

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

# Complément québécois

**Lignes directrices  
canadiennes sur les  
infections transmissibles  
sexuellement**

ÉDITION  
**2006**

Complément québécois ◦ Complément québécois ◦ Complément québécois ◦  
Complément québécois ◦ Complément québécois ◦ Complément québécois ◦ Complément  
québécois ◦ Complément québécois ◦ Complément québécois ◦ Complément  
québécois ◦ Complément québécois ◦ Complément québécois ◦ Complément québécois ◦  
Complément québécois ◦ Complément québécois ◦ Complément québécois ◦  
Complément québécois ◦ Complément québécois ◦ Complément québécois ◦ Complément

Institut national  
de santé publique

Québec 

Québec 

Source: *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2006*, produit par l'Agence de santé publique du Canada, 2006 © et reproduit avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2007.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php> ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3<sup>e</sup> trimestre 2007  
Bibliothèque et archives nationales du Québec  
Bibliothèque et archives Canada

ISBN 13 : 978-2-550-50413-9 (version imprimée)  
ISBN 13 : 978-2-550-50414-6 (version pdf)

©Gouvernement du Québec (2007)

# AUTEURS ET COLLABORATEURS

## Auteurs

**Claude Laberge**, médecin-conseil, direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

**Marc Steben**, médecin-conseil, direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec

**Annie-Claude Labbé**, microbiologiste-infectiologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**Claude Fortin**, microbiologiste-infectiologue, Centre hospitalier universitaire de Montréal, Hôpital Notre-Dame

**Raymond Parent**, conseiller scientifique, direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec et Centre de recherche de l'Hôpital du Saint-Sacrement

**Caroline Babin**, agente de recherche sociosanitaire, direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec

## Coordination

**Caroline Babin**, agente de recherche sociosanitaire, direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec

## Avec la collaboration

**De membres du Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS) :**

**Michel Alary**, médecin, professeur titulaire, département de médecine sociale et préventive, Université Laval, chercheur à l'Unité de recherche en santé des populations, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

**Pauline Clermont**, agente de planification sociosanitaire, Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue

**Laurent Delorme**, microbiologiste-infectiologue, Hôpital Charles-Lemoyne

**Harold Dion**, médecin, Clinique médicale l'Actuel, Collège québécois des médecins de famille

**Marc Dionne**, directeur scientifique, direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec

**Brigitte Fournier**, médecin-conseil en maladies infectieuses, Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches

**Claude P. Gauthier**, médecin-conseil, coordonnateur en maladies infectieuses, Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent

**Nancy Haley**, médecin-conseil, Direction de santé publique de Montréal

**Richard Lalonde**, interniste-infectiologue, directeur médical de l'UHRESS du Centre universitaire de santé McGill

**Gilles Lambert**, médecin-conseil, Direction de santé publique de Montréal

**Cathy Latham-Carmanico**, analyste de recherche, division des infections acquises dans la collectivité, Agence de santé publique du Canada

**René Lavoie**, consultant, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida

**Michael Libman**, microbiologiste-infectiologue, professeur associé au département de médecine, Université McGill

**Johanne Lefebvre**, biologiste, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

**Philippe Sauthier**, gynécologue-oncologue, Centre hospitalier universitaire de Montréal, Hôpital Notre-Dame

**Lina Sévigny**, responsable du programme de biologie médicale, direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, direction générale des services de santé et médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

**Monique Drapeau**, médecin-conseil, Direction de santé publique de l'Estrie

**Stéphane Roy**, médecin-conseil, direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec

**Marie-Carole Toussaint**, infirmière clinicienne, direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

**Sylvie Venne**, médecin-conseil, Direction de santé publique des Laurentides

**Des membres du groupe de travail sur l'acte vaccinal**

Mise en page  
et révision  
linguistique

**Hélène Fillion**, secrétaire, direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec

**Évelyne Fleury**, agente de recherche sociosanitaire, direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec

**Sylvie Muller**, secrétaire, direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec

**Isabelle Petillot**, secrétaire, direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec

# LISTE DES SIGLES

---

AIP : Atteinte inflammatoire pelvienne

ASPC : Agence de santé publique du Canada

CITSS : Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang

HARSAH : Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IPPAP : Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires

ITS : Infection transmissible sexuellement

ITSS : Infection transmissible sexuellement et par le sang

IVG : Interruption volontaire de grossesse

*LDC-ITS : Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2006*

LGV : Lymphogranulomatose vénérienne

MADO : Maladie à déclaration obligatoire

MTS : Maladie transmissible sexuellement

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

PIQ : Protocole d'immunisation du Québec

PNSP : Programme national de santé publique 2003-2012

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

TAAN : Technique d'amplification des acides nucléiques

UDI : Utilisateur de drogues par injection

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VHA : Virus de l'hépatite A

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VHS : Virus de l'herpès simplex

VPH : Virus du papillome humain

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>1</b>
1.1	Aspects légaux et orientations ministérielles	2
1.2	Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang	2
1.3	Épidémiologie des ITSS au Québec	3
<b>2</b>	<b>Programmes, protocoles et guides québécois portant sur les ITSS et ayant préséance sur les <i>Lignes directrices canadiennes sur les ITS, édition 2006</i></b>	<b>7</b>
2.1	Soins primaires	7
2.2	Infections spécifiques	9
2.2.1	Infection gonococcique	9
2.2.2	Infection par le VIH	9
2.2.3	Lymphogranulomatose vénérienne	9
2.3	Populations spécifiques et situations particulières	10
2.3.1	Prophylaxie postexposition	10
2.3.2	Victimes d'agression sexuelle	10
<b>3</b>	<b>Prévention et prise en charge des ITSS au Québec</b>	<b>11</b>
3.1	Soins primaires	11
3.1.1	Indications de dépistage des ITSS selon les facteurs de risque décelés	11
3.1.2	Durée de la contagiosité : conseils aux personnes atteintes	14
3.1.3	Intervention préventive auprès des partenaires	14
3.1.4	Immunisation contre le virus du papillome humain	15
3.2	Infections spécifiques	16
3.2.1	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	16
3.2.2	Infection gonococcique	17
3.2.3	Syphilis	18
3.2.4	Herpès génital	19
3.3	Syndromes spécifiques	20
3.3.1	Pertes vaginales	20

3.4	Populations spécifiques et situations particulières.....	21
3.4.1	Grossesse .....	21
3.4.2	Interruption volontaire de grossesse.....	21
3.4.3	Agression et abus sexuels .....	22
<b>4</b>	<b>Documentation disponible .....</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>27</b>

# 1 INTRODUCTION

Une version révisée des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (LDC-ITS)*<sup>1</sup> et un document contenant les recommandations pour le traitement, la notification aux partenaires et le suivi des infections transmissibles sexuellement (ITS) sans complication (*L'essentiel*)<sup>2</sup> ont été publiés en 2006 et en 2007. Ces lignes directrices, rédigées par le Groupe de travail d'experts pour les *LDC-ITS* sous la coordination de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), sont un outil précieux pour les cliniciens en matière de prévention et de prise en charge des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès de diverses populations.

