;
- personnes vivant dans la rue, sans-abri;
- partenaires sexuels anonymes (Internet, bains publics, parties *rave*);
- victimes de violence/sérvices sexuels;
- antécédents d'ITS.

3. Effectuer un bref examen des antécédents du patient et des risques qu'il court en matière d'ITS

Principes généraux

- Demander des renseignements avec simplicité, sans préjugés, en employant des termes compréhensibles pour le patient.
- L'examen des antécédents doit porter sur les points suivants :
 - symptômes génitaux associés aux ITS (pertes, dysurie, douleurs abdominales, douleurs testiculaires, éruptions, lésions),
 - symptômes systémiques associés aux ITS (fièvre, perte de poids, adénopathie),



- facteurs de risque personnels et prévention (utilisation du condom, vaccination contre l'hépatite B et, pour les personnes à risques, contre l'hépatite A),
- conscience d'un risque accru d'ITS par le patient,
- autres éléments pertinents d'un examen général des antécédents, notamment des pharmacothérapies, des allergies et le suivi de problèmes antérieurs.
- Une brève évaluation des risques devrait permettre de cerner rapidement ou d'exclure les principaux facteurs de risque d'ITS. Voici quelques énoncés qui pourraient être utiles à l'évaluation rapide du risque :
 - « Une partie de mon travail consiste à évaluer les problèmes de santé sexuelle et reproductive. Bien sûr, tout ce dont nous discutons aujourd'hui demeure strictement confidentiel. Si vous êtes d'accord, je voudrais vous poser quelques questions à ce sujet. »
 - « Êtes-vous actuellement actif sur le plan sexuel ou l'avez-vous été? Cela comprend les rapports sexuels bucco-génitaux, anaux ou vaginaux. »
 - « Avez-vous des symptômes qui vous font soupçonner la présence d'une ITS? Avez-vous des ulcérations sur vos organes génitaux ou autour d'eux? Ressentez-vous des douleurs ou des brûlures lorsque vous urinez? Avez-vous remarqué une perte inhabituelle provenant de votre pénis, de votre vagin ou de votre anus? Ressentez-vous des douleurs pendant vos rapports sexuels? »
 - « Quelle mesure contraceptive utilisez-vous? (Vous ou votre partenaire utilisez-vous une méthode contraceptive?) »
 - « Quelle mesure prenez-vous pour vous protéger des ITS comme le VIH? »
 - « Avez-vous des inquiétudes au sujet de violences ou de sévices sexuels dont vous auriez été victime? »
 - « Vous ou votre(vos) partenaire(s) avez-vous déjà pris des drogues injectables ou d'autres drogues (p. ex., méthamphétamine (« glace »)? »
 - Aux femmes, demandez :
 - « À quand remontent vos dernières menstruations? »
 - « À quand remontent votre dernier test de Pap? »

Effectuer une évaluation précise du risque

Tout patient dont la situation actuelle ou les antécédents l'exposent à un facteur de risque d'ITS devrait être soumis à un examen plus détaillé de ses antécédents. Le questionnaire d'évaluation précise du risque d'ITS (Tableau 2) peut servir de guide pratique pour aider les cliniciens à mieux évaluer les facteurs de risque d'un patient et ses comportements, et pour les orienter quant aux conseils qu'ils peuvent lui donner ou aux tests qu'ils peuvent recommander.

Tableau 2. Questionnaire d'évaluation du risque d'ITS¹

Catégorie et éléments	Questions importantes pour guider votre évaluation
<p>Relations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situation actuelle • Déterminer les inquiétudes 	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous un/une partenaire sexuel(le) stable? • Si oui, depuis combien de temps êtes-vous en relation avec cette personne? • Éprouvez-vous des inquiétudes quant à votre relation? • Si oui, lesquelles (p. ex., violence, sévices, coercition)?
<p>Comportements sexuels à risque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de partenaires • Préférence, orientation sexuelle • Activités sexuelles • Évaluation du risque personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • À quand remontent vos derniers rapports sexuels? Ont-ils eu lieu avec votre partenaire habituel(le) ou avec un(e) autre? • Combien de partenaires sexuel(le)s différent(e)s avez-vous eu(e)s au cours des deux derniers mois? au cours de la dernière année? • Vos partenaires sont-ils/elles des hommes, des femmes ou les deux? • Pratiquez-vous des rapports sexuels bucco-génitaux (p. ex., embrasser votre partenaire sur ses parties génitales ou son anus)? • Pratique-t-on sur vous un rapport sexuel bucco-génital? • Effectuez-vous une pénétration lors de vos rapports sexuels (vous pénétrez vos partenaires dans le vagin ou l'anus [fesses]? Ou c'est vos partenaires qui pénètrent votre vagin ou votre anus [fesses])? • L'un ou l'une de vos partenaires sexuels sont-ils des personnes provenant d'autres pays que le Canada? Si oui, où et quand? • Dans quelles conditions rencontrez-vous vos partenaires sexuel(le)s (en voyage, dans les bains publics, sur Internet)? • Utilisez-vous des condoms tout le temps, parfois ou jamais? • Qu'est-ce qui influence votre choix de vous protéger ou pas? • Si vous deviez évaluer les risques que vous courez en matière d'ITS, diriez-vous que vous n'êtes exposé à aucun risque, que vous êtes exposé à un risque faible, moyen ou élevé? pourquoi?
<p>Antécédents en matière d'ITS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépistages antérieurs d'ITS • Antécédents d'ITS • Inquiétudes actuelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà subi des tests de dépistage d'ITS ou du VIH? Si oui, à quand remonte le dernier test? • Avez-vous déjà eu une ITS dans le passé? Si oui, laquelle et quand? • À quand remontent les derniers rapports sexuels qui ont suscité votre inquiétude? • Si vous présentez des symptômes, depuis quand sont-ils apparus?

