



SOINS PRIMAIRES ET INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Ce chapitre des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement Édition 2006 a été révisé et mis à jour en date d'Octobre 2007. Le tableau ci-dessous résume les importants changements apportés au chapitre et met en référence les pages correspondant à la copie courante en papier des lignes directrices.

<u>Section</u>	<u>Page</u>	<u>Formulation Courante</u>	<u>Mise à jour/Clarification</u>
9. Notification aux partenaires	28	Nouvel énoncé requis pour clarifier la prise en charge des personnes nommées dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants.	Ajouté comme puce # 2 sous Remarque: Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage. Voir le chapitre "Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères".

SOINS PRIMAIRES ET INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

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

Les risques relatifs aux infections transmissibles sexuellement (ITS) varient d'une personne à l'autre et devraient être considérés par les professionnels de la santé 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 présomptions et les déductions au sujet du risque des patients relatif aux ITS peuvent s'avérer inexactes.
- Les personnes qui ne sont pas sexuellement actives peuvent néanmoins être informées des risques relatifs aux ITS à l'occasion 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 les comportements à risque pour les ITS et en discuter avec eux;
- les informer des signes et des symptômes des ITS (et de l'absence de ceux-ci);
- les aider à reconnaître les risques d'ITS et à les réduire;
- leur offrir du counselling axé sur leurs besoins;
- leur proposer, s'il y a lieu, l'immunisation contre l'hépatite A (VHA) et l'hépatite B (VHB);
- leur proposer des examens de dépistage des ITS et des tests;
- prescrire le traitement approprié, faire le suivi et le counselling des patients infectés et de 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 aux partenaires et la déclaration obligatoire à la santé publique.

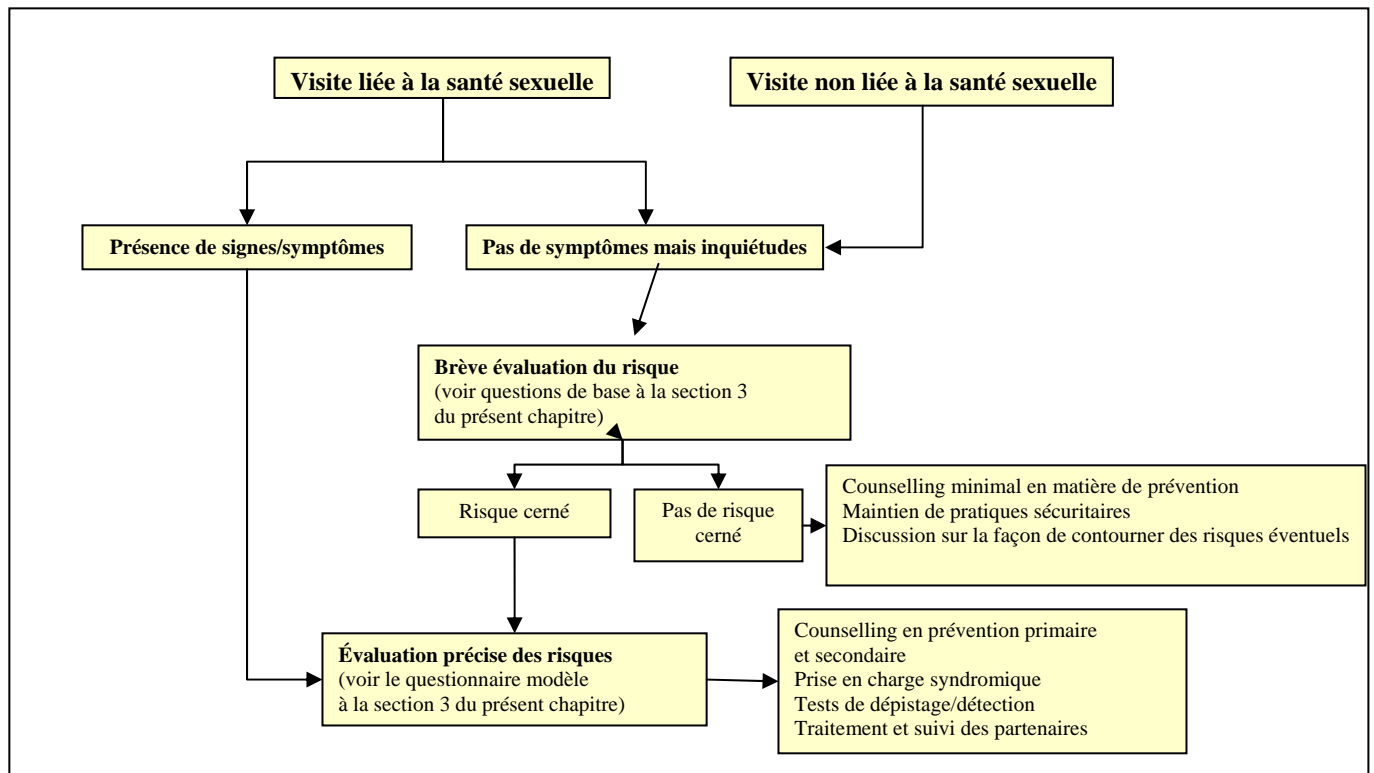
La prévention et la prise en charge efficaces des ITS nécessitent l'intégration des éléments suivants de la part des professionnels de la santé :

1. évaluer la raison motivant la consultation
2. connaître les facteurs de risque et l'épidémiologie des ITS
3. effectuer une brève évaluation des antécédents et comportements à risque du patient en matière d'ITS
4. offrir le counselling et l'éducation à la santé axés sur le patient
5. procéder à un examen physique
6. choisir les tests de dépistage et les tests de détection adéquats
7. poser un diagnostic en fonction d'un syndrome ou d'un micro-organisme, et offrir du counselling post-test
8. prescrire un traitement
9. effectuer la déclaration obligatoire à la santé publique et la notification aux partenaires
10. prendre en charge les comorbidités et les risques associés
11. faire un suivi

Chacun de ces éléments est présenté de façon détaillée ci-dessous.

