

Approche syndromique : traitement pharmacologique

Mise à jour du guide d'usage optimal

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé

Approche syndromique : traitement pharmacologique

Mise à jour du guide d'usage optimal

Rédaction

Mélanie Turgeon

Collaboration

Christiane Carolle Lawson

Coordination scientifique

Marie-Claude Breton

Direction

Catherine Truchon

Ann Lévesque

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Mélanie Turgeon, B. Pharm., M. Sc.

Collaboratrice interne

Christiane Carolle Lawson, M.D., M. Sc.

Coordonnatrice scientifique

Marie-Claude Breton, Ph. D.

Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Bin Chen, techn. docum.

Vicky Tessier, M.S.I., M.A. litt. comp.

Soutien administratif

Jean Talbot

Équipe de l'édition

Jean Talbot

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de

Littera Plus, révision linguistique

Mark A. Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

ISBN 978-2-550-99165-6 (PDF) (2^e édition – 2024)

ISBN 978-2-550-87092-0 (PDF) (1^{ère} édition – 2020)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2024

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Approche syndromique : traitement pharmacologique – Mise à jour du guide d'usage optimal. Rapport en soutien rédigé par Mélanie Turgeon. Québec, Qc : INESSS; 2024. 81 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport les membres du comité d'experts sont :

M^{me} Natacha Beaulieu, pharmacienne, groupe de médecine de famille (GMF) de la Clinique Médicale Urbaine du Quartier Latin et pharmacies Martin Duquette, Montréal

D^{re} Khadija Benomar, médecin de famille, Clinique médicale Quorum, Montréal

D^{re} Anne Bruneau, médecin de famille, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^r Bruno Camiré, gynécologue-obstétricien, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec – Hôpital Saint-François-d'Assise

D^{re} Judith Fafard, médecin microbiologiste-infectiologue, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et Clinique médicale Quorum, Montréal

D^r Claude Fortin, médecin microbiologiste-infectiologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

M. Emmanuel Gagné-Thibaudeau, pharmacien, Pharmacie A. Ben Abdennabi et E. Thibaudeau, Montréal

M^{me} Valérie G-Darbouze, infirmière clinicienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^{re} Annie-Claude Labbé, médecin microbiologiste-infectiologue, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M. Vincent Le Garff, infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Lectrices externes

Pour ce rapport les lectrices externes sont :

D^{re} Anne-Karine Fortin, médecin de famille, CISSS des Laurentides

M^{me} Sophie Prophète, pharmacienne, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Isabelle Tétrault, médecin microbiologiste-infectiologue, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec – Hôpital de l'Enfant-Jésus

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la validation externe du guide d'usage optimal à titre de futurs utilisateurs :

D^r Antoine Cloutier-Blais, médecin de famille, Clinique l'Agora, Montréal

M^{me} Marie-Claude Fournier, pharmacienne communautaire, Proxim pharmacie affiliée - Simon Lessard, Saint-Jérôme

M. Michel Godin, infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Julie Guay, infirmière clinicienne assistante-infirmière-chef, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

D^{re} Chloé Labelle, médecin de famille, GMF-U Maisonneuve-Rosemont et clinique communautaire Dopamed, Montréal

M^{me} Marie-Christine Laramée, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, GMF-U du CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Clinique des jeunes du CLSC, Montréal

M^{me} Stéphanie Michaud, infirmière clinicienne spécialisée en santé publique et soins cliniques des ITSS, Québec

D^{re} Martine Morin, médecin de famille, Clinique de planning, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

M. Frédéric Poitras, pharmacien, directeur des services professionnels, Équipe Bertrand Pharmacies, Québec

M^{me} Geneviève Vincent, infirmière clinicienne, CISSS des Laurentides

Déclaration d'intérêts

Les auteures de ce rapport déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ces travaux. Les membres du comité consultatif qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnés ci-dessous.