Antécédents en matière de santé reproductive	
<ul style="list-style-type: none"> • Contraception • Problèmes connus en matière de reproduction • Test Pap • Grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Vous ou votre partenaire utilisez-vous une méthode contraceptive? si oui, laquelle? Avez-vous des problèmes à signaler à ce sujet? Si vous n'en utilisez pas, pourquoi? • Avez-vous déjà eu des problèmes de santé reproductive? si oui, quand? lesquels? • Avez-vous déjà obtenu des résultats anormaux au test de Pap? si oui, quand? Quels étaient ces résultats? • Avez-vous déjà été enceinte? si oui, combien de fois? Issue : nombre de naissances, d'avortements ou de fausses couches.
Utilisation de substances psychoactives	
<ul style="list-style-type: none"> • Partage du matériel d'injection • Rapports sexuels avec facultés affaiblies • Risque percutané différent de celui de l'injection de drogues 	<ul style="list-style-type: none"> • Consommez-vous de l'alcool? des drogues? Si oui, à quelle fréquence et quel type d'alcool ou de drogue? • S'il s'agit de drogues injectables, avez-vous déjà partagé votre matériel avec une autre personne? Si oui, à quand remonte la dernière fois? • Avez-vous déjà eu des rapports sexuels alors que vous étiez intoxiqué(e)? si oui, à quelle fréquence? • Avez-vous eu des rapports sexuels sous l'influence de l'alcool ou d'autres substances psychoactives? Quelles ont été les conséquences? • Pensez-vous avoir besoin d'aide à cause de votre consommation de substances psychoactives? • Avez-vous des tatouages ou des perçages corporels? Si oui, ont-ils été effectués à l'aide de matériel stérilisé (c.-à-d. par des professionnels)?
Antécédents psychosociaux	
<ul style="list-style-type: none"> • Travailleur ou client de l'industrie du sexe • Sévices 	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà eu des rapports sexuels en échange d'argent, de drogues ou d'un toit? • Avez-vous déjà dû payer pour avoir des rapports sexuels? si oui, à quelle fréquence, pendant combien de temps? à quand remonte la dernière fois? • Avez-vous déjà été forcé(e) d'avoir des rapports sexuels? si oui, quand et par qui? • Avez-vous déjà fait l'objet de sévices sexuels? Avez-vous déjà fait l'objet de sévices physiques ou mentaux? si oui, quand et par qui?

<ul style="list-style-type: none"> • Domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous un domicile? Si tel n'est pas le cas, où dormez-vous? • Vivez-vous avec quelqu'un?
--	---

ITS = infection transmise sexuellement

4. Offrir au patient des conseils et de l'information axés sur son mode de vie

Après avoir terminé l'évaluation des risques, vous pourriez déterminer quels sont les sujets relatifs à la santé sexuelle ou aux ITS sur lesquels le patient a besoin d'être informé. Voici quelques thèmes qui reviennent fréquemment et des recommandations utiles pour les patients, ainsi que des conseils permettant d'avoir une approche axée sur le patient en matière de santé sexuelle.

Thèmes de counselling fréquemment abordés

Relations monogames multiples

Il est important que les professionnels de la santé sachent reconnaître et aborder la question des relations monogames multiples. Les relations monogames multiples consistent en une série de relations fidèles et monogames, l'une à la suite de l'autre. Bien qu'elles puissent « sembler ou paraître sécuritaires », les relations monogames multiples avec des partenaires engagé(e)s et connu(e)s, ne protègent pas en soi contre les ITS. L'utilisation constante du condom et le fait de se soumettre à des tests de dépistage d'ITS dans le cadre de relations *mutuellement* monogames sont des stratégies beaucoup plus sécuritaires que le fait de compter sur l'apparente sécurité de partenaires monogames consécutifs.

Jeunes envisageant de devenir actifs sur le plan sexuel

De nombreux jeunes se renseignent sur les méthodes contraceptives avant de devenir sexuellement actifs. De nombreuses jeunes femmes commencent à prendre des contraceptifs oraux pour contrôler leur cycle menstruel et non pour des raisons contraceptives. Dans les deux cas, ce sont d'excellentes occasions de prodiguer des conseils sur les relations sexuelles protégées à des jeunes envisageant de devenir actifs sexuellement.

- Lorsque vous discutez des options contraceptives non obstructives, il faut parler des relations sexuelles plus sécuritaires et de l'emploi du condom.
- Si le partenaire du patient a déjà eu des rapports sexuels, encouragez ce dernier à lui demander de passer un test de dépistage avant d'avoir des relations avec lui.
- Faites part aux patients des avantages des comportements préventifs (p. ex., « Si vous utilisez un condom, vous avez l'esprit plus tranquille. »).

Conseils sur les méthodes contraceptives

Les ordonnances de contraceptifs oraux sont souvent associées à l'usage interrompu du condom. Des données montrent que la pilule est très souvent associée au recours moindre aux méthodes obstructives et à une incidence accrue d'ITS². Les personnes ayant un ou une partenaire passent souvent d'une protection obstructive initiale à un contraceptif oral, sans bénéficier des tests de dépistage des ITS. Les cliniciens devraient prodiguer des conseils sur les options substitutives à ce comportement à risques (p. ex., tests de

dépistage avant d'arrêter d'utiliser un condom), particulièrement lorsqu'ils prescrivent des contraceptifs oraux.