Quoique les recommandations contenues dans les *LDC-ITS* soient à la fine pointe des plus récentes connaissances scientifiques en matière de prévention et de prise en charge des ITSS, il s'avère que le contexte québécois présente certaines particularités. Ces particularités ont une influence sur la pratique et doivent être portées à l'attention des cliniciens québécois.

Ce document est le complément québécois aux *LDC-ITS*. Les professionnels de la santé y trouveront les éléments que le Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a jugé pertinent de transmettre aux médecins et aux infirmières du Québec. Le premier chapitre aborde les aspects légaux et orientations ministérielles, le rôle du CITSS dans la révision des *LDC-ITS* et l'épidémiologie des ITSS au Québec. Le deuxième chapitre regroupe les programmes, protocoles et guides portant sur les ITSS qui constituent les documents de référence pour tous les professionnels de la santé pratiquant au Québec.

Les programmes, protocoles et guides québécois portant sur les ITSS définissent les normes de bonne pratique qui doivent être appliquées au Québec dans leur domaine respectif et, pour les aspects propres à leur domaine, ont préséance sur les *LDC-ITS*.

Le troisième chapitre contient des précisions à apporter aux *LDC-ITS* pour la prévention et la prise en charge de certains aspects précis des ITSS au Québec. Les soins primaires, certaines infections, des syndromes, des situations particulières et des populations spécifiques font l'objet de recommandations. Finalement, différentes sources québécoises de référence dans le domaine des ITSS sont présentées.

Lorsque les recommandations québécoises diffèrent des recommandations contenues dans les *LDC-ITS* ou dans *L'essentiel*, nous indiquons les pages correspondantes des *LDC-ITS* ou de *L'essentiel*, accompagnées des modifications proposées par le CITSS.

## 1.1 ASPECTS LÉGAUX ET ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

En matière d'ITSS, la Loi sur la santé publique (décembre 2001), le *Programme national de santé publique* (PNSP)<sup>3</sup> qui en découle et la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (juin 2002) encadrent la mise en œuvre de la lutte contre les ITSS.

Document complémentaire au PNSP, la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : orientations 2003-2009*<sup>4</sup> recommande la mise en œuvre de diverses activités pour, par exemple, accroître le dépistage ciblé, favoriser le traitement des infections, rendre accessibles les services de première ligne aux groupes vulnérables et encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. Parmi les activités proposées, soulignons :

- l'implantation de services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE) ciblant les clientèles vulnérables là où elles se trouvent;
- la promotion des lignes directrices relatives aux ITS auprès des médecins et infirmières pour favoriser les pratiques cliniques préventives;
- le maintien du *Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS)*;
- l'implantation du *Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires* (IPPAP).

L'adoption de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (juin 2002) a introduit des changements importants dans l'exercice de la pratique infirmière. En effet, des actes précédemment réservés aux médecins peuvent maintenant être réalisés également par des infirmières tels que les prélèvements à des fins de dépistage des ITSS dans le cadre d'une activité découlant de la Loi sur la santé publique et ce, sans ordonnance médicale<sup>5</sup>.

## 1.2 COMITÉ SUR LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

En 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'INSPQ de mettre en place un comité d'experts en ITSS. Ce groupe, le CITSS, est un comité permanent composé de membres ayant une expertise reconnue en première ligne, en médecine spécialisée, en laboratoire, en santé publique et dans le domaine communautaire.

Le CITSS a débuté ses travaux en examinant la nouvelle édition des *LDC-ITS* à la lumière du contexte, de la pratique et de l'épidémiologie des ITSS au Québec ainsi que des programmes, protocoles, guides de pratique et avis nationaux. La publication du *Complément québécois aux LDC-ITS* découle de cet exercice.

### 1.3 ÉPIDÉMIOLOGIE DES ITSS AU QUÉBEC

Une publication récente du MSSS<sup>6</sup> dresse un portrait épidémiologique des ITSS au Québec assez révélateur. Certaines infections ont fait un retour en force alors qu'elles avaient reculé ces dernières années tandis qu'émergent de nouveaux phénomènes tels que l'augmentation du nombre de souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux fluoroquinolones. Si cette situation est aussi observée dans les autres provinces canadiennes et dans la plupart des pays développés, elle présente au Québec certaines particularités dont nous devons tenir compte.

La principale source de données du *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2005 (et projections 2006)*<sup>6</sup> est le registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Ce registre nous renseigne quant au nombre minimal d'ITSS contractées annuellement au Québec. Les taux d'incidence observés sont une sous-estimation des taux réels puisque ce système passif de surveillance souffre de sous-déclaration et qu'une certaine proportion des infections contractées, parfois asymptomatiques, ne sont pas détectées ou pas déclarées. Si on suppose que cette sous-estimation est constante d'une année à l'autre, le système MADO permet toutefois de suivre l'évolution de la situation.

Le taux d'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* a plus que doublé depuis 1997 bien qu'il soit resté relativement stable ces deux dernières années. Chez les hommes, le taux est ainsi passé de 45,3 par 100 000 en 1997, à 99,5 par 100 000 en 2006 (augmentation de 120 %). Chez les femmes, le taux est passé de 88,5 à 230,3 par 100 000 durant la même période (augmentation de 160 %).

Du côté de l'infection gonococcique, on est passé d'un nadir de 6,6 cas déclarés par 100 000 en 1996 à un taux de 16,3 par 100 000 en 2006 (augmentation de 147 %). Cette augmentation s'est accompagnée d'une rapide émergence en 2004 de la résistance aux quinolones qu'a permis de détecter le programme de *Surveillance des souches de N. gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec* en place au Laboratoire de santé publique du Québec. Alors que la proportion des souches résistantes à la ciprofloxacine demeurait sous les 3 % en 2003, cette proportion était de 28 % pour les huit premiers mois de 2006 (226/822)<sup>7</sup>.

On doit souligner ici que les populations touchées par l'infection gonococcique sont différentes de celles qui présentent des infections à *C. trachomatis*. Ce sont majoritairement des hommes qui sont touchés par l'infection gonococcique (81 %, soit 729 des 900 cas déclarés en 2005, contre 30 %, soit 3 739 des 12 656 cas d'infection génitale à *C. trachomatis* déclarés en 2005). Autre différence remarquable, 65 % des cas déclarés d'infection génitale à *C. trachomatis* touchent les 15 à 24 ans alors qu'ils ne représentent que 35 % des cas déclarés d'infection gonococcique.

Le registre MADO a aussi permis d'observer une épidémie de syphilis infectieuse qui s'est déclarée à la fin de 2000. Cette épidémie est concentrée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). On est ainsi passé d'un nadir de deux cas masculins déclarés en 1998 (auxquels s'ajoutait un cas féminin) à 342 cas déclarés en 2006 (auxquels s'ajoutent 7 cas féminins) pour un taux d'incidence, chez les hommes, de 9,1 par 100 000.

On a aussi observé l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) en 2005. Alors que seulement deux cas avaient été déclarés entre 1992 et 2004, 21 et 47 l'ont été respectivement en 2005 et en 2006. Pour le moment, la LGV ne touche que les HARSAH dont plusieurs sont co-infectés par la syphilis (44 %) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (59 %).