1. Évaluer la raison motivant la consultation

Des patients consultent souvent un médecin pour des raisons non liées à leur santé sexuelle alors qu'ils présentent un risque d'ITS et bénéficieraient d'une intervention visant à déterminer et à mettre en lumière 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 de la contraception et des risques associés aux ITS sont en effet liées. Une consultation sur le choix d'une méthode contraceptive constitue un moment idéal pour évaluer les risques d'ITS des patients et en discuter avec eux. Le type de risque d'ITS que présente un patient influence également le choix d'une méthode contraceptive appropriée.

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

Dans certains cas, les patients peuvent consulter un médecin à cause de signes ou de symptômes possiblement associés à une ITS, pour passer 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 atteintes d'une ITS rend propice une discussion sur les obstacles à la réduction du risque et les moyens de les surmonter.

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

Pour déterminer le risque d'ITS chez un patient, le professionnel de la santé a besoin de 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 ci-dessous.

Tableau 1. Épidémiologie des ITS au Canada

Infection	Fréquence en pratique clinique	Tendances de l'incidence	Personnes les plus touchées
<i>Chlamydia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ITS bactérienne la plus souvent diagnostiquée et signalée • Nombre de cas signalés au Canada en 2002 : 56 241 • Nombre de cas signalés au Canada en 2004 : 63 000 (données préliminaires)* 	Augmentation constante 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 souvent diagnostiquée et signalée • Nombre de cas signalés au Canada en 2002 : 7 367 • Nombre de cas signalés au Canada en 2004 : 9 200 (données préliminaires)* 	<ul style="list-style-type: none"> • De 1997 à 2004, les taux ont augmentés de 94 % (données préliminaires)* • La résistance aux quinolones a augmenté, passant de < 1 % au début des années 1990 à 6,2 % en 2004 (taux national)[†] 	<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 • Jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans
Syphilis infectieuse	<ul style="list-style-type: none"> • Autrefois rare au Canada • Nombre de cas signalés au Canada en 2002 : 463 • Nombre de cas signalés au Canada en 2004 : 1 112 (données préliminaires)* 	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	<ul style="list-style-type: none"> • De plus en plus rare au Canada 	<ul style="list-style-type: none"> • Stable 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition dans les régions endémiques
Granulome inguinal	<ul style="list-style-type: none"> • De plus en plus rare au Canada 	<ul style="list-style-type: none"> • Stable 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition dans les régions endémiques
Lympho-granulomatose vénérienne	<ul style="list-style-type: none"> • Autrefois rare au Canada 	<ul style="list-style-type: none"> • Inconnue • 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

HARSAH = homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

ITS = infection transmissible sexuellement

[†] = Laboratoire national de microbiologie, Agence de santé publique du Canada, données non publiées, 2005.

* Les données sont préliminaires et susceptibles d'être modifiées ; elles ne comprennent pas le Nunavut. Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Agence de santé publique du Canada, données non publiées, 2006.

Tableau 1. Épidémiologie des ITS au Canada (suite)

Infection	Fréquence en pratique clinique	Tendances de l'incidence	Personnes les plus touchées
Virus du papillome humain (VPH)	Très fréquent : 70 % de la population adulte attrape au moins une infection génitale au 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 frappe 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 touchées que les hommes
VIH	<ul style="list-style-type: none"> Rare en médecine générale Nombre de cas signalés au Canada en 2004 : 2 529 	De 2000 à 2004, augmentation de 20 % du nombre de rapports de tests séropositifs au Canada	<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 se trouvent dans le groupe d'âge des 30-39 ans 	<ul style="list-style-type: none"> Nourrissons dont la mère est positive pour l'antigène HBs Utilisateurs de drogues injectables qui partagent leur matériel Personnes ayant plusieurs partenaires sexuels Acquisition dans les régions endémiques Contacts sexuels ou personnes vivant sous le même toit d'un cas aigu ou chronique

Antigène HBs = antigène de surface de l'hépatite B

VPH = virus du papillome humain

VHS = virus Herpes simplex

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

- <http://www.santepublique.gc.ca/its>
- 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 suivants sont associés à une incidence accrue des ITS :

- contact sexuel avec une ou des personnes infectées d'une ITS;
- avoir moins de 25 ans et être sexuellement actif;
- un nouveau partenaire sexuel ou plus de deux partenaires sexuels au cours de l'année précédente;
- relations monogames en série (plusieurs partenaires, toujours un à la fois, échelonnés dans le temps);
- absence de méthode contraceptive ou utilisation d'une **seule** méthode non barrière (contraceptifs oraux, Depo-Provera, stérilet);
- utilisation de drogues injectables;
- consommation d'autres substances comme l'alcool ou des substances psychoactives (marijuana, cocaïne, ecstasy, méthamphétamine ou *glace*), surtout si elle est associée à des relations sexuelles;
- pratiques sexuelles à risque, soit : relations sexuelles oro-génitales, génitales ou anales non protégées, relations sexuelles avec échanges sanguins, y compris le sadomasochisme, partage de jouets sexuels;
- être travailleur ou client de l'industrie du sexe;
- avoir recours au sexe pour subvenir à ses besoins : troquer les relations sexuelles contre de l'argent, de la drogue, un toit ou de la nourriture;
- vivre dans la rue, être sans-abri;
- partenaires sexuels anonymes (rencontrés via Internet, dans les saunas, dans les soirées « rave »);
- être victime de violence ou d'abus sexuels;
- antécédents d'ITS.