Planifier et encourager les stratégies de prévention et de réduction des risques

Acceptation de la sexualité

- Les gens doivent accepter le fait qu'ils sont ou pourraient être sexuellement actifs avant de penser à planifier leur stratégie de prévention des ITS. Dans le cadre de consultations, les médecins de soins primaires peuvent faire preuve de compréhension à l'égard de la sexualité du patient en amorçant avec lui un dialogue sans préjugés qui l'aidera à examiner ses choix quant à sa sexualité. L'examen de ces choix pourrait l'aider à planifier de manière proactive des mesures de réduction des risques adaptées à sa situation précise.
- Fournir des renseignements faciles à mettre en pratique :
 - demander au patient de planifier le moment et la façon de discuter des mesures préventives à adopter contre les ITS avec ses partenaires, ou de prendre lui-même de telles mesures (p. ex., en mettant un condom), et comment il pense faire pour avoir des relations sexuelles constamment protégées;
 - évaluer si le patient sait où se procurer, sans être embarrassé, des condoms au sein de sa communauté, s'il sait comment les utiliser correctement, s'il sait reconnaître les signes des ITS et s'il sait comment et à qui demander des tests de dépistage ou un traitement au besoin.

Planification de la prévention

- Les personnes prenant des mesures préventives contre les ITS doivent faire plusieurs choses comme par exemple, acheter des condoms, demander des tests de dépistage des ITS/VIH et parler des ITS avec leur(s) professionnel(s) de la santé. Les médecins de soins primaires peuvent discuter avec leurs patients de la constatation et du maintien de limites personnelles et déterminer les ressources locales de prévention des ITS qui sont les plus pratiques.
- Les professionnels de la santé peuvent aider les patients à planifier leur stratégie de prévention en discutant ouvertement des rapports sexuels protégés à l'aide d'une approche séquentielle (p. ex., masturbation/masturbation mutuelle, faible risque; rapports sexuels bucco-génitaux, risque modéré d'ITS et faible risque de VIH; rapports sexuels vaginaux ou anaux non protégés, risque élevé d'ITS et de VIH). Cette approche peut être utile pour aider les patients à comprendre les risques associés aux diverses activités sexuelles, à prendre des décisions éclairées quant à l'amorce et au maintien de mesures préventives contre les ITS, et à faire face aux problèmes éventuels causés par la réticence de leurs partenaires.
- Fournir des renseignements faciles à mettre en pratique :
 - discuter de la possibilité de limiter sa consommation d'alcool ou de drogues avant les rapports sexuels, car celle-ci diminue les inhibitions et peut affecter la prise de décision et les habiletés à négocier;
 - insister encore sur le fait qu'il n'est *pas* possible d'évaluer les risques d'ITS d'un partenaire simplement en connaissant ses antécédents sexuels, en ayant des rapports intimes avec lui ou en ayant une relation monogame avec un partenaire ayant des antécédents sexuels et n'ayant pas passé de tests de dépistage;

- il est important de dire aux patients que nous ne procédons pas et ne pouvons pas procéder à des tests systématiques de dépistage de toutes les ITS (ex., papillomavirus humain ou VPH, virus *Herpes simplex* ou VHS); donc, même si les résultats de leurs tests ou de ceux de leurs partenaires sont négatifs, ils peuvent quand même être porteurs d'une ITS asymptomatique.

Conseils sur les rapports sexuels protégés

Les conseils suivants en matière de rapports sexuels protégés prodigués dans le cadre d'une stratégie de prévention primaire ou secondaire doivent porter au moins sur les thèmes suivants³ :

- Modes de transmission des ITS
- Risques des diverses activités sexuelles (bucco-génitales, génitales, rectales)
- Options et disponibilité des méthodes obstructives (condom masculin, condom féminin, digue dentaire)
- Conseils visant à diminuer le risque de lésions : déterminer quelles mesures préventives sont pertinentes et réalistes à la lumière de la vie sexuelle personnelle du patient (p. ex., si le patient a des relations anales passives, il doit toujours utiliser un condom, en évitant les modèles avec spermicide, et un lubrifiant supplémentaire).

Voici une façon de dire au patient que les pratiques sexuelles mieux protégées reposent sur la négociation et qu'elles doivent faire l'objet d'une discussion avec le ou la partenaire : « Si vous ou votre (vos) partenaire(s) avez déjà un(e) autre partenaire sexuel(le), vous disposez de plusieurs options pour avoir des rapports sexuels protégés. Utilisez toujours un condom ou passez un test de dépistage des ITS/VIH avec votre partenaire, puis ayez une relation mutuellement monogame. Pensez-vous que vous ou votre partenaire pourrez respecter ces consignes? »

Usage adéquat des condoms

Le mauvais fonctionnement des condoms résulte le plus souvent d'un usage inadéquat ou inconstant (voir les Annexes B et C pour obtenir des guides d'utilisation des condoms masculin et féminin et des directives quant aux conseils à prodiguer aux patients).

Efficacité des condoms dans la prévention des ITS

- Bien que les condoms en latex et en polyuréthane soient efficaces dans la prévention de la transmission de la majorité des ITS, y compris le VIH, le VHB, *Chlamydia* et la gonorrhée, ils ne fournissent pas une *protection totale* contre l'infection à VPH ou à VHS.
- Les condoms faits de membrane naturelle peuvent laisser passer le VHB ou le VIH.

Discussion d'autres options

- L'allergie au latex peut être problématique pour certains patients; les condoms en polyuréthane, pour hommes ou femmes, pourraient donc leur offrir une protection adéquate.
- Le condom pour femmes (poche vaginale en polyuréthane) est un modèle commercialisé pouvant se substituer aux condoms pour hommes, ou convenir aux personnes allergiques au latex souhaitant se protéger contre les ITS ou une grossesse.

Les condoms pour femmes, vendus près de 3 \$ l'unité dans la plupart des pharmacies, sont plus coûteux que les condoms pour hommes (voir l'Annexe C pour obtenir le mode d'emploi des condoms pour femmes).

Utilisation du condom pour femmes lors des rapports sexuels anaux

Certaines personnes utilisent le condom pour femmes lors des rapports sexuels anaux, même si les fabricants de ces produits n'émettent pas de recommandations à cet égard. Le peu d'études ayant évalué les condoms pour femmes dans le contexte des rapports sexuels anaux a révélé l'existence de tendances en faveur d'une incidence accrue des saignements rectaux et de glissements de ce type de condom comparativement aux modèles pour hommes⁴.