L'incidence de l'hépatite B aiguë est en diminution depuis les années 1990. L'instauration d'un programme de vaccination universelle en 1994 a contribué à faire diminuer le taux d'incidence de 6,5 à 0,6 cas par 100 000 personnes entre 1990 et 2005 et la tendance semble se maintenir. Les hommes sont plus touchés que les femmes, mais il ne semble pas y avoir de différence entre les groupes d'âge. Des cas d'hépatite B chronique sont aussi recensés. En 2005, il y a eu 500 cas d'hépatite B chronique et 523 cas dont le stade clinique n'était pas précisé.

Les données MADO concernant l'hépatite C sont plus difficiles à interpréter. Les cas ne sont déclarés par les laboratoires que depuis 2002 et sont rarement caractérisés à savoir s'il s'agit de cas aigus ou chroniques. En 2006, 2 300 cas ont été déclarés. Les données provenant de l'enquête SurvUDI réalisée auprès des utilisateurs de drogues par injection (UDI) indiquent une prévalence de 64 % ce qui atteste d'un problème particulièrement aigu parmi cette sous-population<sup>8</sup>.

L'ASPC a estimé que le nombre de cas d'infection par le VIH au Québec en 2005 se situe entre 13 300 et 19 600 cas. Les HARSAH demeurent les plus touchés avec 53 % des cas. Ils sont suivis par les UDI avec 15 % des cas. Les hétérosexuels en provenance d'un pays où l'infection est endémique constituent également 15 % des cas. Ils sont suivis de près par les hétérosexuels non originaires d'un pays endémique (12 % des cas).

Selon cette même source, les femmes déjà infectées ou nouvellement infectées ne sont pas à négliger car elles comptent pour 19 % des cas.

D'autre part, le système québécois de surveillance des infections par le VIH nous indique qu'en 2005, respectivement 56,2 % et 15,8 % des nouveaux diagnostics déclarés l'ont été chez des HARSAH et chez des personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Viennent ensuite les UDI avec 13,5 % des nouveaux diagnostics déclarés.

Les sites Internet du MSSS ([www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)) et de l'INSPQ ([www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)) donnent accès à des documents présentant une mise à jour des données épidémiologiques, des statistiques et des rapports de surveillance.



## 2 PROGRAMMES, PROTOCOLES ET GUIDES QUÉBÉCOIS PORTANT SUR LES ITSS ET AYANT PRÉSENCE SUR LES LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES SUR LES ITS, ÉDITION 2006

Les *LDC-ITS* constituent une excellente source de référence. Toutefois, pour certains aspects spécifiques de la pratique, les cliniciens qui exercent au Québec doivent d'abord se référer aux documents élaborés par le MSSS, l'INSPQ et leurs partenaires. Ces organismes ont produit de nombreux guides, protocoles, avis et programmes portant sur la prévention et la prise en charge des ITSS et sur les populations spécifiques touchées par ces problématiques. Ces documents sont adaptés aux pratiques québécoises et tiennent compte de l'expertise développée, des traitements et des tests de laboratoire disponibles au Québec. Ils reflètent le contexte légal, l'organisation des services, l'épidémiologie québécoise et définissent les normes de bonne pratique qui doivent être appliquées au Québec dans leur domaine respectif.

Pour les aspects propres à leur domaine, les programmes, protocoles, guides et avis québécois portant sur les ITSS ont présence sur les *LDC-ITS*.

Une liste plus élaborée des publications québécoises en lien avec les ITSS se trouve à la fin de ce document. Ces productions sont disponibles sur les sites Internet du MSSS ([www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)) et de l'INSPQ ([www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)).

### 2.1 SOINS PRIMAIRES

Le *Guide québécois de dépistage - Infections transmissibles sexuellement et par le sang*<sup>5</sup> publié en 2006, constitue l'ouvrage de référence pour tous les professionnels de la santé qui sont appelés à intervenir dans le domaine du dépistage des ITSS au Québec, quel que soit leur lieu de pratique. Il définit les normes de bonne pratique en ce domaine. Il précise également les rôles et responsabilités des médecins et des infirmières, dans un contexte d'interdisciplinarité. Le clinicien y trouvera, entre autres, des renseignements détaillés sur le contenu recommandé du counseling pré et post-test.

Le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ)<sup>9</sup> regroupe les recommandations en matière d'immunisation et permet d'orienter et d'encadrer la pratique des professionnels de la santé. Pour les activités visant la prévention et la prise en charge des ITSS, ils y trouveront tous les renseignements nécessaires à propos de la vaccination contre le virus de l'hépatite A (VHA), le virus de l'hépatite B

(VHB) et le virus du papillome humain (VPH). Les indications de vaccination, les situations pour lesquelles une sérologie pré ou post vaccination est indiquée ainsi que les algorithmes précisant la conduite à suivre en présence d'une exposition accidentelle percutanée, muqueuse ou cutanée sont présentés. La place des immunoglobulines en pré ou en post-exposition y est également précisée.

**[LDC-ITS p. 175-179, 292, 304, et L'essentiel p. 33, 48]**

Le *Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP)*<sup>10</sup>, déjà implanté dans la majorité des régions du Québec, porte sur les ITS à déclaration obligatoire. Ce programme a pour objectif de briser la chaîne de transmission des ITS en favorisant la réalisation d'une intervention préventive auprès du cas-index et auprès de ses partenaires afin que ceux-ci soient informés de leur exposition à une infection et qu'ils puissent prendre les mesures nécessaires pour se faire dépister et traiter. Le *Programme québécois IPPAP*<sup>10</sup> précise les ITS à déclaration obligatoire reconnues prioritaires pour l'intervention par un professionnel de la santé publique. Mentionnons que, sur demande du clinicien, l'intervention préventive peut également être réalisée auprès d'une personne qui a contracté le VIH. L'*Aide-mémoire à l'intention des professionnels de la santé*<sup>11</sup> regroupe tous les renseignements nécessaires pour favoriser le succès des différents volets de l'intervention préventive.

Le *Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS)*\* assure aux personnes chez qui une infection a été diagnostiquée et à leurs contacts l'accès gratuit à la médication prescrite. Les ITS bactériennes à déclaration obligatoire (infection à *C. trachomatis*, infection gonococcique, syphilis, LGV, granulome inguinal et chancre mou) et les syndromes cliniques associés aux ITS, même s'ils ne constituent pas des maladies à déclaration obligatoire, (atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), cervicite, urétrite, épидидymite, rectite et proctite) sont couverts par le programme.

\* Pour plus de précisions, consultez la « Liste des médicaments » publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), section « Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS) » sur le site Internet de la RAMQ : [http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/lois/liste\\_med\\_etab.shtml](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/lois/liste_med_etab.shtml)

## 2.2 INFECTIONS SPÉCIFIQUES

### 2.2.1 Infection gonococcique

L'Avis du groupe de travail pour le contrôle de l'infection gonococcique : *Augmentation du nombre de souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux fluoroquinolones au Québec*<sup>7</sup> été produit en 2007, à la demande du MSSS et de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses. On y trouve des recommandations portant sur la surveillance, la détection, le traitement de l'infection gonococcique de même que sur l'intervention préventive à réaliser auprès des personnes atteintes et auprès de leurs partenaires.