D^{re} Khadija Benomar : propriétaire d'une clinique spécialisée en ITSS et d'un centre d'autoprélèvement pour les ITSS (Clinique médicale Quorum et Centre Prélib)

D^{re} Anne Bruneau : membre du comité de rédaction de *l'Avis intérimaire sur la chimioprophylaxie des infections bactériennes transmissibles sexuellement par la doxycycline*

D^{re} Judith Fafard : directrice du Laboratoire de santé publique du Québec

D^r Claude Fortin : membre du comité de rédaction de *l'Avis intérimaire sur la chimioprophylaxie des infections bactériennes transmissibles sexuellement par la doxycycline*

D^{re} Annie-Claude Labbé : membre du Comité consultatif national sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CCN-ITSS) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), du Comité sur les infections transmises sexuellement et par le sang (CITSS) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et du Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI) de l'INSPQ

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations qu'il contient ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ACRONYMES	IX
INTRODUCTION	1
1 MÉTHODOLOGIE.....	3
2 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	4
2.1 Population visée	6
2.1.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus	6
2.1.2 Perspective des cliniciens	6
2.2 Généralités	7
2.2.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus	7
2.2.2 Perspective des cliniciens	7
2.3 Prise en charge – intervention auprès de la personne atteinte.....	8
2.3.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus	8
2.3.2 Éléments contextuels	8
2.3.3 Perspective des cliniciens	9
2.4 Prise en charge – intervention auprès des partenaires.....	10
2.4.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus	10
2.4.2 Éléments contextuels	11
2.4.3 Perspective des cliniciens	11
2.5 Prise en charge – maladie à déclaration obligatoire	13
2.5.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus	13
2.5.2 Éléments contextuels	13
2.5.3 Perspective des cliniciens	13
2.6 Prise en charge – gratuité de la médication.....	13
2.6.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus	13
2.6.2 Éléments contextuels	13
2.6.3 Perspective des cliniciens	14
2.7 Cervicite.....	15
2.7.1 Manifestations cliniques	15
2.7.2 Étiologie.....	16
2.7.3 Traitement	17
2.7.4 Suivi.....	25
2.8 Urétrite.....	26
2.8.1 Manifestations cliniques	26
2.8.2 Étiologie.....	27
2.8.3 Traitement	28

2.8.4	Suivi	30
2.9	Épididymite/orchi-épididymite	30
2.9.1	Manifestations cliniques	30
2.9.2	Étiologie	32
2.9.3	Traitement	33
2.9.4	Suivi	35
2.10	Atteinte inflammatoire pelvienne	36
2.10.1	Manifestations cliniques	36
2.10.2	Étiologie	37
2.10.3	Principes de traitement	38
2.10.4	Traitement	40
2.10.5	Suivi	41
2.11	Rectite 42	
2.11.1	Manifestations cliniques	42
2.11.2	Étiologie	43
2.11.3	Principes de traitement	44
2.11.4	Traitement	45
2.11.5	Suivi	46
2.12	Test de contrôle	48
2.12.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus	48
2.12.2	Perspective des cliniciens	49
2.13	Antibiorésistance	50
2.13.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus	50
2.13.2	Éléments contextuels	51
2.13.3	Perspective des cliniciens	51
2.14	Réinfection	51
2.14.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus	51
2.14.2	Perspective des cliniciens	52
2.15	Annexe – Interventions préventives relatives aux ITSS	52
2.15.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus	52
2.15.2	Éléments contextuels	52
2.15.3	Perspective des cliniciens	52
2.16	Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques	54
2.16.1	Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus	54
2.16.2	Perspective des cliniciens	54
	FORCES ET LIMITES	56
	ENJEUX ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX	58
	MISE À JOUR	59

RÉFÉRENCES	60
ANNEXE I	64
Méthodologie	64
ANNEXE II	80
Description des documents retenus	80

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Modifications issues des travaux 2024	4
Tableau I-1	Sources d'information pour chacune des questions d'évaluation et type de revue de la littérature par dimension	66
Tableau I-2	Critères d'inclusion et d'exclusion des documents avec recommandations aux fins de la revue systématique (dimension clinique).....	71
Tableau I-3	Formulation des recommandations.....	77

LISTE DES FIGURES

Figure I-1	Algorithme d'aide à la décision méthodologique visant un choix rapide et judicieux des meilleures données probantes.....	69
------------	--	----

RÉSUMÉ

Introduction

La dernière mise à jour du guide d'usage optimal sur l'approche syndromique et de l'Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques publiés par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a été faite en 2020. Comme la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* aux antibiotiques continue de progresser et que certaines recommandations issues de lignes directrices nationales et internationales ont été modifiées, il a été jugé pertinent de revisiter le contenu du guide et de l'algorithme à la lumière des nouvelles données et lignes directrices disponibles.