3. Effectuer une brève évaluation des antécédents et des comportements à risque du patient

Principes généraux

- Demander des renseignements avec simplicité, sans préjugés, en employant des termes compréhensibles pour le patient.
- L'évaluation des antécédents devrait 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 risque, contre l'hépatite A);
 - conscience d'un risque accru d'ITS par le patient;
 - autres éléments pertinents, notamment les pharmacothérapies et les allergies, et le suivi de problèmes antérieurs.

- Une brève évaluation des risques devrait permettre de cerner ou d'exclure rapidement les principaux facteurs de risque d'ITS. À cet égard, voici quelques énoncés qui pourraient être utiles :
 - « Une partie de mon travail consiste à évaluer les problèmes de la santé sexuelle et reproduction. 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 sexuellement actif ou l'avez-vous été ? Cela comprend le sexe oral ou anal, et non seulement les relations sexuelles génitales. »
 - « Avez-vous des symptômes qui vous font soupçonner la présence d'une ITS ? Avez-vous des ulcérations génitales ? Ressentez-vous des douleurs ou des brûlures lorsque vous urinez ? Avez-vous remarqué un écoulement inhabituel du pénis, du vagin ou de l'anus ? Ressentez-vous des douleurs pendant vos relations sexuelles ? »
 - « Qu'est ce que vous faites pour éviter de tomber enceinte ? (Vous ou votre partenaire utilisez-vous une méthode contraceptive ?) »
 - « Quelles mesures prenez-vous pour vous protéger des ITS y compris le VIH ? »
 - « Avez-vous des inquiétudes concernant la violence ou l'abus dans votre relation ou lors des relations sexuelles avec votre partenaire ? »
 - « Vous ou vos partenaires avez-vous déjà utilisé des drogues injectables ou d'autres drogues, par exemple de la méthamphétamine (« crystal meth ou glace ») ? »
 - Aux femmes, demandez :
 - « À quand remontent vos dernières menstruations ? »
 - « À quand remonte votre dernier test Pap ? »

Effectuer une évaluation précise du risque

Tout patient exposé à un facteur de risque d'ITS en raison de sa situation actuelle ou de ses antécédents devrait être évalué de façon plus détaillée. 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, ainsi qu'à guider le counselling du patient et les recommandations de dépistage.

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

Catégorie et éléments	Questions importantes pour guider l'évaluation
Relations <ul style="list-style-type: none"> • Situation actuelle • Déterminer les inquiétudes 	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous un(e) 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 (ex. : crainte de violence, d'abus, de coercition) ?
Comportements sexuels à risque <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de partenaires • Préférences, orientation sexuelles • Activités sexuelles • Évaluation du risque personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • À quand remonte votre dernier contact sexuel ? Était-ce avec votre partenaire habituel(le) ou avec un(e) autre ? • Combien de partenaires sexuel(le)s avez-vous eu(e)s au cours des deux derniers mois ? au cours de la dernière année ? • Vos partenaires sont-ils des hommes, des femmes ou les deux ? • Pratiquez-vous le sexe oral? (embrasser votre partenaire sur ses parties génitales ou son anus) ? • Pratique t-on sur vous le sexe oral? • Pratiquez-vous la pénétration? (pénétrez-vous vos partenaires dans le vagin ou l'anus ou vos partenaires pénètrent-ils votre vagin ou votre anus?) • L'un ou l'une de vos partenaires sexuels viennent-ils d'autres pays que le Canada ? Si oui, de quels pays et à quand remonte votre dernier contact sexuel avec lui ou elle(s)? • Dans quelles circonstances rencontrez-vous vos partenaires sexuel(le)s (en voyage, dans les saunas, sur Internet) ? • Utilisez-vous des condoms toujours, parfois ou jamais ? • Qu'est-ce qui influence votre choix de vous protéger ou pas ? • Si vous deviez évaluer vos risques d'ITS, diriez-vous que vous n'êtes exposé(e) à aucun risque ? à faible risque ? à moyen risque ? ou à risque élevé ? Pourquoi ?
Antécédents en matière d'ITS <ul style="list-style-type: none"> • Dépistages antérieurs d'ITS • Antécédents d'ITS • Inquiétudes actuelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà passé 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 remonte votre dernier contact sexuel qui a suscité une inquiétude ? • Avez-vous des symptômes ? Si oui, quand sont-ils apparus ?

Tableau 2. Questionnaire d'évaluation du risque d'ITS¹ (Suite)

Catégorie et éléments	Questions importantes pour guider l'évaluation
Antécédents en matière de santé reproductive	
<ul style="list-style-type: none"> • Contraception • Problèmes reproductifs connus • Test Pap • Grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Vous ou votre partenaire utilisez-vous une méthode de contraception ? Si oui, laquelle ? Si non, pourquoi ? • Avez-vous des problèmes particuliers reliés à votre méthode de choix? • Avez-vous déjà eu des problèmes de santé reproductive ? Si oui, lesquels ? quand ? • Avez-vous déjà obtenu des résultats anormaux au test Pap ? Si oui, lesquels ? quand ? • Avez-vous déjà été enceinte ? Si oui, combien de fois ? Quel en a été le(s) résultat(s) (nombre de naissances, d'avortements ou de fausses-couches) ?
Consommation de substances psychoactives	
<ul style="list-style-type: none"> • Partage du matériel d'injection • Relations sexuelles avec facultés altérées • Risque percutané autre que 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 ? • S'il s'agit de drogues injectables, avez-vous déjà partagé votre matériel? Si oui, à quand remonte la dernière fois ? • Avez-vous déjà eu des relations sexuelles alors que vous étiez intoxiqué(e) ? Si oui, à quelle fréquence? • Avez-vous eu des relations sexuelles sous l'influence de l'alcool ou d'autres substances psychoactives ? Quelles ont été les conséquences ? • Pensez-vous avoir besoin d'aide quant à votre consommation de substances psychoactives ? • Avez-vous des tatouages ou des perçages corporels ? Si oui, ont-ils été effectués avec du matériel stérilisé (c.-à-d. par des professionnels) ?
Antécédents psychosociaux	
<ul style="list-style-type: none"> • Travailleur ou client de l'industrie du sexe • Abus Sexuel • Domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà eu des relations sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'un toit ? • Avez-vous déjà dû payer pour avoir des relations sexuelles ? Si oui, à quelle fréquence et pendant combien de temps ? À quand remonte la dernière fois ? • Avez-vous déjà été forcé(e) d'avoir des relations sexuelles ? Si oui, quand et par qui ? • Avez-vous déjà fait l'objet d'abus sexuels ? Avez-vous déjà fait l'objet de violence physique ou psychologique ? Si oui, quand et par qui ? • Avez-vous un domicile ? Si tel n'est pas le cas, où dormez-vous ? • Vivez-vous avec quelqu'un ?