### 2.2.2 Infection par le VIH

De nombreux guides portant sur l'utilisation, l'interprétation des tests et divers aspects du traitement des personnes infectées par le VIH ont été produits par le Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH

**[LDC-ITS p. 44, 201-228] :**

- *Thérapie antirétrovirale pour les adultes infectés par le VIH : guide pour les professionnels de la santé du Québec*<sup>12</sup> (nouvelle version à paraître en 2007).
- *L'adhésion aux traitements antirétroviraux : guide pour les professionnels de la santé*<sup>13</sup>.
- *Utilisation médicale et interprétation des résultats des tests de résistance du VIH aux antirétroviraux : guide pour les professionnels de la santé du Québec*<sup>14</sup>.
- *Le point sur l'interruption de traitement : guide pour les professionnels de la santé*<sup>15</sup>.
- *Prévention des infections opportunistes chez les adultes infectés par le VIH : guide pour les professionnels de la santé du Québec*<sup>16</sup>.
- *Le syndrome de la lipodystrophie : guide pour les professionnels de la santé*<sup>17</sup>.
- *La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC) : guide pour les professionnels de la santé du Québec*<sup>18</sup>.

### 2.2.3 Lymphogranulomatose vénérienne

L'*Énoncé provisoire sur le diagnostic et le traitement de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec*<sup>19</sup> a été diffusé en 2005 : l'apparition de plusieurs cas de LGV au Québec a incité le MSSS à préparer une version québécoise de l'*Énoncé provisoire sur le diagnostic et le traitement de la lymphogranulomatose vénérienne* produit par l'ASPC. On y précise, entre autres, les modalités d'accès aux analyses de laboratoires pour le diagnostic de la LGV au Québec.

**[LDC-ITS p. 121-124, 251-260 et L'essentiel p. 21-22, 35, 52]**

## 2.3 POPULATIONS SPÉCIFIQUES ET SITUATIONS PARTICULIÈRES

### 2.3.1 Prophylaxie postexposition

Le *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) aux personnes exposées à des liquides biologiques dans le contexte du travail*<sup>20</sup> a été révisé, à la demande du MSSS, par un groupe de travail et les nouvelles recommandations sur la prise en charge des personnes exposées accidentellement à du sang et à d'autres liquides biologiques ont été publiées en 2006.

**[LDC-ITS p. 175-179 et L'essentiel p. 33, 48]**

Le document *Prise en charge des personnes exposées au VIH à la suite de pratiques sexuelles à risque ou du partage de matériel d'injection*<sup>21</sup>, publié en 1999, fait actuellement l'objet d'une révision et les nouvelles recommandations seront publiées au cours de l'année 2007.

**[LDC-ITS p. 175-179, 291-293, 303-305 et L'essentiel p. 33, 48]**

### 2.3.2 Victimes d'agression sexuelle

Le *Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle*<sup>22</sup> est la source de référence adaptée à la pratique québécoise. En effet, l'évaluation de l'état des victimes d'agression sexuelle nécessite le plus souvent une expertise particulière, tant pour les aspects psychosociaux que pour les aspects médico-légaux de l'intervention. Au Québec, ces personnes doivent être orientées vers le centre désigné pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle de leur région.

**[LDC-ITS p. 281-308]**

# 3 PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES ITSS AU QUÉBEC

## 3.1 SOINS PRIMAIRES

### 3.1.1 Indications de dépistage des ITSS selon les facteurs de risque décelés

Le *Guide québécois de dépistage - Infections transmissibles sexuellement et par le sang*<sup>5</sup> propose un tableau qui présente les indications de dépistage des ITSS selon les facteurs de risque décelés. Le CITSS a effectué une mise à jour de ce tableau. Les indications de dépistage sont basées sur les *LDC-ITS*, qui ont été adaptées au contexte épidémiologique québécois [*L'essentiel* p. 6, 10]. Ce tableau est présenté comme guide pour l'intervention. Le professionnel doit d'abord procéder à l'évaluation sommaire des antécédents et des comportements à risque du patient (voir les énoncés proposés à cette fin : [*LDC-ITS* p. 13-14]). Si l'évaluation sommaire met en évidence la nécessité d'évaluer de façon plus détaillée le niveau de risque du patient, une évaluation précise du risque permettra d'orienter le choix des analyses de dépistage. Le professionnel doit exercer son jugement dans chacun des cas et adapter son intervention à la personne qui est devant lui.

La fréquence selon laquelle il convient de procéder à des analyses de dépistage chez une personne à risque doit également être déterminée selon le jugement clinique du professionnel.

Lorsque des facteurs de risque sont présents de manière continue, certains experts recommandent un dépistage tous les six mois. Il faut savoir que la présence de facteurs de risque est rarement ponctuelle, mais qu'elle reflète plutôt certaines habitudes de vie.

Des interventions de dépistage pourront être plus fréquentes lorsque l'évaluation du risque permet de déceler l'une des caractéristiques suivantes [*LDC-ITS* p. 32, 363, 380] :

- personne atteinte d'ITSS à répétition;
- personne ayant des partenaires sexuels multiples.

L'utilisation adéquate d'une méthode barrière à chaque relation sexuelle, pour tous les types de pratiques sexuelles (orales, anales et vaginales), constitue une méthode efficace, mais non absolue, de prévention de la transmission sexuelle des ITS présentées au tableau qui suit. Il demeure donc nécessaire de faire des tests de dépistage pour ces infections.

Tableau 1

**ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décélés (à titre indicatif)**

FACTEURS DE RISQUE	RÉFÉRENCES AUX LDC-ITS ET À L'ESSENTIEL	ITSS À RECHERCHER ou À ENVISAGER					
		Infection à <i>Chlamydia</i> <i>trachomatis</i>	Infection gonococcique	Syphilis	Infection par le VIH	Hépatite B <sup>1</sup>	Hépatite C
<p>✓ : Dépistage recommandé (✓) : Dépistage à envisager selon l'évaluation des risques</p> <p><i>La personne qui a eu des relations sexuelles non protégées avec une personne appartenant à l'un ou l'autre des groupes 2 à 7 ou au groupe 11 devrait se soumettre aux mêmes analyses que si elle faisait partie de ce groupe. Cela ne s'applique généralement pas pour l'hépatite C, dont la transmission sexuelle est faible.</i></p>							
<b>Critères sociodémographiques et facteurs liés aux comportements sexuels</b>							
1. Personne de moins de 25 ans sexuellement active sans autre facteur de risque	LDC-ITS p. 10-11, 141	✓					
2. Personne ayant eu plus de deux partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ou plus de cinq partenaires au cours de la dernière année ou un partenaire anonyme au cours de la dernière année	LDC-ITS p. 12, 157, 173, 210, 263, 373	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. Personne ayant eu une relation sexuelle avec un partenaire originaire d'une région où les ITS ou le VIH sont endémiques	LDC-ITS p. 10-12, 157, 173-174, 201, 263, 372-373	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. Personne originaire d'une région où le VIH est endémique	LDC-ITS p. 11-12, 173-174, 201, 372-373	✓			✓	✓	✓
5. Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	LDC-ITS p. 10-11, 157, 173, 201, 263, 361, 372	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6. Travailleur ou travailleuse du sexe	LDC-ITS p. 10, 141, 157, 263, 378	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7. Jeune de la rue	LDC-ITS p. 141, 157, 263	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Antécédents médicaux</b>							
8. ITSS antérieure							
a. Personne ayant contracté une infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> , répéter le dépistage six mois plus tard	LDC-ITS p. 141, 148-149, 263 et L'essentiel p. 44	✓					
b. Personne ayant contracté une infection gonococcique, répéter le dépistage six mois plus tard	LDC-ITS p. 169 et L'essentiel p. 43	✓	✓				
c. Personne ayant contracté une ITSS autre qu'une infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> au cours de la dernière année	LDC-ITS p. 141, 157, 168, 174, 210, 263, 372	✓	✓	✓	✓	✓	(✓) <sup>2</sup>