Méthodologie

Une revue systématique sur les meilleures pratiques cliniques pour assurer la prise en charge des syndromes cliniques potentiellement associés à une infection transmissible sexuellement et par le sang a été réalisée selon les normes usuelles de l'Institut. L'analyse de l'information a été faite dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec, puis sur la perspective des différentes parties prenantes consultées. Pour recueillir la perspective des parties prenantes, un comité consultatif formé de cliniciens de différentes spécialités et expertises a été créé. Enfin, la qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées par des lectrices externes spécialistes du domaine d'intérêt ainsi que par des futurs utilisateurs qui n'avaient pas participé aux travaux.

Résultats

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information colligée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les constats et messages clés suivants ont été reconnus comme porteurs pour soutenir l'harmonisation de la pratique clinique et faciliter la prise en charge des personnes qui présentent un syndrome clinique potentiellement associé à une infection transmissible sexuellement et par le sang. Les principales modifications issues de la mise à jour sont également présentées dans les lignes qui suivent.

Le guide d'usage optimal vise la prise en charge des personnes de 14 ans et plus qui présentent un syndrome clinique compatible avec une infection transmissible sexuellement et par le sang avant l'obtention des résultats des analyses de laboratoire (approche syndromique) et des partenaires sexuels de celles-ci.

La prise en charge implique que les analyses microbiologiques appropriées soient réalisées pour tous les sites exposés. La culture pour la recherche de *N. gonorrhoeae* demeure un test de choix en présence de signes ou de symptômes, en plus d'un prélèvement pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* et *N. gonorrhoeae* par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

Le traitement empirique recommandé lorsque la présence d'une infection transmissible sexuellement et par le sang est suspectée doit couvrir au minimum l'infection à *C. trachomatis* et l'infection à *N. gonorrhoeae*.

C. trachomatis et *N. gonorrhoeae* sont les agents pathogènes sexuellement transmissibles les plus souvent associés aux syndromes cliniques inclus dans le guide d'usage optimal.

S'il n'y a pas de grossesse, le traitement empirique à privilégier contre l'infection présumée à *C. trachomatis* est la doxycycline.

L'azithromycine représente un deuxième choix de traitement empirique contre la chlamydia, à employer lorsqu'un problème d'adhésion au traitement est anticipé ou lorsque la personne présente une allergie à la doxycycline. En cas de grossesse, le premier choix de traitement empirique est l'azithromycine, et le deuxième choix l'amoxicilline.

Le traitement empirique à privilégier contre l'infection présumée à *N. gonorrhoeae* est la ceftriaxone intramusculaire. La dose unique recommandée de ceftriaxone intramusculaire utilisée pour le traitement empirique de la gonorrhée a été augmentée à 500 mg dans le cadre de la présente mise à jour (la dose recommandée était auparavant de 250 mg).

Le premier choix de traitement empirique contre l'infection à *N. gonorrhoeae* est dorénavant la ceftriaxone intramusculaire pour tous (y compris en présence de grossesse ou d'allaitement), et ce, quels que soient les sites infectés ou exposés. Puisqu'un traitement oral doit être disponible dans les situations pour lesquelles l'administration intramusculaire est refusée, contre-indiquée ou impossible à réaliser, la combinaison céfixime et azithromycine administrée oralement représente un deuxième choix pour le traitement de l'infection gonococcique présumée.

Lorsqu'un TAAN révèle la présence de *C. trachomatis*, il importe de vérifier si un test de contrôle est indiqué. Si *N. gonorrhoeae* est détecté par TAAN ou par culture, un test de contrôle est toujours recommandé. Le test de contrôle recommandé pour une infection confirmée à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* est un TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement – auparavant, le TAAN de contrôle pour *N. gonorrhoeae* était recommandé à partir de 2 semaines après la fin du traitement; le délai a été augmenté à 3 semaines afin de s'harmoniser avec la recommandation pour *C. trachomatis* et de diminuer la probabilité d'obtenir un résultat de TAAN positif causé par la persistance de matériel génétique résiduel (bactéries non viables).

Les recommandations concernant les analyses recommandées pour le test de contrôle et le moment de celui-ci sont dorénavant les mêmes pour les infections à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoeae*, soit un TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement. Si le prélèvement est effectué dans les 3 semaines suivant le traitement, la recherche de *N. gonorrhoeae* doit se faire par culture.

