

Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée
LGV • Syphilis • VIH • Chlamydia •
Herpès génital • Condylomes • Gonorrhée
LGV • Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV
Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV

Populations spécifiques

Voyageurs

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement

ÉDITION
2006

Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes
Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

VOYAGEURS

Définition

Il existe depuis longtemps un lien entre voyage, comportement sexuel et risque accru d'acquisition des infections transmissibles sexuellement (ITS). On entend par « voyageur » une personne qui se déplace temporairement, en permanence ou de temps à autre pour son plaisir ou pour des motifs professionnels¹. Parmi les catégories de voyageurs, on compte entre autres les touristes, les voyageurs de commerce, le personnel militaire, les marins, les camionneurs, les diplomates, les étudiants de collèges et d'universités en période de relâche et les immigrants en visite dans leurs pays d'origine²⁻⁴. Le tourisme sexuel regroupe une catégorie particulière de voyageurs qui se déplacent avec l'intention d'avoir des activités sexuelles à l'étranger². Ils ont plus tendance à avoir des relations sexuelles avec des travailleurs de l'industrie du sexe et d'avoir des partenaires multiples au cours de leur voyage². Dans certaines régions du monde, notamment en Asie du Sud-Est et de plus en plus en Europe de l'Est, la prostitution se développe autour des centres de villégiature^{2,5,6}.

Épidémiologie

En 2002, les Canadiens ont effectué 13 millions de séjours de plus de 24 heures aux États-Unis; la durée moyenne du séjour a été de quatre nuits. La même année, ils ont effectué 4,7 millions de séjours outre-mer; la durée moyenne du séjour a été de 15,2 nuits⁷. À l'exclusion des États-Unis, les dix destinations les plus prisées sont, dans l'ordre décroissant, le Royaume-Uni, le Mexique, la France, la Cuba, la République dominicaine, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas, l'Espagne et la Chine⁷.

Le risque d'acquisition des ITS est plus élevé chez les voyageurs. Le voyage est une occasion de se libérer des contraintes sociales et quotidiennes. Il donne plus d'occasions d'avoir des relations sexuelles de passage⁸. Selon certaines études, de 5 à 50 % des voyageurs ont ce type de relation sexuelle^{1,9,10}, tandis qu'entre le tiers et la moitié n'utilisent le condom que de façon sporadique^{1,11}. Ceux qui ont un risque accru d'ITS sont les mâles, les jeunes voyageurs, ceux qui voyagent seul ou avec des amis, les célibataires, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), ceux qui font un séjour de longue durée ou sont en voyage d'affaires, les fumeurs ou encore, ceux qui consomment de l'alcool ou des drogues illicites^{1,4,5,8,11,12}.

Les ITS sont parmi les maladies à déclaration obligatoire les plus répandues dans le monde avec des taux particulièrement élevés dans les pays en voie de développement¹. À l'échelle mondiale, l'infection à *Chlamydia trachomatis* est l'ITS bactérienne la plus prévalente¹¹. Les infections à gonocoque sont aussi répandues à l'échelle mondiale et la résistance aux antibiotiques ne cesse d'augmenter. Les modèles de sensibilité de *Neisseria gonorrhæae* aux agents antimicrobiens varient selon la région du monde; c'est en Afrique et en Asie que les taux de résistance sont les plus élevés^{9,11} (voir le chapitre « Infections gonococciques »).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, on comptait dans le monde 38 millions d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH à la fin de 2003, dont 4,8 millions qui étaient infectés au cours de cette année seulement¹³. Au Canada, l'épidémie de l'infection au VIH est en grande partie attribuable à des virus du sous-type B. Les voyageurs sont cependant susceptibles de revenir au pays infectés par un type de VIH qui n'appartient pas à ce sous-type^{2,6}.