### 3.1.2 Durée de la contagiosité : conseils aux personnes atteintes

En plus des recommandations générales à faire aux personnes chez qui une infection est diagnostiquée (symptômes à surveiller, fidélité au traitement, possibilité de réinfection, visite de suivi), il nous apparaît important de souligner que, pour l'infection à *C. trachomatis* et l'infection gonococcique et pour tous les syndromes causés par une ITS, le patient ET ses partenaires doivent s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à la fin du traitement ou sept jours après un traitement à dose unique ET jusqu'à ce que le patient et ses partenaires n'aient plus de symptômes.

**[LDC-ITS p. 26, 62, 72, 96, 116, 129, 142, 157]**

Pour la syphilis et la LGV, la fin de la contagiosité peut être confirmée à la disparition des signes et des symptômes ET en présence d'une réponse sérologique adéquate (syphilis) ou d'un test de contrôle négatif (LGV).

**[LDC-ITS p. 258, 274-275 et L'essentiel p. 44, 47]**

Pour le chancre mou et le granulome inguinal, il est recommandé de consulter un collègue expérimenté. **[LDC-ITS p. 124, 140 et L'essentiel p. 42-43]**

### 3.1.3 Intervention préventive auprès des partenaires

L'intervention préventive auprès des partenaires, appelée notification aux partenaires dans les LDC-ITS **[LDC-ITS p. 26-31 et L'essentiel p. 40-41]** doit être réalisée lorsque :

- une infection est diagnostiquée : infection génitale à *C. trachomatis*, infection gonococcique, infection vaginale à *Trichomonas vaginalis*, syphilis, LGV, chancre mou, granulome inguinal, infection au VIH **[LDC-ITS p. 26-31, 96, 124, 139, 149, 169, 219, 258, 273 et L'essentiel p. 53-54]**;
- un syndrome est diagnostiqué :
  - AIP **[LDC-ITS p. 68]**;
  - cervicite mucopurulente **[L'essentiel p. 55]**;
  - rectite **[LDC-ITS p. 82]**;
  - urétrite **[LDC-ITS p. 131 et L'essentiel p. 49-50]**;
  - prostatite (si la cause probable est une ITS) **[LDC-ITS p. 106, 112]**;
  - épididymite (si la cause probable est une ITS) **[LDC-ITS p. 74-75]**;
  - ulcération génitale (si la cause probable est une ITS bactérienne) **[LDC-ITS p. 124 et L'essentiel p.51-52]**.

Le clinicien peut contacter la direction de santé publique de son territoire pour obtenir l'aide d'un professionnel de la santé publique pour réaliser l'intervention préventive, surtout dans les cas considérés comme prioritaires<sup>10</sup>. Il peut également consulter l'aide-mémoire : *Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires : pour briser la chaîne de transmission, traiter les partenaires : aide-mémoire à l'intention des professionnels de la santé*<sup>11</sup>.

Dans le cadre de l'intervention préventive auprès des partenaires<sup>10</sup> en plus du counseling général, il faut :

- Administrer aux partenaires un traitement épidémiologique contre l'infection détectée ou soupçonnée chez le cas index atteint d'une infection génitale à *C. trachomatis*, d'une infection gonococcique, d'une infection vaginale à *T. vaginalis*, d'une LGV ou du chancre mou [LDC-ITS p. 96, 139, 149, 169 et L'essentiel p. 10, 51-55];
  - lorsqu'une AIP est diagnostiquée, les partenaires doivent recevoir un traitement épidémiologique contre l'infection gonococcique non compliquée et contre l'infection à *C. trachomatis* non compliquée, peu importe l'étiologie de l'AIP ou les pathogènes isolés chez la femme [LDC-ITS p. 68];
  - lorsqu'une épididymite dont la cause probable est une ITS est diagnostiquée, les partenaires doivent recevoir un traitement épidémiologique contre l'infection gonococcique non compliquée et contre l'infection à *C. trachomatis* non compliquée, peu importe l'étiologie de l'épididymite ou les pathogènes isolés chez l'homme [LDC-ITS p. 74-75];
  - lorsqu'une uréthrite est diagnostiquée, les partenaires doivent recevoir le même traitement que celui administré au cas-index [LDC-ITS p. 131 et L'essentiel p.49-50];
  - lorsqu'une syphilis primaire, secondaire, latente précoce ou latente tardive (titre du test non-tréponémique élevé, i.e. 1:32 ou plus) est diagnostiquée, les partenaires sexuels exposés dans les 90 jours avant le diagnostic chez la personne infectée (cas-index) doivent recevoir un traitement épidémiologique. Les partenaires sexuels exposés plus de 90 jours avant le diagnostic chez la personne infectée (cas-index) doivent recevoir un traitement épidémiologique lorsque les résultats des tests des partenaires ne seront pas disponibles à très brève échéance et/ou que la probabilité de revoir le partenaire est faible. Les autres partenaires sexuels doivent être retracés, soumis à des tests de dépistage et traités selon les résultats des tests [LDC-ITS p. 273].
- Effectuer un examen médical;
- Effectuer des tests de dépistage des ITSS;
- Offrir la vaccination contre les VHA et VHB selon les indications du PIQ;
- Recommander la vaccination contre le VPH selon les indications du PIQ.

### 3.1.4 Immunisation contre le virus du papillome humain

Un vaccin quadrivalent<sup>23</sup> est disponible. Voir la déclaration du Comité consultatif national de l'immunisation<sup>24</sup> et le chapitre correspondant dans le PIQ<sup>9</sup>.

## 3.2 INFECTIONS SPÉCIFIQUES

### 3.2.1 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*

#### A. Détection

L'intervalle minimal entre l'exposition et le prélèvement pour que l'infection à *C. trachomatis* puisse être détectée n'est pas connu. Les techniques d'amplification des acides nucléiques (TAAN) nécessitent un très petit nombre de corps élémentaires et un prélèvement fait immédiatement après l'exposition pourrait permettre de détecter les bactéries transmises pendant le contact sexuel.