ITS = infections transmissibles sexuellement

4. Offrir le counselling et l'éducation à la santé axés sur le patient

Après avoir complété une évaluation des risques du patient, de nombreux sujets pourraient être identifiés relativement à la santé sexuelle ou aux ITS, ceci offrant une occasion d'éduquer le patient. Voir ci bas les thèmes de counselling fréquemment abordés lors de la discussion avec le patient. Également vous trouverez des recommandations utiles ainsi que des conseils en matière de santé sexuelle permettant d'avoir une approche axée sur le patient.

Thèmes de counselling fréquemment abordés

Relations monogames en série

Les relations monogames en série consistent en une suite de relations fidèles avec une seule personne, l'une après l'autre. Bien qu'elles puissent paraître sécuritaires, les relations monogames en série ne constituent pas en soi une protection contre les ITS. L'utilisation constante du condom et se soumettre à des tests de dépistage des ITS dans le cadre de relations *mutuellement* monogames sont des stratégies beaucoup plus sécuritaires que le fait de compter sur l'apparente sécurité d'un partenaire monogame.

Jeunes envisageant de devenir sexuellement actifs

De nombreux jeunes se renseignent sur les méthodes contraceptives avant de devenir sexuellement actifs. Par ailleurs, plusieurs jeunes femmes commencent à prendre la pilule pour régulariser leur cycle menstruel et non parce qu'elles veulent une méthode contraceptive. Ces deux situations fournissent au clinicien d'excellentes occasions de donner à des jeunes le counselling sur les pratiques sexuelles à risques réduits.

- En discutant des méthodes contraceptives non barrières, aborder les relations sexuelles plus sécuritaires et l'utilisation du condom.
- Si le partenaire du patient a déjà été sexuellement actif, encourager le patient à lui demander de passer un test de dépistage avant d'avoir des relations avec lui.
- Faire part aux patients des avantages des comportements préventifs.

Conseils sur les méthodes contraceptives

La prescription de contraceptifs oraux est souvent associée à l'interruption de l'utilisation du condom. Des études montrent que la pilule est très souvent associée à un recours moindre aux méthodes barrières et à une incidence accrue des ITS². Les personnes ayant un ou une partenaire stable abandonnent souvent les moyens de protection barrière qu'elles utilisaient auparavant au profit du seul contraceptif oral, sans bénéficier des tests de dépistage des ITS. Les cliniciens devraient donner des conseils sur les solutions de remplacement à ce comportement à risque (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

- Avant même de penser à planifier leur stratégie de prévention des ITS, les gens doivent accepter le fait qu'ils sont, ou qu'ils pourraient être sexuellement actifs. Au cours de consultations, les cliniciens en 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'évaluation de ces choix pourrait aider le patient 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 décider du moment et de la façon de discuter des mesures préventives à adopter contre les ITS avec ses partenaires, ou de prendre lui-même l'initiative de la prévention (p. ex., en mettant un condom), et comment il pense faire pour avoir régulièrement des relations sexuelles plus sécuritaires;
 - vérifier avec le patient s'il sait où se procurer des condoms sans être embarrassé, s'il sait comment les utiliser correctement, s'il sait reconnaître les signes d'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 qui prennent des mesures préventives contre les ITS doivent entreprendre une série de démarches, comme acheter des condoms, demander des tests de dépistage des ITS/VIH et parler des ITS avec les professionnels de la santé. Les praticiens en soins primaires peuvent discuter avec leurs patients de l'établissement et du maintien de limites personnelles et déterminer les ressources locales de prévention des ITS qui sont les plus accessibles.
- Les professionnels de la santé peuvent aider les patients à planifier leur stratégie de prévention en discutant ouvertement des relations sexuelles à l'aide d'une approche séquentielle (p. ex., masturbation/masturbation mutuelle = faible risque; relations sexuelles oro-génitales = le niveau de risque varie entre le VIH et les autres ITS; relations sexuelles vaginales ou anales non protégées = 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'adoption et au maintien de mesures préventives contre les ITS, et à faire face à 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 activités sexuelles, car celle-ci diminue les inhibitions et peut influencer sur 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'une personne simplement en connaissant ses antécédents sexuels ou en ayant un lien intime avec elle, ou être dans une relation monogame avec une personne qui a déjà eu les relations sexuelles et qui n'a jamais passé de tests de dépistage.
 - il est important de préciser aux patients que les cliniciens ne procèdent pas et ne peuvent pas procéder à des tests systématiques de dépistage de toutes les ITS (p.ex., infection au VPH ou au VHS); donc, même si les résultats de leurs tests ou de ceux de leurs partenaires sont négatifs, ils peuvent quand même être atteints d'une ITS asymptomatique.