Ces études ont conclu que des modifications du condom pour femmes, une formation sur son utilisation et des recherches sur la signification clinique des issues relatives à la sécurité sont requises pour son utilisation lors des rapports sexuels anaux; par ailleurs, une nouvelle conception de ce condom pourrait augmenter son acceptabilité et son utilisation chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH), en plus de répondre à certaines préoccupations liées à la sécurité^{4,5}.

Mise en garde au sujet du nonoxynol-9

Les modèles de condoms avec spermicide sont enduits d'un lubrifiant contenant du nonoxynol-9 (N-9) afin de prévenir les grossesses. Or, le N-9 peut augmenter le risque d'infection/de transmission du VIH et des ITS, et ainsi modifier ou léser la muqueuse génitale ou anale⁶. Les modèles de condoms avec N-9 ne devraient pas être recommandés comme prévention efficace contre le VIH ou les ITS. La meilleure barrière contre les ITS et le VIH est un condom en latex *sans* N-9.

- Il ne faut jamais utiliser le condom avec N-9 par voie rectale. Même de faibles doses de N-9 utilisées de temps en temps peuvent significativement endommager la muqueuse rectale, ce qui augmente le risque d'infection par le VIH et d'autres ITS.
- Le N-9 est utilisé en plus d'une méthode contraceptive, mais il faut attentivement évaluer ses avantages par rapport au risque accru de lésions génitales et de transmission du VIH.

Techniques d'entrevue motivationnelle

L'entrevue motivationnelle sert à promouvoir la prévention primaire et secondaire des ITS. Il s'agit d'une technique appliquée par des cliniciens, ayant fait l'objet de beaucoup de recherches, et pouvant être utile pour encourager les patients à avoir des pratiques sexuelles plus sécuritaires⁷⁻⁹. **L'entrevue motivationnelle peut servir à inciter les patients à avoir des rapports sexuels protégés et à utiliser un condom, particulièrement chez ceux qui nécessitent un *counselling* plus spécifique^{8,9}.** Le Tableau 3 offre un exemple d'entrevue motivationnelle : « Je voudrais vous poser quelques questions au sujet de l'emploi des condoms... »

Tableau 3. Exemple d'entrevue motivationnelle

Questions du professionnel de la santé :

Q1. « Sur une échelle de 1 à 10, où 1 signifie « Pas du tout important » et 10, « Très important », quelle importance accordez-vous à... l'emploi d'un condom lors de chaque rapport sexuel?

Si le patient donne un score de 8 ou plus, passez à la Q3.

*Si le patient donne un score de 7 ou moins, posez-lui la question suivante : « **Pourquoi avez-vous répondu X et pas moins?** » (Cette question paradoxale force le patient à trouver les raisons pour lesquelles il *est* important d'utiliser un condom.)*

Q2. « Que faudrait-il ou que devrait-il arriver pour que l'utilisation de condoms devienne plus importante pour vous? » (Les patients étant certainement les mieux placés pour savoir comment changer leurs perceptions, ils diront au clinicien ce qu'il leur faudrait pour que l'usage des condoms devienne plus important à leurs yeux. Le professionnel de la santé peut alors discuter de ces réponses avec eux.)

Q3. « Sur une échelle de 1 à 10, dans quelle mesure avez-vous la certitude de toujours utiliser des condoms (ou que vous et votre partenaire les utiliserez toujours)? »

Si le patient donne un score de 8 ou plus, interrogez-le au sujet des obstacles éventuels et de la façon dont il pourrait les surmonter.

*Si le patient donne un score de 7 ou moins, posez-lui la question suivante : « **Pourquoi avez-vous répondu X et pas moins?** » (Cette question paradoxale oblige le patient à penser à ses atouts dans la gestion de l'utilisation des condoms.)*

Q4. « Que faudrait-il ou que devrait-il arriver pour que vous soyez plus confiant(e) quant à votre utilisation (ou celle de votre partenaire) de condoms chaque fois que vous avez des rapports sexuels? » (Les patients étant certainement toujours les mieux placés pour savoir comment changer leurs perceptions, ils diront au clinicien ce qu'il leur faudrait à cet égard. Le patient et le professionnel de la santé peuvent utiliser cette démarche comme point de départ pour résoudre les problèmes entourant l'utilisation des condoms.)

*Adaptation des techniques suggérées par Rollnick S *et al.* dans *Health Behavior Change. A Guide for Practitioners*?*

5. Procéder à un examen physique

L'examen physique pouvant être embarrassant pour certains patients, les médecins doivent créer un environnement inspirant confiance à ces derniers :

- Certains patients seraient plus à l'aise en présence d'un(e) assistant(e) du même sexe qu'eux lors de l'examen.
- Il faut rassurer les patients sur le fait que la confidentialité des renseignements les concernant sera préservée en tout temps.

Tableau 4. Composantes de l'examen physique

<p>Composantes communes aux deux sexes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à une évaluation générale. • Rechercher des signes systémiques des ITS comme la perte pondérale, la fièvre, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques. • Examiner les régions muco-cutanées, notamment le pharynx. • Vérifier les organes génitaux externes pour rechercher des lésions cutanées, une inflammation, des pertes génitales ou des irrégularités anatomiques. • Procéder à un examen périanal. • Envisager une anoscopie (ou, si ce n'est pas possible, un examen par toucher rectal) si le patient a eu des rapports sexuels anaux passifs <i>et</i> qu'il présente des symptômes rectaux. <p><i>Pour les hommes et les femmes prépubères, voir le chapitre Services sexuels infligés aux enfants.</i></p>
<p>Composantes spécifiques aux adolescents et aux adultes de sexe masculin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palper les ganglions lymphatiques inguinaux et scrotaux, et bien vérifier l'épididyme. • Si le prépuce est présent, le repousser pour inspecter le gland. • Demander au patient ou à l'assistant de traire l'urètre pour rendre toute perte plus apparente.
<p>Composantes spécifiques aux adolescentes et aux adultes de sexe féminin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séparer les lèvres pour pouvoir bien examiner l'orifice du vagin. • Procéder à un examen au spéculum avec lampe pour voir le col de l'utérus et les parois vaginales, et déterminer si des pertes vaginales ou endocervicales sont présentes. Prélever des échantillons, en suivant les consignes ci-dessous. • Effectuer un examen pelvien bimanuel pour déceler toute masse ou toute sensibilité de l'utérus et des annexes de l'utérus. • Dans certains cas, par exemple, en présence d'herpès génital primaire ou de vaginite, il serait préférable de retarder l'examen au spéculum ou bimanuel jusqu'à l'atténuation des symptômes aigus.