Toutefois, en l'absence de données probantes, un délai minimal de 48 heures est recommandé dans les cas où il est peu probable que la personne se présente de nouveau au moment où le délai serait optimal, soit environ 14 jours après le contact infectant. En présence d'un résultat négatif, lorsque le prélèvement a été fait moins de 14 jours après le contact infectant, un nouveau prélèvement devrait être effectué si l'exposition était significative et si la personne n'a pas reçu un traitement empirique.

**[LDC-ITS p. 143, 287-288, 301]**

La majorité des TAAN actuellement utilisées au Québec n'ont été validées que pour les prélèvements urinaires, urétraux ou cervicaux. Le laboratoire de microbiologie doit être consulté pour discuter du type d'échantillon à prélever et des conditions de transport à respecter lorsqu'on suspecte une infection à un site autre qu'urétral ou cervical. Par exemple, dans un contexte de rectite possiblement secondaire à une LGV, un écouvillonnage rectal doit être fait et acheminé au laboratoire pour TAAN, en précisant clairement sur la requête qu'il y a possibilité d'une LGV.

**[LDC-ITS p. 41, 121, 256]**

La majorité des laboratoires bio-médicaux du Québec utilisent la trousse Amplicor® de Roche pour la détection de *C. trachomatis*. Or, une souche de *C. trachomatis* indétectable par cette technique a récemment émergé en Suède. Même si cette souche n'a pas encore été détectée en Amérique du Nord, il est recommandé de communiquer avec votre laboratoire de microbiologie en présence d'un résultat négatif chez une personne chez qui la probabilité d'être infectée est très grande.

#### B. Traitement

L'azithromycine, 1 g p.o. en dose unique, est le médicament à privilégier pour le traitement des infections simples à *C. trachomatis* telles la cervicite, l'urétrite, la rectite, la conjonctivite chez l'adulte ainsi que pour la prophylaxie en cas d'agression sexuelle **[LDC-ITS p. 81, 130, 146-148, 303, 334 et L'essentiel p. 28, 30, 49-50, 55]**. Cette affirmation est valable pour les adolescents et les adultes y compris les femmes enceintes ou qui allaitent.

### 3.2.2 Infection gonococcique

#### A. Détection

Les cultures effectuées sur des échantillons prélevés moins de 48 heures après l'exposition peuvent être négatives, même si la personne a effectivement contracté l'infection. Dans le contexte d'un dépistage, le délai idéal pour un prélèvement en vue d'une culture se situerait à sept jours après le contact infectant. Les TAAN nécessitent un très petit nombre de bactéries et un prélèvement fait immédiatement après l'exposition pourrait permettre de détecter les bactéries transmises pendant le contact sexuel. Toutefois, en l'absence de données probantes, un délai minimal de 48 heures est recommandé dans les cas où il est peu probable que la personne se présente de nouveau au moment où le délai serait optimal, soit environ 7 jours après le contact infectant. En présence d'un résultat négatif, lorsque le prélèvement a été fait moins de 7 jours après le contact infectant, un nouveau prélèvement devrait être effectué si l'exposition était significative et si la personne n'a pas reçu un traitement empirique.

**[LDC-ITS p. 159, 287-288, 300]**

La culture est la méthode de détection à privilégier<sup>7</sup> en particulier pour **[LDC-ITS p. 42, 64, 80, 129, 159-163, 169 et L'essentiel p. 10, 13, 23, 49]** :

- les femmes;
- les hommes symptomatiques;
- un prélèvement pharyngé ou rectal;
- la vérification de l'efficacité d'un traitement.

L'analyse par TAAN d'un prélèvement urinaire, lorsque disponible, est la méthode de détection préconisée chez un homme à risque ne présentant pas de symptômes.

#### B. Traitement

Environ le tiers des infections gonococciques déclarées au Québec sont causées par des souches de *N. gonorrhoeae* résistantes aux fluoroquinolones. Ce taux de résistance justifie la recommandation de ne plus utiliser les fluoroquinolones pour le traitement empirique des infections gonococciques ou des syndromes cliniques pouvant être causés par *N. gonorrhoeae* tels l'AIP, l'épididymite, la rectite, l'urétrite et la cervicite. **[LDC-ITS p. 65-67, 74, 81, 130, 133, 165 et L'essentiel p. 12, 14-15, 23-24, 27-28, 31-32, 49-50, 55]**

L'utilisation des fluoroquinolones peut être envisagée uniquement lorsqu'une culture a démontré que l'isolat de *N. gonorrhoeae* est sensible à cette classe d'antibiotique.

Les traitements privilégiés sont :

- pour l'infection cervicale, urétrale et rectale : cefixime 400 mg p.o. en dose unique en n'oubliant pas d'ajouter un traitement couvrant *C. trachomatis*\* [LDC-ITS p. 65, 130, 133, 165];
- pour l'infection pharyngée : ceftriaxone 125 mg intramusculaire en dose unique en n'oubliant pas d'ajouter un traitement couvrant *C. trachomatis*\* [LDC-ITS p. 165];
- pour le traitement ambulatoire de l'AIP : ceftriaxone 250 mg intramusculaire en dose unique avec doxycycline 100 mg p.o. BID pour 14 jours [LDC-ITS p. 65-67];
- pour le traitement parentéral de l'AIP : cefoxitin 2g intraveineux aux 6 heures jusqu'à 24 heures après l'amélioration clinique et doxycycline 100 mg p.o. BID pour un total de 14 jours [LDC-ITS p. 65-67];
- pour l'épididymite (si la cause probable est une ITS) : ceftriaxone 250 mg intramusculaire en dose unique avec doxycycline 100 mg p.o. BID pour 10 à 14 jours [LDC-ITS p. 74-75].

Pour le traitement de l'AIP, une autre céphalosporine de troisième génération intraveineuse peut être utilisée au lieu de la cefoxitine selon la disponibilité locale. La combinaison ampicilline/sulbactam est disponible par le *Programme d'accès spécial aux médicaments de Santé Canada*\*\* . La combinaison piperacilline/tazobactam peut être utilisée en remplacement de l'ampicilline/sulbactam.

[LDC-ITS p. 66-67]

### 3.2.3 Syphilis

#### A. Détection

Des recommandations sur l'utilisation des épreuves de détection de la syphilis et sur l'interprétation de leurs résultats seront émises à la suite des travaux d'un sous-comité du CITSS.

[LDC-ITS p. 43-44, 121, 264-268 et *L'essentiel* p. 21-22, 51]

\* Le traitement doit être accompagné d'un traitement empirique contre les infections non gonococciques, à moins que les résultats du test pour la recherche de *C. trachomatis* soient disponibles et négatifs.

\*\* Pour accéder aux informations concernant le *Programme d'accès spécial aux médicaments*, visitez le site [http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/index_f.html)

### 3.2.4 Herpès génital

#### A. Détection

La méthode recommandée pour obtenir un prélèvement pour la recherche du virus de l'herpès simplex (VHS) à partir d'une lésion (vésicules, pustules ou ulcères suintants) est la suivante : presser une tige montée, en tissu synthétique et non en coton, perpendiculairement au plan de la peau ou de la muqueuse, avec un mouvement de torsion pour à la fois briser les vésicules ou pustules et absorber au même moment le liquide contenu dans la lésion. On peut faire le même type de prélèvement sur un ulcère suintant.