Le counselling sur les pratiques sexuelles à risques réduits

Le counselling sur les pratiques sexuelles à risques réduits donné dans le cadre d'une stratégie de prévention primaire ou secondaire devraient porter au moins sur les thèmes suivants³ :

- modes de transmission des ITS;
- risques des diverses activités sexuelles : oro-génitales, génitales, anales;
- différents types de méthodes barrières (condom masculin, condom féminin, digue dentaire) et accessibilité;
- le counselling sur la réduction des méfaits : déterminer quelles mesures préventives sont pertinentes et réalistes à la lumière de la vie sexuelle du patient (p. ex., une personne ayant des relations anales passives devrait toujours utiliser un condom avec du lubrifiant supplémentaire, et en évitant les modèles avec spermicide).

Voici une façon de dire au patient que les pratiques sexuelles plus sécuritaires reposent sur la négociation et qu'elles devraient 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 les relations sexuelles à risques réduits. Utilisez toujours un condom ou passez tous deux un test de dépistage des ITS/VIH et par la suite ayez une relation mutuellement monogame. Croyez-vous que vous et votre partenaire pourrez respecter ces consignes ? »

Usage adéquat des condoms

L'inefficacité des condoms résulte le plus souvent d'une utilisation inadéquate ou intermittente (des guides d'utilisation des condoms masculin et féminin et des directives sur les conseils à donner aux patients sont présentés aux annexes A et B).

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, la chlamydia et la gonorrhée, ils ne fournissent pas une *protection totale* contre l'infection au VPH ou au VHS.
- Les condoms faits de membrane naturelle peuvent laisser passer le VHB ou le VIH.

Discussion sur d'autres options

- L'allergie au latex peut être un problème pour certaines personnes; 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 qui peut remplacer les 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 (pour le mode d'emploi des condoms pour femmes, voir l'annexe B).

Utilisation du condom pour femmes au cours des relations sexuelles anales

Certaines personnes utilisent le condom pour femmes au cours des relations sexuelles anales, même si les fabricants de ces produits n'émettent pas de recommandations à cet égard. Selon les quelques études qui ont évalué les condoms féminins dans le contexte des relations anales, ceux-ci sont associés à une augmentation des saignements rectaux et de la fréquence des glissements du condom, comparativement aux condoms masculins⁴.

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 relations anales; par ailleurs, une nouvelle conception de ce condom pourrait augmenter son acceptabilité et son utilisation chez les hommes ayant des relations sexuelles 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 au VIH et aux ITS (et le risque de transmission de ces maladies, par conséquent), en modifiant ou lésant la muqueuse génitale ou anale⁶. Les modèles de condoms avec N-9 ne devraient pas être recommandés comme mode de prévention contre le VIH ou les ITS. La meilleure barrière contre les ITS et le VIH est un condom en latex ou en polyuréthane *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 endommager significativement la muqueuse rectale, ce qui augmente le risque d'infection par le VIH et d'autres ITS.
- Bien que le N-9 soit utilisé comme adjuvant d'une méthode contraceptive, il faut évaluer attentivement 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 nombreuses recherches, et qui peut être utile pour encourager les patients à adopter des pratiques sexuelles à risques réduits⁷⁻⁹. **L'entrevue motivationnelle peut servir à inciter les patients à avoir des relations sexuelles plus sécuritaires et à utiliser un condom, particulièrement ceux qui ont besoin d'un counselling plus personnalisé^{8,9}.** Le tableau 3 ci-dessous présente un exemple d'entrevue motivationnelle.

Tableau 3. Exemple d'entrevue motivationnelle

(Adaptation des techniques proposées par S. Rollnick et coll. dans *Health Behavior Change. A Guide for Practitioners*⁹)

«Laissez-moi vous poser quelques questions au sujet des condoms....»

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'utilisation du condom au cours de chaque relation sexuelle ?*

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 du condom devienne plus importante pour vous ? » (Les patients étant certainement les mieux placés pour savoir comment changer leurs perceptions, ils diront au clinicien comment l'usage du condom pourrait devenir plus important à leurs yeux. Le professionnel de la santé et le patient peut alors discuter de ces réponses.)

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 sur les obstacles éventuels et 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 du condom (ou celle de votre partenaire) chaque fois que vous avez des relations sexuelles ? » (Les patients étant certainement 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 se rapportant à l'utilisation du condom.)

5. Procéder à un examen physique

L'examen physique pouvant être embarrassant pour certains patients, les professionnels de la santé devraient créer un *environnement* qui inspirera confiance à ces derniers.

- Certains patients seraient plus à l'aise en présence d'un tiers (assistant ou assistante) du même sexe qu'eux au cours de l'examen.
- Il faut rassurer les patients sur le caractère absolument confidentiel des renseignements qui les concernent.

Tableau 4. Composantes de l'examen physique

Composantes communes aux deux sexes
<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à une évaluation générale. • Rechercher des signes systémiques d'ITS comme la perte pondérale, la fièvre, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques/palper les ganglions lymphatiques inguinaux. • Examiner les régions muco-cutanées, notamment le pharynx. • Vérifier les organes génitaux externes pour rechercher des lésions cutanées, une inflammation, des écoulements ou des irrégularités anatomiques. • Procéder à un examen périanal. • Envisager une anoscopie (ou, si ce n'est pas possible, un examen digital rectal) si le patient a eu des relations sexuelles anales passives <i>et</i> qu'il présente des symptômes rectaux. Pour les garçons et les filles prépubères, voir le chapitre « Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères ».
Composantes propres aux adolescents et aux adultes de sexe masculin
<ul style="list-style-type: none"> • Palper le scrotum et bien vérifier l'épididyme. • Si le patient n'est pas circoncis, rétracter le prépuce pour inspecter le gland du pénis. • Avoir le patient lui-même ou le clinicien « traire » le pénis pour rendre tout écoulement urétral plus apparent.
Composantes propres aux adolescentes et aux adultes de sexe féminin
<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 vérifier s'il y a présence de pertes vaginales ou endocervicales. Prélever des échantillons, en suivant les consignes dans le chapitre « Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement ». • Effectuer un examen pelvien bimanuel pour déceler toute masse ou toute sensibilité de l'utérus et des annexes de l'utérus. • Dans certaines circonstances, par exemple en cas 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 les tests de dépistage et les tests de détection 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 devrait reposer sur les antécédents du patient, les facteurs de risque qu'il présente et les résultats de l'examen physique.
- Faire 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 risque 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, *Offrir le counselling et l'éducation à la santé axés sur le patient*);