6. Choisir l'examen de dépistage/les tests adéquats

- Le choix des analyses de laboratoire pertinentes est crucial dans le diagnostic et la prise en charge des ITS. Le choix des analyses de laboratoire, des échantillons biologiques à prélever et des sources des échantillons doit reposer sur les antécédents du patient, les facteurs de risque le concernant et les résultats de l'examen physique.
- Faites preuve de prudence face au syndrome « j'ai déjà passé un test ». Ce syndrome comporte deux volets :
 - L'illusoire sentiment de sécurité qu'une personne à risques acquiert après avoir passé plusieurs tests de dépistage des ITS dont les résultats se sont révélés négatifs. Ces personnes peuvent commencer à penser qu'elles sont à l'abri de ces infections. Cette attitude pourrait faire l'objet de *counselling* (voir la section 4 du présent chapitre).
 - Le sentiment d'avoir passé des tests des ITS chez les personnes ayant subi certains examens médicaux (examen physique, visite à l'hôpital, test de Pap, prise de sang). Il faut informer davantage les patients qui se trouvent dans cette situation.
- Il ne suffit pas de simplement demander aux patients s'ils ont passé des tests de dépistage des ITS. Il est en effet nécessaire de spécifier de quelle infection il s'agit et de bien préciser au patient que de simples analyses de sang de routine lors d'un

examen annuel ne comprennent pas des tests de dépistage de la syphilis ou du VIH; que l'examen pelvien ne signifie pas forcément un examen de dépistage de l'infection à *Chlamydia* et de la gonorrhée, et qu'un échantillon d'urine prélevé par mesure de routine pour procéder à une analyse en culture et à un test de sensibilité ne permet pas de dépister *Chlamydia*, etc.

7. Poser un diagnostic en fonction d'un syndrome ou d'un micro-organisme, et offrir du *counselling* après l'obtention des résultats des tests

- Dans la plupart des cabinets, les résultats de tests microbiologiques ne sont pas disponibles immédiatement.
- Si des signes et des symptômes particuliers sont présents, il est possible de poser un diagnostic en fonction du syndrome présenté et d'offrir un traitement et des conseils subséquents à l'obtention des résultats des tests (voir le chapitre *Traitement basé sur le syndrome présenté* pour consulter un tableau sommaire).
- Lorsque des résultats de tests microbiologiques sont disponibles, le traitement et les conseils doivent être axés sur des pathogènes précis; voir la ou les sections pertinentes à ce sujet.

Conseils subséquents à l'obtention des résultats des tests

Les conseils subséquents aux tests, partie intégrante de la prise en charge des personnes dont les ITS sont nouvellement diagnostiquées, devraient porter, au minimum, sur les points suivants³ :

- des conseils adaptés au micro-organisme infectieux ou au syndrome présent;
- des conseils portant sur les pratiques sexuelles sécuritaires pouvant éliminer ou réduire le risque de transmission des ITS à un partenaire, ou réduire le risque de réinfection du patient;
- des renseignements sur le traitement et des éclaircissements sur certaines questions selon que l'infection est bactérienne (curable) ou virale (traitable);
- selon les cas, déclarer les résultats des tests à l'unité locale de santé publique;
- la notification des partenaires soit par le cas de référence, soit par le médecin ou le représentant de la santé publique; et les implications occasionnées par les partenaires non testés ou non traités.

Le *counselling* en matière de prévention après l'obtention des résultats des tests peut également être très important pour les personnes ayant fait part de leurs préoccupations quant aux ITS, mais dont les résultats des tests se sont avérés négatifs.

L'entrevue motivationnelle, élaborée dans le texte qui précède, peut être un moyen efficace de promouvoir des comportements réduisant les risques chez les patients ayant obtenu des résultats positifs aux tests de dépistage des ITS⁷⁻⁹. La différence entre une entrevue motivationnelle menée dans le cadre d'une stratégie de prévention primaire et celle dans celui d'une stratégie de prévention secondaire repose simplement sur la phraséologie. Par exemple, le professionnel de la santé peut commencer l'entrevue par ces mots : « Je pose à tous mes patients exposés à un risque d'attraper une ITS quelques questions. Pouvez-vous me dire quelle importance *vous accordez en ce moment* à

l'utilisation d'un condom (ou d'un autre moyen pertinent de prévention des ITS) chaque fois que vous avez des rapports sexuels? » (veuillez suivre la démarche de l'entrevue motivationnelle fournie au Tableau 3 qui précède).

8. Prescrire un traitement

Le traitement peut être à visée curative dans le cas des infections bactériennes, fongiques et parasitaires, ou à visée palliative/suppressive dans celui des ITS d'origine virale. Pour se faire une idée plus précise au sujet des points particuliers, voir le chapitre *Traitement basé sur le syndrome présenté* ou des chapitres se rapportant à des maladies précises.

Dans toutes les provinces et territoires du Canada, le traitement des cas de référence et de leurs partenaires porteurs d'une ITS bactérienne est gratuit.