Un document québécois est en préparation pour préciser les indications afin de procéder à des tests d'identification virale et à une sérologie spécifique pour le VHS.

**[LDC-ITS p. 43, 120, 188-189 et L'essentiel p. 21-22, 51]**

#### B. Traitement

Le traitement topique avec l'acyclovir est très peu efficace dans l'infection primaire et a été démontré non efficace dans les récurrences.

**[LDC-ITS p. 189-190 et L'essentiel p. 33]**

Pour le traitement des épisodes récurrents, outre les traitements recommandés dans les LDC-ITS **[LDC-ITS p. 190 et L'essentiel p. 33]**, l'utilisation de deux doses de famciclovir, 1 g p.o. aux 12 heures, a également été prouvée efficace.

Pour le traitement suppressif des personnes co-infectées par le VIH

**[LDC-ITS p. 191 et L'essentiel p. 34, 51-52]**, il est recommandé d'administrer<sup>25</sup> :

- Acyclovir 400 à 800 mg p.o. deux à trois fois par jour
- Ou
- Famciclovir 500 mg p.o. BID
- Ou
- Valacyclovir 500 mg p.o. BID

## 3.3 SYNDROMES SPÉCIFIQUES

### 3.3.1 Pertes vaginales

#### A. Détection

Prise en charge syndromique des pertes vaginales [LDC-ITS p. 89, Figure 1 et L'essentiel p. 53-54] :

- si la patiente présente également des douleurs abdominales ou pelviennes, ou de la fièvre, un diagnostic d'AIP devrait être soupçonné. Vous référer au chapitre sur les AIP [LDC-ITS p. 61-70];
- pour évaluer les facteurs de risque d'ITS, vous référer au tableau de la section 3.1.1 « Indications de dépistage des ITSS selon les facteurs de risque décelés ».

#### B. Traitement

Pour le traitement de la vaginose bactérienne [LDC-ITS p. 90 et L'essentiel p. 38] :

- le traitement en dose unique de métronidazole 2 g ne doit plus être utilisé à cause du risque de récurrence;
- la clindamycine orale, contrairement à la clindamycine vaginale, ne devrait pas être utilisée dans le cas de vaginose bactérienne à cause du risque de colite à *C. difficile*;
- la crème de clindamycine peut endommager les condoms de latex, les diaphragmes et les capes cervicales jusqu'à cinq jours après la dernière dose.

Pour le traitement de la trichomonose résistante au métronidazole [LDC-ITS p. 96], le tinidazole est recommandé mais n'est pas offert sur le marché au Canada. En revanche, il est disponible par l'entremise du *Programme d'accès spécial aux médicaments* de Santé Canada. Pour les cas soupçonnés de résistance au métronidazole, la consultation d'un collègue expert est recommandée.

Pour le traitement de la candidose vulvo-vaginale sans complication, les posologies d'ovules et de crèmes intravaginales à base d'azoles (p. ex. : butoconazole, clotrimazole, miconazole, terconazole) sont les mêmes que la femme soit enceinte ou non [LDC-ITS p. 92-94, 341 et L'essentiel p. 28]. Voir les posologies recommandées dans le chapitre sur les femmes enceintes [LDC-ITS p. 341]. Pour sa part, l'acide borique devrait être réservé aux cas causés par des souches de *Candida non albicans*, généralement réfractaires aux traitements par imidazole.

## 3.4 POPULATIONS SPÉCIFIQUES ET SITUATIONS PARTICULIÈRES

### 3.4.1 Grossesse

Pour l'évaluation<sup>26</sup>, l'investigation, le traitement et le suivi de la femme enceinte, il est recommandé de consulter également un collègue expérimenté en obstétrique.

[LDC-ITS p. 332-355]

### 3.4.2 Interruption volontaire de grossesse

Le guide sur l'antibioprophylaxie lors de chirurgies gynécologiques produit par le Conseil du médicament du Québec en 2005<sup>27</sup> recommande d'adapter la prise en charge à l'âge gestationnel [LDC-ITS p. 333] :

#### A. Interruption volontaire de grossesse (IVG) à risque élevé au 1<sup>er</sup> trimestre

L'antibioprophylaxie est recommandée chez les patientes avec :

- histoire de maladie pelvienne inflammatoire;
- histoire de gonorrhée;
- partenaires sexuels multiples.

Certains auteurs ont démontré un bénéfice de l'antibioprophylaxie chez toutes les patientes subissant une IVG. Il faut par contre considérer le risque de colite à *C. difficile* qui peut se développer même après une seule dose d'antibiotique.

Lorsqu'utilisée, l'antibioprophylaxie recommandée est :

- traitement de 1<sup>ère</sup> intention : Doxycycline 100 mg p.o. 60 min. avant la procédure et 200 mg p.o. 30 min. après la procédure
- traitement de 2<sup>ème</sup> intention :  
Métrónidazole 1 g p.o. avant la procédure et 500 mg p.o. q 6 h x 3 doses

#### B. IVG au 2<sup>ème</sup> trimestre

L'antibioprophylaxie est recommandée :

- traitement de 1<sup>ère</sup> intention : Céfazoline 1 g IV à l'induction
- traitement de 2<sup>ème</sup> intention :  
Métrónidazole 1 g p.o. avant la procédure et 500 mg p.o. q 6 h x 3 doses

### 3.4.3 Agression et abus sexuels

*Le Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle*<sup>22</sup> est la source de référence adaptée à la pratique québécoise et a préséance sur les chapitres correspondants contenus dans les *LDC-ITS* soit :

- abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères [*LDC-ITS* p. 281-296];
- agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes [*LDC-ITS* p. 297-308].

L'évaluation de l'état des victimes d'agression sexuelle nécessite le plus souvent une expertise particulière, tant pour les aspects psychosociaux que pour les aspects médico-légaux de l'intervention. Au Québec, ces personnes doivent être orientées vers le centre désigné pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle de leur région.