- Le sentiment, chez les personnes ayant obtenu des soins ou services médicaux quelconques (p. ex., examen physique, consultation à l'hôpital, test Pap, prise de sang), d'avoir passé des tests de dépistage des ITS. On profitera d'une telle croyance pour donner davantage d'information sur la prévention des ITS.
- 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 à l'occasion d'un examen annuel de routine ne comprennent pas de 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; 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 la chlamydia; etc.

7. Poser un diagnostic en fonction d'un syndrome ou d'un micro-organisme, et offrir du counselling post-test

- Dans la plupart des cabinets, les résultats de tests microbiologiques ne sont pas disponibles immédiatement.
- Si le patient manifeste des signes et des symptômes particuliers, il est possible de poser un diagnostic en fonction du syndrome présenté et d'offrir un traitement et le counselling post-test (voir « Prise en charge des infections transmissibles sexuellement en fonction du syndrome présenté» pour consulter un tableau sommaire).
- Lorsque des résultats de tests microbiologiques sont disponibles, le traitement et le counselling devraient être axés sur des pathogènes précis (voir les chapitres portant sur une infection particulière).

Le counselling post-test

Le counselling post-test, 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;
- le counselling sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires susceptibles d'éliminer ou de réduire le risque de transmission des ITS à un partenaire, ou de réduire le risque de réinfection du patient;
- des renseignements sur le traitement et des éclaircissements quant à certaines questions, selon que l'infection est bactérienne (curable) ou virale (traitement pour atténuer les symptômes);
- selon les cas, la déclaration obligatoire de certaines infections à la santé publique;
- la notification aux partenaires soit par le cas index, soit par le médecin ou le représentant de la santé publique, et les conséquences éventuelles si les partenaires ne subissent pas une évaluation clinique et un traitement.

Le counselling post-test en matière de prévention peut également être très important pour les personnes qui se sont montrées préoccupées quant aux ITS, mais dont les résultats des tests se sont révélés négatifs.

L'entrevue motivationnelle présentée dans ce chapitre peut être un moyen efficace de promouvoir des comportements susceptibles de réduire les risques chez les patients dont les tests de dépistage des ITS se sont révélés positifs⁷⁻⁹. 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 une ITS quelques questions. Pouvez-vous me dire quelle importance *vous accordez en ce moment* à l'utilisation du condom (ou d'un autre moyen pertinent de prévention des ITS) chaque fois que vous avez des relations sexuelles? » (suivre la démarche de l'entrevue motivationnelle présentée 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 des recommandations plus précises, voir les chapitres « Prise en charge des ITS en fonction du syndrome présenté » ou les chapitres se rapportant à ces infections).

Dans toutes les provinces et territoires du Canada, le traitement des ITS bactériennes est gratuit pour le cas index et ses partenaires.

Qu'ils présentent des symptômes ou non, les patients devraient être avisés de ne pas partager leurs médicaments avec leurs partenaires et de 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 s'ils ont des vomissements plus d'une heure après l'administration du traitement, ils n'ont pas besoin de prendre une autre dose.

Il faut en outre aviser les patients infectés d'une ITS bactérienne ou d'une trichomonase qu'eux et leur partenaire devraient s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées pendant les sept jours qui suivent la fin de leur traitement à tous deux (p.ex., sept jours après un traitement à dose unique).

9. Effectuer la déclaration obligatoire à la santé publique et la notification aux partenaires

Exigences en matière de déclaration des ITS et de confidentialité

Les patients devraient être informés des lois provinciales et territoriales en matière de santé publique et de protection de l'enfant, lesquelles ont préséance sur le devoir de confidentialité des professionnels de la santé et le droit du patient à la confidentialité en exigeant la divulgation de renseignements personnels sans le consentement du patient relativement aux ITS à déclaration obligatoire ou lorsqu'on soupçonne que des abus sexuels sont infligés à des enfants.

Le personnel des agences qui disposent de renseignements personnels est tenu de respecter des obligations d'ordre éthique, juridique et professionnel afin de protéger la confidentialité de ces renseignements. Les patients devraient être informés que les renseignements seront divulgués aux seules autorités légales en la matière et que leur confidentialité sera garantie. C'est souvent là une préoccupation importante chez les jeunes qui consultent pour une ITS.

La confidentialité s'applique à toutes les personnes, y compris les personnes infectées, leurs partenaires sexuels et ceux avec qui elles partagent des aiguilles, tous les jeunes en mesure de comprendre la nature de leur infection et des soins qui leur sont donnés, et les personnes possiblement impliquées dans des cas d'abus sexuels à l'égard des enfants.

Notification aux partenaires

Justification

La notification aux 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 évaluer, de leur offrir du counselling, de les soumettre à des tests de dépistage et à un traitement. La notification aux partenaires est non seulement bénéfique pour la santé publique (surveillance et contrôle des maladies), mais elle réduit aussi considérablement le risque de réinfection du cas index.

Même si la notification aux 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 dans certains cas, leur vie.

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

Qui procède à la notification aux partenaires ?

La notification des partenaires peut se faire par le patient, les professionnels de la santé ou les représentants de la santé publique. Souvent, on peut recourir à plus d'une stratégie pour notifier aux différents partenaires d'une 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 appropriés.
- Orientation par un professionnel de la santé ou un représentant de la 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 index).
- Contrat pour l'orientation : le professionnel de la santé négocie avec la personne infectée une période (généralement de 24 à 48 heures) pour informer ses partenaires de leur exposition possible à une ITS et les orienter vers les services de santé appropriés¹¹.