Que les patients soient symptomatiques ou pas, il faut absolument leur dire qu'ils ne doivent pas partager leurs médicaments avec leurs partenaires et qu'ils doivent suivre l'intégralité du traitement qui leur est prescrit, même si les signes et symptômes se résolvent avant qu'ils aient fini de prendre leurs médicaments. Il faut également les aviser que, si des vomissements surviennent plus d'une heure après l'administration du traitement, ils ne doivent pas prendre une autre dose.

Il faut aviser les patients porteurs d'une ITS bactérienne ou d'une trichomonase qu'ils doivent s'abstenir d'avoir des rapports sexuels non protégés, de même que leur partenaire, pendant les sept jours qui suivent la fin de leur traitement à tous deux (p. ex., sept jours après un traitement monodose).

9. Notifier les autorités de santé publique et les partenaires du patient

Exigences en matière de déclaration des ITS et de confidentialité

Il faut informer les patients au sujet des lois provinciales/territoriales qui existent en matière de santé publique et de la *Loi sur la protection de l'enfant*, lesquelles abrogent la confidentialité des médecins/du patient et exigent la divulgation de renseignements personnels sans le consentement du patient relativement aux ITS à déclaration obligatoire ou lorsqu'on soupçonne la présence de sévices sexuels infligés à des enfants.

Les personnes travaillant dans des agences disposant de renseignements personnels sont tenues de respecter des obligations d'ordre éthique, juridique et professionnel afin de protéger la confidentialité de ces renseignements. Il faut informer les patients que les renseignements seront divulgués aux seules autorités légales en la matière, comme cela est noté ci-dessus, et que leur confidentialité sera garantie. Il s'agit souvent d'une préoccupation importante chez les jeunes venant consulter à cause de la présence d'ITS.

La confidentialité s'applique à toutes les personnes, y compris les personnes infectées, à leur(s) partenaire(s) sexuel(le)(s) et à ceux qui partagent des aiguilles avec elles, à tous les jeunes en mesure de comprendre la nature de leur infection et des soins qui leur sont prodigués, et aux personnes possiblement impliquées dans des cas de sévices sexuels infligés à des enfants.

Notification des partenaires

Justification

La notification des partenaires est un processus de prévention secondaire permettant d'identifier les partenaires sexuels et d'autres personnes exposées à une ITS, de les localiser, de les soumettre à des examens, de leur offrir du *counselling*, de les soumettre à des tests de dépistage et à un traitement. La notification des partenaires est non seulement bénéfique pour la santé publique (surveillance et contrôle des maladies), mais elle réduit aussi considérablement le risque de réinfection du patient initial.

Même si la notification des partenaires est parfois perçue comme un exercice sociétal contraire aux droits de la personne, son objectif est d'aider les gens à respecter les droits de leurs partenaires de savoir qu'ils ont été exposés à un risque et de prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé et de certains aspects de leur vie.

L'examen des données corrobore plusieurs recommandations relatives au processus de notification des partenaires¹⁰. Des données probantes démontrent en effet que la notification des partenaires peut être un moyen efficace d'identifier les personnes à risques ou celles qui sont infectées, et que leur orientation vers un professionnel de la santé assure généralement la notification et l'examen médical d'un plus grand nombre de partenaires^{10,11}.

Qui procède à la notification des partenaires?

La notification des partenaires peut se faire par le patient, les professionnels de la santé ou les autorités de santé publique. Souvent, on peut recourir à plus d'une stratégie pour notifier différents partenaires de la même personne infectée.

- Auto-orientation ou orientation par le patient : la personne infectée assume l'entière responsabilité d'informer son ou ses partenaires de leur exposition possible à une ITS, et les dirige vers les services de santé adéquats.
- Orientation par un professionnel de la santé/représentant des autorités de santé publique : avec le consentement de la personne infectée, le professionnel de la santé assume la responsabilité de notifier confidentiellement les partenaires de leur exposition éventuelle à une ITS (sans jamais nommer le cas de référence).
- Orientation sous mandat : le professionnel de la santé négocie avec la personne infectée une période (généralement de 24 à 48 heures) pour informer ses partenaires au sujet de leur exposition possible à une ITS et les orienter vers les services de soins adéquats¹¹.

Dans certaines circonstances (c.-à-d. des relations apparemment monogames), le partenaire peut déduire qui est le cas de référence par un processus d'élimination. Dans ce cas, le professionnel de la santé doit quand même maintenir la confidentialité du cas de référence, et ne divulguer aucun renseignement le concernant à son partenaire.

Si le cas de référence ne souhaite pas notifier ses partenaires, ou si ses partenaires ne se sont pas manifestés :

- Explorer les obstacles/barrières à la notification des partenaires (voir ci-après).
- Au besoin, aviser les autorités de santé publique.

Obstacles à la notification des partenaires

- Sévices physiques ou émotionnels, réels ou appréhendés, pouvant résulter de la notification des partenaires (p. ex., violence conjugale) : l'orientation vers un professionnel de la santé ou vers un représentant des autorités de santé publique serait la meilleure option dans ces cas afin de protéger le cas de référence. En présence d'une menace pour la sécurité du patient, les autorités de santé publique doivent être avisées de la situation pour prendre les précautions nécessaires en matière de sécurité afin de protéger le cas de référence. La sécurité est toujours un atout dans le processus de notification.
- La crainte de perdre un partenaire à cause d'une ITS diagnostiquée (blâme/culpabilité) : discuter de la nature asymptomatique des ITS et des avantages que tireront le ou les partenaires asymptomatiques s'ils savent qu'ils sont infectés.
- La crainte de poursuites judiciaires : il faut informer les cas de référence que leur identité sera protégée en tout temps, et qu'à moins que leurs dossiers ne fassent l'objet d'une assignation, aucun renseignement ne sera divulgué.
- La crainte d'une revictimisation des victimes de crimes sexuels : dans ces cas, l'orientation vers un professionnel de la santé ou un représentant des autorités de santé publique serait la meilleure option pour la notification des partenaires.
- Le fait de trouver des partenaires sur une base anonyme est un obstacle majeur à la notification de ces derniers : dans la mesure du possible, encouragez l'orientation des patients.