Recommandations et outils cliniques

À la suite du processus itératif avec les membres du comité consultatif, où l'information clinique et les recommandations tirées de la littérature, les éléments contextuels et la perspective de différentes parties prenantes consultées ont été triangulés, une série de constats et de recommandations ont été formulés relativement à la prise en charge des personnes qui présentent un syndrome clinique compatible avec une infection transmissible sexuellement et par le sang. Ces recommandations sont mises en encart tout au long du présent rapport et elles sont intégrées dans les outils cliniques qui découlent de ces travaux, soit un guide d'usage optimal et un algorithme décisionnel.

Conclusion

La mise à jour du guide d'usage optimal et de l'algorithme décisionnel s'appuie sur des recommandations de pratique clinique qui ont été bonifiées par la perspective des parties prenantes consultées et contextualisées par rapport à la pratique québécoise. Ces outils devraient permettre le rehaussement et l'harmonisation de la pratique et contribuer à la prise en charge efficace des personnes qui présentent un syndrome clinique compatible avec une infection transmissible sexuellement et par le sang et celle de leurs partenaires sexuels.

Le rehaussement et l'harmonisation de la pratique dépendront cependant :

- de la diffusion du guide d'usage optimal et de l'algorithme décisionnel mis à jour;
- de l'adhésion aux changements et de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés;
- de la disponibilité de formations lorsque nécessaire;
- et de la promotion de ces outils au sein du réseau.

Mise à jour

La pertinence de mettre à jour les recommandations sera évaluée dans quatre ans à partir de la date de publication de ce guide et de l'algorithme, selon l'avancement des données scientifiques, l'évolution des pratiques cliniques, les changements significatifs dans les documents contextuels complémentaires publiés, notamment, par le ministère de la Santé et des Services sociaux ou l'Institut national de santé publique du Québec ainsi que les besoins du réseau de la santé et des services sociaux en ce qui concerne de futurs travaux relatifs à la prise en charge des syndromes cliniques potentiellement associés à une infection transmissible sexuellement et par le sang.

SUMMARY

Syndromic approach: Pharmacological treatment - Update

Introduction

The last update of the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux's optimal usage guide on the syndromic approach and decision algorithm for the epidemiological treatment of asymptomatic partners was done in 2020. Since *Neisseria gonorrhoeae* resistance to antibiotics continues to increase and changes have been made to certain recommendations in the national and international guidelines, it was considered advisable to revise the contents of the optimal usage guide and decision algorithm in light of the new, available data and guidelines.

Methodology

A systematic review of the best clinical practices for managing clinical syndromes potentially associated with a sexually transmitted and blood-borne infection was conducted in accordance with Institut national d'excellence en santé et en services sociaux's usual standards. The data were analyzed from the perspective of contextualizing the practice in Québec, based mainly on legislative, regulatory and organizational contextual elements specific to Québec and on the perspectives of the different stakeholders consulted. An advisory committee consisting of clinicians from different specialties and areas of expertise was created to gather the stakeholders' perspectives. Lastly, the overall quality of the optimal usage guide and decision algorithm and their acceptability and applicability were assessed by external reviewers who are specialists in the field of interest and by future users who did not participate in the project.

Results

Following the analysis of all of the gathered data and the iterative process with the advisory committee's members, the following key findings and messages were considered to have the potential to support the harmonization of clinical practice and to facilitate the management of persons with a clinical syndrome potentially associated with a sexually transmitted and blood-borne infection. The main changes in the update are presented in the following paragraphs.

The optimal usage guide concerns the management of persons 14 years of age and older with a clinical syndrome consistent with a sexually transmitted and blood-borne infection before the laboratory test results are obtained (syndromic approach) and of their sexual partners.

Management involves ordering the appropriate microbiological tests for all the exposed sites. A culture to screen for *N. gonorrhoeae* is still a test of choice if signs or symptoms are present, in addition to obtaining a specimen to check for *Chlamydia trachomatis* and *N. gonorrhoeae* with a nucleic acid amplification test (NAAT).

The recommended empirical treatment for a suspected sexually transmitted and blood-borne infection should cover at least *C. trachomatis* infection and *N. gonorrhoeae* infection.