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

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

- explorer les obstacles ou barrières à la notification aux partenaires (voir ci-après);
- au besoin, aviser les autorités de la santé publique.

Obstacles à la notification aux partenaires

- Abus physiques ou psychologiques, réels ou appréhendés, pouvant résulter de la notification aux partenaires (ex. : violence conjugale) : l'orientation vers un professionnel de la santé ou un représentant de la santé publique serait alors la meilleure option afin de protéger le cas index. En cas de menace à la sécurité du patient, les autorités de la santé publique devraient être avisées de la situation pour prendre les précautions nécessaires en matière de sécurité. 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 bénéfices, pour le ou les partenaires asymptomatiques, de savoir qu'ils sont possiblement infectés.
- La crainte de poursuites judiciaires : il faut informer les cas index 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 des victimes de crimes sexuels de faire l'objet de nouvelles violences : dans ces cas, la notification aux partenaires par un professionnel de la santé ou un représentant de la santé publique serait la meilleure solution.
- Le fait de trouver des partenaires sur une base anonyme est un obstacle majeur à la notification aux partenaires : dans la mesure du possible, encourager l'orientation des partenaires par le patient.

Remarque :

- Les cas, réels ou soupçonnés, d'abus sexuel d'enfants doivent être rapportés à l'agence locale de protection de l'enfance (au Québec, la Direction de la protection de la jeunesse). La *Loi sur la protection de l'enfant* abroge toute autre loi et exige des professionnels de la santé qu'ils divulguent aux autorités compétentes le nom de toute personne mise en cause dans une affaire d'abus infligé à un mineur.
- Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage. Voir le chapitre "Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères".

Nouvelles pratiques de notification aux 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 aux partenaires. L'une de ces méthodes consiste à amorcer rapidement le traitement des partenaires sexuels. Le cas index reçoit des médicaments, accompagnés de renseignements sur leur innocuité et leurs contre-indications, pour qu'il les donne à ses partenaires; ces derniers reçoivent ainsi un traitement présomptif sans examen qui vise à réduire le risque de réinfection par la gonorrhée ou la chlamydia et à augmenter la proportion de partenaires traités. Bien qu'encore controversée, cette méthode serait bénéfique pour les populations à risque élevé et les populations difficiles à rejoindre^{11,12}.

Marche à suivre 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 de déclaration des maladies infectieuses pour avoir de l'aide;
- mettre au point un plan de notification qui prévoit quels partenaires notifier, et qui fera le travail.
- Le tableau 5 ci-dessous dresse une liste des recommandations quant aux partenaires à notifier et à la période de traçabilité des ITS à déclaration obligatoire et non obligatoire.

Tableau 5. Tableau de référence pour la notification aux 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 au cours des 60 derniers jours, remonter au tout dernier partenaire sexuel. • La notification aux partenaires n'est pas obligatoire comme mesure de santé publique dans la plupart des provinces et territoires, mais celle-ci est fortement recommandée en cas d'UNG, de CMP, d'AIP et d'épididymite.
Gonorrhée	Oui	60 jours	PS/NMI	
Chancre 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/NMI	
Syphilis latente précoce/ stade non déterminé	Oui	Variable	PS/NMI/ EMI	
Herpès génital	Dans certaines régions	Actuelle/future	PS/NMI	La notification aux partenaires n'est pas obligatoire comme mesure de santé publique, mais elle est fortement recommandée.
Trichomonase	Dans certaines régions	Actuelle	PS	Pas besoin de tester les partenaires; les traiter comme le cas index.

AIP = atteintes inflammatoires pelviennes

CMP = cervicite muco-purulente

EMI = enfants dont la mère est infectée

LGV = lymphogranulomatose vénérienne

NMI = nouveau-nés dont la mère est infectée

PS = partenaires sexuels

UNG = urétrite non gonococcique

Tableau 5. Tableau de référence pour la notification aux partenaires (suite)

Infection/syndrome	Maladie à déclaration obligatoire	Période de traçabilité	Personne à notifier/ évaluer	Considérations particulières
Virus du papillome humain (VPH)	Non	Actuelle/future	PS	La notification aux 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 et non immuns. Ceux-ci pourraient bénéficier d'une PPE¹³. Les nouveau-nés doivent recevoir l'HBIG 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 et non immuns. Ceux-ci pourraient bénéficier d'une PPE¹³. Les nouveau-nés doivent recevoir l'HBIG et un vaccin après la naissance¹³.
VIH/sida	Oui	Variable	PS/PPA/NMI/EMI	<ul style="list-style-type: none"> Commencer par notifier les partenaires sexuels récents et les partenaires partageant des aiguilles; remonter jusqu'au début du comportement à risque ou jusqu'à la date du dernier test négatif connu. Les professionnels de la santé pourraient envisager une PPE pour les personnes ayant été en contact avec une personne atteinte du VIH. Si une PPE est envisagée, il faut l'amorcer dans les 72 heures. Consulter un expert sur le VIH.

AIP = atteintes inflammatoires pelviennes

CD = contacts à domicile

CMP = cervicite muco-purulente

EMI = enfants dont la mère est infectée

HBIG = immunoglobulines contre l'hépatite B

LGV = lymphogranulomatose vénérienne

NMI = nouveau-nés dont la mère est infectée

PPA = partenaires partageant des aiguilles (avec le patient)

PPE = prophylaxie post-exposition

PS = partenaires sexuels

UNG = urétrite non gonococcique

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 soient réglés. La prise en charge précise de problèmes tels que la toxicomanie et les troubles mentaux devrait être intégrée au plan global pluridisciplinaire des soins de santé.