Remarque : Les cas, réels ou soupçonnés, d'abus sexuel d'enfants doivent être rapportés à l'agence locale de protection de l'enfance. La *Loi sur la protection de l'enfant* abroge toute autre loi et exige des professionnels de la santé qu'ils divulguent le nom de toute personne mise en cause dans une affaire de sévices infligés à un mineur à la Société de l'aide à l'enfance.

Nouvelles pratiques de notification des partenaires

Parallèlement aux tendances variables des taux d'ITS et de leur transmission, des études sont actuellement consacrées à la faisabilité de nouvelles méthodes de notification des partenaires. L'une de ces méthodes consiste à amorcer rapidement le traitement des partenaires sexuels. Le cas de référence reçoit des médicaments, accompagnés de renseignements quant à leur innocuité et à leurs contre-indications pour qu'il les donne à ses partenaires; ces derniers reçoivent ainsi un traitement présomptif sans examen, visant à réduire le risque de réinfections par la gonorrhée ou *Chlamydia* et à augmenter la proportion des partenaires traités. Bien qu'encore controversée, cette méthode serait bénéfique pour les populations à risques élevés et les populations difficilement rejoignables^{11,12}.

Choses pratiques à faire pour optimiser l'exercice de notification des partenaires :

- Demander un formulaire de notification des ITS au bureau local de santé publique ou téléphoner à la ligne d'aide de déclaration des maladies transmissibles.
- Mettre au point un plan de notification qui prévoit quels partenaires notifier, et qui fera le travail.

- Consulter le Tableau 5 pour découvrir les recommandations à suivre quant aux partenaires à notifier et à la période de traçabilité des ITS à déclaration obligatoire ou non obligatoire.

Tableau 5. Tableau de référence pour la notification des partenaires

Infection/syndrome	Maladie à déclaration obligatoire	Période de traçabilité	Personne à notifier/évaluer	Considérations particulières
<i>Chlamydia</i> (sérotypes LGV et non LGV)	Oui	60 jours	PS/NMI	<ul style="list-style-type: none"> • Si le patient n'a pas eu de partenaire sexuel(le) au cours des 60 derniers jours, remonter au tout dernier partenaire sexuel. • La notification du/de la partenaire n'est pas obligatoire par les autorités de santé publique de la plupart des provinces et territoires, mais elle est fortement recommandée en cas d'UNG, de CMP, d'AIP et d'épididymite.
Gonorrhée	Oui	60 jours	PS/NMI	
Chancres mou	Oui	14 jours	PS	
Urétrite non gonococcique	Non	60 jours	PS	
Cervicite muco-purulente	Non	60 jours	PS	
Atteintes inflammatoires pelviennes	Non	60 jours	PS	
Épididymite	Non	60 jours	PS	
Syphilis primaire	Oui	3 mois	PS/NMI	
Syphilis secondaire	Oui	6 mois	PS/NMI	
Syphilis latente précoce	Oui	1 an	PS/N	
Syphilis latente précoce/stade non déterminé	Oui	Variable	PS/NMI/EMI	
Herpès génital	Dans certaines régions	Courante/future	PS/NMI	La notification des partenaires n'est pas obligatoire comme mesure de santé publique, mais elle est fortement recommandée.
Trichomonase	Dans certaines régions	Courante	PS	Pas besoin de tester les partenaires; les traiter comme le cas de référence.
Papillomavirus humain	Non	Courante/future	PS	La notification des partenaires n'est pas obligatoire comme mesure de santé publique. Il faut encourager les patients à notifier leurs partenaires sexuels, mais rien ne prouve que cela réduira le risque de ces derniers.
Hépatite B aiguë	Oui	Variable	PS/PPA/CD / NMI/EMI	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut notifier tous les partenaires non vaccinés/non immunisés. Ceux-ci pourraient bénéficier d'une PPE¹³. • Les nouveau-nés doivent recevoir des IgHB et un vaccin après la naissance¹³.
Hépatite B chronique	Oui	Variable	PS/PPA/CD / NMI/EMI	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut notifier tous les partenaires non vaccinés/non immunisés. Ceux-ci pourraient bénéficier d'une PPE¹³. • Les nouveau-nés doivent recevoir des IgHB et un vaccin après la naissance¹³.
VIH/sida	Oui	Variable	PS/PPA/NM	<ul style="list-style-type: none"> • Commencer par notifier les

			I/EMI	<p>partenaires sexuels récents et les partenaires partageant des aiguilles avec le patient; remonter jusqu'au début du comportement à risques ou jusqu'à la date du dernier test négatif connu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels de la santé pourraient envisager une prophylaxie post-exposition pour les personnes ayant été en contact avec une personne porteuse du VIH. L'amorce d'un traitement antirétroviral suffisamment à temps est associée à un meilleur pronostic, en plus d'être un préalable à la prévention d'une transmission subséquente de la maladie. Veuillez consulter un expert sur le VIH.
--	--	--	-------	--

EMI = enfants dont la mère est infectée

IgHB = immunoglobulines anti-hépatite B

CD = contacts à domicile

LGV = lymphogranulome vénérien

CMP = cervicite muco-purulente

NMI = nouveau-nés dont la mère est infectée

UNG = urétrite non gonococcique

PPA = partenaires partageant des aiguilles (avec le patient)

PPE = prophylaxie post-exposition

AIP = atteintes inflammatoires pelviennes

PS = partenaires sexuels

10. Prendre en charge les comorbidités et les risques associés

De nombreuses ITS sont transmises à un moment où le patient connaît d'autres difficultés médicales et sociales. L'exposition et l'infection récurrentes sont probables, à moins que les problèmes sous-jacents ne soient réglés. La prise en charge précise de problèmes tels que la toxicomanie et les troubles mentaux doit être intégrée au plan global pluridisciplinaire des soins de santé.