## 4 DOCUMENTATION DISPONIBLE

---

### Soins primaires

- *Guide québécois de dépistage - Infections transmissibles sexuellement et par le sang*  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-317-03.pdf>
- *Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires*  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-325-01.pdf>
- *Protocole d'immunisation du Québec*  
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/a61341010d1b912885256e82006cc1bc?OpenDocument>

### Infection gonococcique

- *Augmentation du nombre de souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux fluoroquinolones au Québec – Avis du groupe de travail pour le contrôle de l'infection gonococcique*  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-342-01.pdf>
- *Augmentation du nombre de souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux fluoroquinolones au Québec – Résumé de l'Avis du groupe de travail pour le contrôle de l'infection gonococcique*  
<http://www.msss.gouv.qc.ca/> section « Documentation », onglet « Publications »

### VIH et hépatites

- *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) aux personnes exposées à des liquides biologiques dans le contexte du travail*  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-333-01.pdf>
- *Thérapie antirétrovirale pour les adultes infectés par le VIH : guide pour les professionnels de la santé du Québec (nouvelle version à paraître en 2007)*  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-354-02.pdf>
- *L'adhésion aux traitements antirétroviraux : guide pour les professionnels de la santé*  
[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/itss/pdf/adhesion\\_traitements\\_antiretroviraux.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/pdf/adhesion_traitements_antiretroviraux.pdf)
- *Utilisation médicale et interprétation des résultats des tests de résistance du VIH aux antirétroviraux : guide pour les professionnels de la santé du Québec*  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-354-05.pdf>

- *Le point sur l'interruption de traitement : guide pour les professionnels de la santé*  
[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/itss/download.php?f=042bcec1440ae901fdfd0794da7420e6&PHPSESSID=b3df00e85b2d890a603c2d4fce64f1a0](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/download.php?f=042bcec1440ae901fdfd0794da7420e6&PHPSESSID=b3df00e85b2d890a603c2d4fce64f1a0)
- *Prévention des infections opportunistes chez les adultes infectés par le VIH : guide pour les professionnels de la santé du Québec*  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-354-01.pdf>
- *Le syndrome de la lipodystrophie : guide pour les professionnels de la santé*  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-334-02.pdf>
- *La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC)*  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-335-01.pdf>
- *L'hépatite C en questions*  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99-267-2.pdf>
- *Protocole d'intervention : hépatite C*  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/prevoyance/protocoles/hep-c.pdf>

## **LGV**

- *Énoncé provisoire sur le diagnostic et le traitement de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec (LGV)*  
[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/itss/index.php?id=52,109,0,0,1,0](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?id=52,109,0,0,1,0)

## **Situations particulières**

- *Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle : enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes : intervenons ensemble*  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-850-02.pdf>
- *Le dépistage de la syphilis chez la femme enceinte*  
<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/464-DepistageSyphilisFemmeEnceinte.pdf>
- *Interruption volontaire de grossesse : Antibio prophylaxie lors des chirurgies gynécologiques*  
<http://www.cdm.gouv.qc.ca/site/download.php?dc22e90df19db3332535251522198027>

## Situation épidémiologique des ITSS au Québec

- *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2005 (et projections 2006)*  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-329-01.pdf>
- *L'infection au virus du papillome humain (VPH)*  
[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/179\\_InfectionVPH.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/179_InfectionVPH.pdf)
- *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002-2005*  
<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/552-ProgrammeSurveillanceInfectionVIH-Cas2002-2005.pdf>
- *Les risques de transmission d'infections liés à la présence de seringues et d'aiguilles à des endroits inappropriés*  
<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/363-AvisSeringues.pdf>
- *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection : épidémiologie du VIH de 1995 à 2005, épidémiologie du VHC de 2003 à 2005*  
<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/580-SurvMaladiesInfectUtiliDroguesEpidemVIHetVIC.pdf>
- *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection : épidémiologie du VHC de 1997 à 2003 : un regard rétrospectif*  
<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/478-SurveillanceMaladiesInfectieuses-VHC-1997-2003.pdf>
- *Enquête sur l'infection au VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement (ITS) ainsi que sur les comportements à risques associés (enquête Argus)*  
<http://www.argusquebec.ca/resultats/index.html>

## Autre documentation

- *Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2004 : analyse de la demande de services par les personnes atteintes du virus de l'hépatite C*  
[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/514-PortraitHepatiteC\\_AnalyseDemande.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/514-PortraitHepatiteC_AnalyseDemande.pdf)
- *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C offerts aux utilisateurs de drogues par injection du Québec: avril 2004 à mars 2005*  
[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/itss/download.php?f=cd5b420652a6ee2cfa75c9ee6e683ed8](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/download.php?f=cd5b420652a6ee2cfa75c9ee6e683ed8)



## 5 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Agence de santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2006. Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2006, 426 p.
2. Agence de santé publique du Canada. *L'essentiel : Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2006. Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2007, 55 p.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : orientations 2003-2009*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, pp. 34-36.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide québécois de dépistage - Infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 149 p.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2005 (et projections 2006)*. coll. « Analyses et surveillance », vol. 31, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 62 p.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Augmentation du nombre de souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux fluoroquinolones au Québec - Avis du groupe de travail pour le contrôle de l'infection gonococcique*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 59 p.
8. Roy, Élise et al. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection : épidémiologie du VIH de 1995 à 2005 : épidémiologie du VHC de 2003 à 2005*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2007, 51 p.
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Protocole d'immunisation du Québec*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 471 p.
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 45 p.
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires : pour briser la chaîne de transmission, traiter les partenaires : aide-mémoire à l'intention des professionnels de la santé*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 8 p.
12. Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH. *La thérapie antirétrovirale pour les adultes infectés par le VIH : guide pour les professionnels de la santé du Québec*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 93 p.

13. Côté, Pierre et al. *L'adhésion aux traitements antirétroviraux : guide pour les professionnels de la santé*. Québec, Programme national de mentorat sur le VIH-sida, Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS) du CHUM, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2 p.
14. Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH. *Utilisation médicale et interprétation des résultats des tests de résistance du VIH aux antirétroviraux : guide pour les professionnels de la santé du Québec*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 41 p.
15. Côté, Pierre et al. *Le point sur l'interruption de traitement : guide pour les professionnels de la santé*. Québec, Programme national de mentorat sur le VIH-sida, Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS) du CHUM, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2 p.
16. Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH. *Prévention des infections opportunistes chez les adultes infectés par le VIH : guide pour les professionnels de la santé du Québec*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 80 p.
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Le syndrome de la lipodystrophie : guide pour les professionnels de la santé*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 32 p.
18. Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH. *La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC) : guide pour les professionnels de la santé du Québec*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 41 p.
19. Direction de la protection de la santé publique. *Énoncé provisoire sur le diagnostic et le traitement de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) au Québec*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 11 p.
20. Thibodeau, Pierre G. et al. *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) aux personnes exposées à des liquides biologiques dans le contexte du travail*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 59 p.
21. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Prise en charge des personnes exposées au VIH à la suite de pratiques sexuelles à risque ou du partage de matériel d'injection*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 16 p.
22. Sheel, Julia et al. *Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle : enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes : intervenons ensemble*. Montréal, Groupe de travail sur l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle de la Table de concertation en matière d'agression à caractère sexuel du territoire de la Communauté urbaine de Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 379 p.
23. Garland, Suzanne M. et al. *Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent Anogenital Diseases*. The New England Journal of Medicine, vol. 356, no 19, 2007, pp. 1928-1943.

24. Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain*. Relevé des maladies transmissibles au Canada, vol 33, DCC-2, 15 février 2007, 32 p.
25. Workowski, Kimberly A. et Stuart M. Berman. *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006*. Morbidity and Mortality Weekly Report, vol 55 (RR11), 4 août 2006, pp. 1-94.
26. Parent, Raymond et al. *Le dépistage de la syphilis chez la femme enceinte*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 12 p.
27. Conseil des médicaments du Québec. *Antibioprophylaxie lors des chirurgies gynécologiques*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 4p.