C. trachomatis and *N. gonorrhoeae* are the sexually transmitted pathogens most often responsible for the clinical syndromes included in this optimal usage guide.

If the patient is not pregnant, the preferred empirical treatment for a presumed *C. trachomatis* infection is doxycycline.

Azithromycin is a second choice of empirical treatment for chlamydia and is to be used when a treatment compliance problem is anticipated or if the person is allergic to doxycycline. In the presence of pregnancy, the first choice of empirical treatment is azithromycin, and the second choice is amoxicillin.

The preferred empirical treatment for a presumed *N. gonorrhoeae* infection is intramuscular ceftriaxone. The recommended single dose of intramuscular ceftriaxone used for the empirical treatment of gonorrhea has been increased to 500 mg in this update (previously, the recommended dose was 250 mg).

The first choice of empirical treatment for an *N. gonorrhoeae* infection is now intramuscular ceftriaxone for all (including in the presence of pregnancy or breastfeeding), this regardless of the infected or exposed sites. Since an oral treatment must be available in situations where intramuscular administration is refused, contraindicated or impossible, the orally administered cefixime-azithromycin combination is a second choice for the treatment of a presumed gonococcal infection.

When NAAT detects the presence of *C. trachomatis*, it is important to determine if a test of cure is indicated. If *N. gonorrhoeae* is detected by NAAT or culture, a test of cure is always recommended. The recommended test of cure for a confirmed *C. trachomatis* or *N. gonorrhoeae* infection is NAAT performed as soon as possible, starting 3 weeks after the end of treatment (previously, the test of cure by NAAT for *N. gonorrhoeae* was recommended starting 2 weeks after the end of treatment; the interval was increased to 3 weeks in order to be in line with the recommendation for *C. trachomatis* and to decrease the likelihood of obtaining a positive NAAT result caused by the persistence of residual genetic material (nonviable bacteria)).

The recommendations concerning the preferred test of cure and when it should be performed are now the same for *C. trachomatis* and *N. gonorrhoeae* infections, namely, NAAT performed as soon as possible, starting 3 weeks after the end of treatment. If the specimen is obtained during the 3 weeks following treatment, *N. gonorrhoeae* screening should be done by culture.

Recommendations and clinical tools

Following the iterative process with the advisory committee's members, during which the clinical data and recommendations from the literature, the contextual information and the perspectives of the different stakeholders consulted were triangulated, a series of conclusions and recommendations were drawn up regarding the management of persons with a clinical syndrome consistent with a sexually transmitted and blood-borne infection. These recommendations appear in text boxes throughout this report and have been incorporated into the clinical tools stemming from this project, namely, an optimal usage guide and a decision algorithm.

Conclusion

The update of the optimal usage guide and of the decision algorithm is based on clinical practice recommendations, which were supplemented with the perspectives of the stakeholders consulted and contextualized for Québec practice. These tools should help enhance and harmonize the practice and contribute to the effective management of persons with a clinical syndrome consistent with a sexually transmitted and blood-borne infection and of their sexual partners.

However, the enhancement and harmonization of the practice will depend on:

- The dissemination of the updated optimal usage guide and decision algorithm;
- The adherence to the changes and the uptake of the recommendations by the health professionals concerned;
- The availability of training, if needed; and
- The promotion of these tools within the health and social services system.

Update

The advisability of updating the recommendations will be determined in 4 years from the date of publication, on the basis of the advances in the scientific data, changes in clinical practices, any significant changes in additional background documents published for example by the Ministère de la Santé et des Services sociaux or the Institut national de santé publique du Québec, and the health and social services system's needs in terms of future work on the management of clinical syndromes potentially due to a sexually transmitted and blood-borne infection.

SIGLES ET ACRONYMES

AAP	American Academy of Pediatrics
AGREE II	<i>Appraisal of guidelines for research and evaluation Global Rating Scale II</i>
AIP	Atteinte inflammatoire pelvienne
APhC	Association des pharmaciens du Canada
ASHM	Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BASHH	British Association for Sexual Health and HIV
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNGOF-SPILF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français et Société de pathologie infectieuse de langue française
DSP	Direction de santé publique
EAU	European Association of Urology
e-CPS	<i>Electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties</i>
GPC	Guide de pratique clinique
GQDITSS	<i>Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang</i>
GUO	Guide d'usage optimal
HAS	Haute Autorité de Santé
KCE	Belgian Health Care Knowledge Centre
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
IUSTI	International Union against Sexually Transmitted Infections
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PHO	Public Health Ontario
PIPOH	Population, interventions d'intérêt, professionnels à qui s'adressent les travaux, objectif escompté par les interventions ciblées (paramètres d'intérêt; <i>outcome</i>) et le milieu ou le contexte clinique dans lequel s'appliquent les interventions (<i>health care setting</i>)
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques

VHS

Virus *Herpès simplex*

VIH

Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Problématique

Selon le document *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2021 et projections 2022* publié par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le nombre de cas déclarés d'infections à *Chlamydia trachomatis* était de 22 488 en 2020 et de 23 015 en 2021. En raison de la pandémie de la COVID-19, une baisse de 15 % du nombre de cas a été observée entre 2017 et 2021. Les projections laissent présager une augmentation en 2022, bien que les taux devraient être en deçà de ceux calculés avant la pandémie. L'infection à *C. trachomatis* demeure la plus fréquente des infections transmissibles sexuellement (ITS) à déclaration obligatoire au Québec [INSPQ, 2023]. Si elle n'est pas traitée, cette infection peut se propager et entraîner de complications graves ou des séquelles comme l'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), la grossesse ectopique, l'infertilité, la douleur pelvienne chronique, l'orchi-épididymite et le syndrome de Reiter [ASPC, 2022].

Dans le *Bulletin québécois de vigie, de surveillance et d'intervention en protection de la santé publique – Flash Vigie*, publié par la Direction de la vigie sanitaire de la Direction générale adjointe de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, il est mentionné qu'en 2022, au Québec, 8 117 cas d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* ont été déclarés comparativement à une moyenne annuelle de 5 944 cas pour la période prépandémique (2015-2019), ce qui représente une hausse importante. De plus, la résistance du gonocoque aux antibiotiques continue de progresser au Québec [MSSS, 2023]. Les mêmes constats sont soulignés par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC); à l'échelle canadienne, les taux d'infections gonococciques augmentent, et la prévalence de ces infections est plus élevée chez les jeunes [ASPC, 2022].

Dans le domaine des ITSS, certains contextes amènent les cliniciens à adopter une approche syndromique, c'est-à-dire une prise en charge des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS avant l'obtention des résultats des analyses de laboratoire. L'approche syndromique implique un traitement empirique parallèlement à la réalisation des analyses microbiologiques appropriées pour tous les sites exposés. Selon l'ASPC, l'approche syndromique des ITSS fait référence à une prise en charge fondée sur les signes et les symptômes, qui est réalisée avant la confirmation de leur étiologie par un laboratoire. Les traitements empiriques recommandés sont fondés sur les ITSS les plus fréquentes qui sont associées à chaque syndrome [ASPC, 2022].

Contexte de l'amorce des travaux

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié au cours des dernières années plusieurs guides d'usage optimal (GUO) sur les ITSS. Ces documents font partie des outils qui permettent aux cliniciens québécois de consolider leurs actions en matière de prise en charge des ITSS, particulièrement en ce qui a trait au traitement pharmacologique. Comme la résistance des diverses bactéries sexuellement transmissibles évolue constamment, notamment celle de *N. gonorrhoeae*, les documents de l'INESSS doivent être mis à jour régulièrement selon les données probantes les plus récentes et le contexte épidémiologique local afin de déterminer les schémas thérapeutiques les plus efficaces dans le but de limiter le nombre d'échecs de traitement et, ultimement, la transmission de ces maladies.

Objectif

L'objectif de ces travaux était de mettre à jour les recommandations concernant le traitement pharmacologique des syndromes cliniques potentiellement associés à une ITSS afin de promouvoir un usage optimal, judicieux et harmonisé des antibiotiques administrés pour le traitement de ces conditions à l'échelle provinciale, et ce, dans un souci de pertinence. L'algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques a été mis à jour de façon parallèle.

Livrables

- GUO
- Algorithme décisionnel
- Rapport associé aux travaux

Aspects exclus

Les aspects et livrables suivants sont exclus des travaux :

- Revue de la littérature scientifique sur la perspective des patients;
- Revue de littérature scientifique en économie à l'égard de l'application des nouvelles recommandations;
- Analyse économique et d'impact budgétaire à l'égard de l'application des nouvelles recommandations;
- Recommandations sur l'organisation des soins et services, y compris les aspects liés à l'implantation et au déploiement des recommandations.