Lors de la séance de *counselling* et des tests de dépistage des ITS, il est important d'inclure une séance de *counselling* préalable au test de dépistage du VIH et de proposer divers tests. L'infection par une ITS (notamment la syphilis, l'herpès génital, *Chlamydia*, la gonorrhée et la trichomonase) augmente le risque de transmission et d'acquisition du VIH. Les personnes porteuses du VIH pourraient répondre moins bien au traitement d'une ITS et nécessiter un suivi spécial à l'issue du traitement pour vérifier l'efficacité de celui-ci et prévenir les complications à long terme occasionnées par des ITS mal traitées.

Chez les personnes porteuses d'une hépatite virale chronique — soit le VHB, soit le virus de l'hépatite C (VHC) — la co-infection par le VIH influence les choix thérapeutiques, la réponse au traitement et les issues. Il faut diriger ces patients vers un spécialiste pour qu'ils reçoivent des recommandations quant à leur traitement et à leur prise en charge. Il est nécessaire de procéder à un test de dépistage d'une hépatite virale et du VIH chez tout

patient atteint d'une maladie chronique pour assurer la prise en charge adéquate de l'infection. En outre, chez les personnes porteuses du VHC, il faut absolument s'assurer qu'elles sont vaccinées contre le VHA et le VHB pour prévenir toute co-infection par d'autres hépatites virales, laquelle pourrait endommager davantage le foie, limiter les options thérapeutiques et nuire à la réponse au traitement ainsi qu'au pronostic du patient¹⁴.

Si on soupçonne un lymphogranulome vénérien (LGV) et que celui-ci est lié à une flambée courante au Canada, il est également important de faire un test de dépistage du VHC, car le taux de co-infections LGV-VHC est élevé.

11. Faire un suivi

Idéalement, le suivi devrait se faire chez le même professionnel de la santé pour assurer la résolution des symptômes; il faudrait procéder à des tests de confirmation s'il y a lieu et faire le suivi de la notification des partenaires pour diminuer la probabilité de réinfection. Lorsque cela n'est pas possible, il faut diriger les patients vers les ressources communautaires appropriées, leur prodiguer des conseils sur la façon de faire un suivi (surtout si des tests ont été effectués) et les informer sur les indicateurs d'un échec thérapeutique (voir les chapitres portant sur des infections précises pour obtenir des recommandations sur le suivi).

Pour les personnes présentant un risque constant en matière d'ITS, il faut leur recommander des tests de dépistage de la gonorrhée, de *Chlamydia*, de la syphilis et du VIH tous les trois mois, et leur conseiller d'avoir des pratiques sexuelles plus sécuritaires.

Ressources

L'Annexe C renferme une liste des personnes-ressources en matière d'ITS à l'échelle provinciale et territoriale, ainsi qu'une liste des ressources actuelles en matière de santé sexuelle/ITS/rapports sexuels protégés, lesquelles vous aideront pour votre counselling et l'évaluation des risques de vos patients.

Références

1. Agence de santé publique du Canada. Le cas de Terry. Dans : *Module d'auto-apprentissage sur les MTS*. Disponible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/slm-maa/terry/index_f.html. Consulté le 19 décembre 2005.
2. MacDonald NE, Wells GA, Fisher WA *et al.* High-risk STD/HIV behavior among college students. *JAMA* 1990;263:3155–3159.
3. Association médicale canadienne. *Counselling Guidelines for HIV Testing*. Ottawa (Ontario) : Association médicale canadienne, 1995.
4. Renzi C, Tabet SR, Stucky JA *et al.* Safety and acceptability of the Reality condom for anal sex among men who have sex with men. *AIDS* 2003;17:727–731.
5. Gross M, Buchbinder SP, Holte S, Celum CL, Koblin BA, Douglas JM Jr . Use of reality “female condoms” for anal sex by US men who have sex with men. HIVNET Vaccine Preparedness Study Protocol Team. *Am J Public Health* 1999;89:1739–1741.



6. Agence de santé publique du Canada. Le nonoxynol-9 et les risques de transmission du VIH. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, avril 2003. Disponible à l'adresse : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aeipi/hiv-vih/nonoxynol_f.html. Consulté le 19 décembre 2005.
7. Fisher JD, Cornman DH, Osborn CY, Amico KR, Fisher WA, Friedland G. Clinician-initiated HIV risk reduction intervention for HIV+ persons: formative research, acceptability, and fidelity of the Options Project. *J Acquir Immune Deficienc Syndr* 2004;37(suppl 2):S78–S87.
8. Fisher JD, Fisher WA, Cornman DH, Amico RK, Bryan A, Friedland GH. Clinician-delivered intervention during routine clinical care reduces unprotected sexual behavior among HIV-infected patients. *J Acquir Immune Deficienc Syndr* 2006;41:44–52.
9. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health Behavior Change. A Guide for Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
10. *Program Operations Guidelines for STD Prevention*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control, 2005. Disponible à l'adresse : www.cdc.gov/std/program/partner/TOC-PGpartner.htm. Consulté le 19 décembre 2005.
11. Mathews C, Coetzee N, Zwarenstein M *et al*. Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases. *Cochrane Database Systematic Rev* 2001;4:CD002843.
12. Golden MR, Whittington WL, Handsfield HH *et al*. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhoea or chlamydial infection. *N Engl J Med* 2005;352:676–685.
13. *Guide canadien d'immunisation*. 6^e édition. Ottawa (Ontario) : Agence de santé publique du Canada, 2002. Disponible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index_f.html. Consulté le 19 décembre 2005.
14. Sherman M, Bain V, Villeneuve JP *et al*. Prise en charge des hépatites virales : Conférence canadienne de consensus, 2003/2004. Ottawa (Ontario) : Santé Canada, 2004. Disponible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/pdf/ccc_04/pdf/consensus_f_04.pdf. Consulté le 19 décembre 2005.