Lors du counselling et du dépistage des ITS, il est également important d'inclure le counselling pré-test pour le VIH et d'offrir ce test. L'infection par une ITS (notamment la syphilis, l'herpès génital, la chlamydia, la gonorrhée et la trichomonase) augmente le risque de transmission et d'acquisition du VIH. Les personnes atteintes du VIH pourraient répondre moins bien au traitement d'une ITS; en ce cas, il faudra prévoir un suivi spécial au terme du traitement afin de vérifier l'efficacité de celui-ci et prévenir les complications à long terme occasionnées par des ITS traitées de façon non adéquate.

Dans le cas des personnes porteuses d'une hépatite virale chronique – soit le VHB ou l'hépatite C (VHC) –, la coinfection par le VIH influence les choix thérapeutiques, la réponse au traitement et l'évolution de la maladie. Ces patients devraient être dirigés vers un spécialiste afin de recevoir des recommandations quant à leur traitement et à leur prise en charge. Il est nécessaire de procéder à un test de dépistage d'hépatite B et du VIH chez tout patient porteur d'une hépatite C chronique afin d'assurer la prise en charge adéquate de l'infection. En outre, dans le cas des personnes infectées par le VHC, il faut absolument s'assurer qu'elles sont vaccinées contre le VHA et le VHB pour prévenir la co-infection, 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 une lymphogranulomatose vénérienne (LGV) et que celle-ci est liée à une flambée au Canada, il faut également faire un test de dépistage du VHC, car le taux de co-infections LGV-VHC est élevé.

11. Faire un suivi

Idéalement, le suivi pour s'assurer de la résolution des symptômes devrait être fait par le même professionnel de la santé; il faudrait procéder à des tests de contrôle s'il y a lieu et faire le suivi de la notification aux partenaires afin de réduire la probabilité de réinfection. Lorsque cela n'est pas possible, il faut diriger les patients vers les ressources communautaires appropriées, en leur donnant des conseils sur le moment de faire un suivi (surtout si des tests ont été effectués) et sur les indicateurs d'un échec thérapeutique (pour des recommandations sur le suivi, voir les chapitres portant sur des infections spécifiques).

Aux personnes présentant un risque constant et accru d'ITS, il faut recommander des tests de dépistage de la gonorrhée, de la chlamydia, de la syphilis et du VIH tous les trois mois, et renforcer les conseils sur les pratiques sexuelles à risques réduits.

RESSOURCES

L'annexe C renferme une liste des ressources actuelles en matière de santé sexuelle/ITS/relations sexuelles à risques réduits, lesquelles vous aideront pour votre counselling et l'évaluation des risques de vos patients. L'annexe D renferme une liste des personnes-ressources en matière d'ITS à l'échelle provinciale et territoriale.

Références

1. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Le cas de Terry », dans Agence de santé publique du Canada, *Module d'auto-apprentissage sur les MTS*, [en ligne]. [http://www.phac-aspc.gc.ca/slm-maa/terry/index_f.html] (19 décembre 2005).
2. MACDONALD, N.E., G.A. WELLS, W.A. FISHER et coll. « High-risk STD/HIV behavior among college students », *Journal of the American Medical Association*, vol. 263, 1990, p. 3155-3159.
3. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *Counselling Guidelines for HIV Testing*, Ottawa, Association médicale canadienne, 1995.
4. RENZI, C., S.R. TABEL, J.A. STUCKY et coll. « Safety and acceptability of the reality condom for anal sex among men who have sex with men », *AIDS*, vol. 17, 2003, p. 727-731.
5. GROSS, M., S.P. BUCHBINDER, S. HOLTE, C.L. CELUM, B.A. KOBLIN et J.M. DOUGLAS Jr. « Use of reality “female condoms” for anal sex by US men who have sex with men », HIVNET Vaccine Preparedness Study Protocol Team, *American Journal of Public Health*, vol. 89, 1999, p. 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, [en ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/hiv-vih/nonoxynol_f.html] (19 décembre 2005).
7. FISHER, J.D., D.H. CORNMAN, C.Y. OSBORN, K.R. AMICO, W.A. FISHER et G. FRIEDLAND. « Clinician-initiated HIV risk reduction intervention for HIV+ persons: Formative research, acceptability, and fidelity of the Options Project », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 37, suppl. 2, 2004, p. S78–S87.
8. FISHER, J.D., W.A. FISHER, D.H. CORNMAN, R.K. AMICO, A. BRYAN et G.H. FRIEDLAND. « Clinician-delivered intervention during routine clinical care reduces unprotected sexual behavior among HIV-infected patients », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 41, 2006, p. 44-52.
9. ROLLNICK, S., P. MASON et C. BUTLER. *Health Behavior Change. A Guide for Practitioners*, Edinburgh, Churchill Livingstone, 1999.
10. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Program Operations Guidelines for STD Prevention*, Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2005, [en ligne]. [www.cdc.gov/std/program/partner/TOC-PGpartner.htm] (19 décembre 2005).
11. MATHEWS, C., N. COETZEE, M. ZWARENSTEIN et coll. « Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4, 2001, CD002843.
12. GOLDEN, M.R., W.L. WHITTINGTON, H.H. HANDSFIELD et coll. « Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or chlamydial infection », *New England Journal of Medicine*, vol. 352, 2005, p. 676-685.
13. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Guide canadien d'immunisation*, 6^e éd., Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2002, [en ligne]. [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index_f.html] (19 décembre 2005).
14. SHERMAN, M., V. BAIN, J.P. VILLENEUVE et coll. *Prise en charge des hépatites virales : Conférence canadienne de consensus, 2003-2004*, Ottawa, Santé Canada, 2004, [en ligne]. [http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/pdf/ccc_04/pdf/consensus_f_04.pdf] (19 décembre 2005).