Prévention

On dispose de très peu de données probantes de l'efficacité des mesures de prévention préalables au voyage^{1,8,14}. Les professionnels de la santé devraient recommander aux voyageurs d'apporter leurs propres condoms, les mettre en garde contre le risque élevé de contracter des ITS et insister sur le fait que la consommation d'alcool ou de drogues illicites réduit les inhibitions^{5,10,11,14}. Ils devraient les informer du fait que les condoms vendus à l'étranger pourraient être de moins bonne qualité que ceux offerts au Canada, et que la chaleur et l'humidité sont susceptibles d'en réduire l'efficacité¹¹. La collaboration entre les cliniques de santé-voyage et les cliniques ou programmes d'ITS contribue à assurer la prise de mesures préventives et thérapeutiques¹.

L'immunisation contre l'hépatite B (VHB) est recommandée à tous les voyageurs séjournant dans une région où le VHB est à l'état endémique^{10,15,16}. On trouvera de l'information à jour sur la prévalence du VHB sur le site Web de l'Organisation mondiale de la santé (www.who.int/ith/fr/index.html) ou en consultant l'*International Travel Health Guide*¹⁷. L'immunisation contre l'hépatite A (VHA) est recommandée à tous les HARSAH, aux utilisateurs de drogues injectables et aux voyageurs en visite dans des pays où le VHA est à l'état endémique, de façon à prévenir la transmission du virus d'une personne à une autre^{15,16}. Les vaccins combinés anti-hépatite A et anti-hépatite B sont utiles pour les personnes qui ont besoin de la protection contre les deux infections à la fois. L'usage d'antibiotiques comme mesure de chimioprophylaxie contre les ITS pendant le voyage n'est pas recommandé⁵.

Par ailleurs, les efforts de prévention devraient viser les immigrants originaires de pays où l'infection par le VIH est à l'état endémique et qui courent un risque élevé de contracter l'infection durant un séjour dans leur pays natal après leur arrivée au Canada^{3,6}.

Évaluation

Le diagnostic et le traitement précoces sont essentiels pour empêcher la propagation des ITS, en particulier la transmission au partenaire sexuel du voyageur au retour de ce dernier au pays. Les antécédents de voyage et les antécédents sexuels devraient être évalués. Il convient de souligner que l'identité sexuelle autodéclarée ne permet pas de prévoir le comportement sexuel d'un voyageur. Certains voyageurs peuvent se considérer comme hétérosexuels bien qu'ils aient des relations sexuelles avec des personnes du même sexe (soit avant,

soit durant le voyage, ou les deux à la fois). Il est donc primordial d'interroger le voyageur sur ses antécédents sexuels et de lui poser des questions ouvertes comme celle-ci : « Avez-vous des relations sexuelles avec des hommes, des femmes, ou les deux? »

Pour d'avantage d'information sur l'évaluation des comportements sexuels, voir les chapitres « Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes/Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes » et « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement ».

Il conviendrait d'examiner les comportements adoptés durant le voyage, qu'ils soient sexuels ou non sexuel qui sont associés à un risque accru d'ITS, à savoir :

- ∞ les relations orales, vaginales ou anales non protégées (réceptrices ou insertives);
- ∞ les relations oro-anales (anilingus);
- ∞ les pratiques manuelles-anales (introduction d'un doigt ou du poing dans l'anus);
- ∞ la consommation de drogues avant et pendant les activités sexuelles;
- ∞ le tatouage et le perçage corporels;
- ∞ la consommation de drogues, injectables ou autres.

Il conviendrait aussi d'examiner les antécédents de consommation de drogues.

On devrait recommander au voyageur ayant eu des relations sexuelles non protégées avec un nouveau partenaire de subir les tests de dépistage pour la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, le VIH et des anticorps anti-VHB (s'il n'a pas été immunisé)⁹. Le test de dépistage de l'hépatite C (VHC) doit être offert si l'anamnèse révèle des antécédents de consommation de drogues, de tatouage, de perçage corporel ou d'autres activités où du matériel contaminé aurait pu être partagé (voir le chapitre « Immigrants et réfugiés » pour plus d'information). Les professionnels de la santé doivent prendre note que des voyageurs peuvent se présenter avec certaines ITS rarement vues au Canada, comme le chancre mou et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV); à cet égard, voir les chapitres « Chancre mou » et « Lymphogranulomatose vénérienne ». Le test de dépistage du VIH doit être accompagné par le counselling approprié (voir le chapitre « Infections au virus de l'immunodéficience humaine »).

Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

Le même pour tous les patients. Se référer aux chapitres portant sur des infections spécifiques.

Prise en charge et traitement

Le même pour tous les patients. Se référer aux chapitres portant sur des infections spécifiques.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

Les mêmes pour tous les patients. Se référer aux chapitres portant sur des infections précises.

Bien que la notification aux partenaires puisse poser un problème, elle devrait néanmoins être tentée avec l'aide des autorités des départements de santé locales et provinciales et l'Agence de santé publique du Canada.

Suivi

On devrait recommander aux personnes ayant des activités sexuelles à risque élevé pendant leurs voyages de subir régulièrement des tests de dépistage des ITS. Il est aussi important de continuer de mettre l'accent sur des pratiques sexuelles plus sécuritaires et la réduction des méfaits. Ces personnes devraient subir des tests de dépistage pour le VIH, le VHB et le VHC en tenant compte de la période fenêtre pour chaque infection. Recommander à ces derniers d'avoir des relations sexuelles protégées tant que les tests n'auront pas été administrés, afin d'éviter de transmettre une infection à leurs partenaires. Les voyageurs devraient terminer la série de vaccins contre l'hépatite A et l'hépatite B s'ils ont commencé leur série avant leur départ en voyage.

Références

1. Abdullah, A.S.M., S.H. Ebrahim, R. Fielding, et coll. « Sexually Transmitted Infections in Travelers: Implications for Prevention and Control », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 39, 2004, p. 533-538.
2. Thomson, M.M., R. Najera. « Travel and the Introduction of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Non-B Subtype Genetic Forms into Western Countries », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 32, 2001, p. 1732-1737.
3. Fenton, K.A., M. Chinouya, O. Davidson, et coll. « HIV Transmission risk among sub-Saharan Africans in London travelling to their countries of origin », *AIDS*, vol. 15, 2001, p. 1442-1445.
4. Apostolopolous, Y., S. Sonmez, C.H. Yu. « HIV-risk behaviours of American spring break vacationers: a case of situational disinhibition? », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 13, 2002, p. 733-743.
5. Memish, Z.A., A.O. Osoba. « Sexually Transmitted Diseases and Travel », *International Journal of Antimicrobial Agents*, vol. 21, 2003, p. 131-134.
6. Perrin, L., L. Kaiser, S. Yerly. « Travel and the spread of HIV-1 genetic variants », *Lancet Infectious Diseases*, vol. 3, 2003, p. 22-27.
7. Statistique Canada. « Voyages internationaux, 2002 », Ministère de l'Industrie; 2004.
8. Cabada, M.M., J.I. Echevarria, C.R. Seas, et coll. « Sexual Behaviour of International Travelers Visiting Peru », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 29, 2002, p. 510-513.
9. Matteelli, A., G. Carosi. « Sexually Transmitted Diseases in Travelers », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 32, 2001, p. 1063-1067.

10. Ryan, E.T., K.C. Kain. « Health Advice and Immunization for Travelers », *New England Journal of Medicine*, vol. 342, 2000, p. 1716-1725.
11. Hamlyn, E., L. Dayan. « Sexual health for travellers », *Australian Family Physician*, vol. 32, 2003, p. 981-984.
12. Arvidson, M., I. Kallings, S. Nilsson, et coll. « Risky Behaviour in Women with History of Casual Travel Sex », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 24, 1997, p. 418-421.
13. ONUSIDA. « 2004 Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA », Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA; 2004.
14. Thomas, R.E. « Preparing patients to travel abroad safely », *Canadian Family Physician*, vol. 46, 2000, p. 1634-1638.
15. Spira, A.M. « A Review of Combined Hepatitis A and Hepatitis B Vaccination for Travelers », *Clinical Therapeutics*, vol. 25, 2003, p. 2337-2351.
14. Santé Canada. *Guide canadien d'immunisation*. 6^e édition. Ottawa, Santé Canada, 2002.
17. Rose, S.R. « International travel health guide. 12th ed », Northampton, MA: Travel Medicine, 2001.