Certaines considérations ou certains enjeux en lien avec ces aspects exclus ont toutefois été relevés à travers l'analyse de la littérature grise et les consultations auprès des différentes parties prenantes.

1 MÉTHODOLOGIE

Les questions d'évaluation et la méthodologie complète pour mener à terme ces travaux sont décrites à l'[annexe I](#) du présent document.

2 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Cette section présente la synthèse de l'information clinique tirée des dix documents retenus ainsi que l'information contextuelle et la perspective des parties prenantes consultées. La description complète des documents retenus est consultable à l'[annexe II](#).

Le tableau ci-dessous illustre les répercussions de la présente mise à jour sur les travaux antérieurs datant de 2020.

Tableau 1 Modifications issues des travaux 2024

Thématiques	Modifications issues des travaux 2024
Population visée	Révision sans modification significative
Généralités	Révision sans modification significative
Intervention auprès de la personne atteinte	Révision sans modification significative
Intervention auprès des partenaires	Révision sans modification significative
Maladie à déclaration obligatoire	Révision sans modification significative
Gratuité de la médication	Révision sans modification significative
Cervicite	Mise à jour : - En présence de résultats négatifs pour <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i> et de symptômes persistants, la considération de la possibilité de la présence d'autres agents pathogènes tels que <i>Mycoplasma genitalium</i> et <i>Trichomonas vaginalis</i> et leur prise en charge à l'aide d'autres GUO de l'INESSS est maintenant possible sans qu'il soit nécessaire de consulter un collègue expérimenté. Nouveau : - Augmentation de la dose unique de ceftriaxone intramusculaire pour le traitement empirique de la gonorrhée – la dose recommandée est dorénavant de 500 mg alors qu'elle était auparavant de 250 mg. - Ajout d'une section comprenant les recommandations de traitement en présence d'une grossesse. Dans cette section, il est précisé d'amorcer le traitement recommandé, puis de consulter un collègue expérimenté afin de déterminer la suite de la prise en charge.
Urétrite	Mise à jour : En présence de résultats négatifs pour <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i> et de symptômes persistants, la considération de la possibilité de la présence d'autres agents pathogènes tels que <i>Mycoplasma genitalium</i> et <i>Trichomonas vaginalis</i> et leur prise en

Thématiques	Modifications issues des travaux 2024
	charge à l'aide d'autres GUO de l'INESSS est maintenant possible sans qu'il soit nécessaire de consulter un collègue expérimenté. Nouveau : ▪ Augmentation de la dose unique de ceftriaxone intramusculaire pour le traitement empirique de la gonorrhée – la dose recommandée est dorénavant de 500 mg alors qu'elle était auparavant de 250 mg. ▪ Ajout d'une section comprenant les recommandations de traitement en présence d'une grossesse. Dans cette section, il est précisé d'amorcer le traitement recommandé, puis de consulter un collègue expérimenté afin de déterminer la suite de la prise en charge.
Épididymite / orchi-épididymite	Mise à jour : ▪ Chez une personne sans facteur de risque d'ITSS, mais avec risque d'infection par bâtonnets Gram négatif, il est dorénavant recommandé d'amorcer le traitement avec la lévofloxacine 500 mg PO DIE x 10 jours et de réévaluer le tout dès la réception du résultat de l'antibiogramme réalisé sur la souche isolée de la culture d'urine – en 2020, il était recommandé d'amorcer le traitement avec la ciprofloxacine. ▪ Ajout de la précision suivante : pour considérer exclusivement les bâtonnets Gram négatif comme cause potentielle des symptômes d'épididymite/orchi-épididymite dans un contexte de relations anales insertives non protégées, les relations doivent s'être produites chez des partenaires sexuels mutuellement exclusifs. Nouveau : ▪ Augmentation de la dose unique de ceftriaxone intramusculaire pour le traitement empirique de la gonorrhée – la dose recommandée est dorénavant de 500 mg alors qu'elle était auparavant de 250 mg.
Atteinte inflammatoire pelvienne	Nouveau : ▪ Augmentation de la dose unique de ceftriaxone intramusculaire pour le traitement empirique de la gonorrhée – la dose recommandée est dorénavant de 500 mg alors qu'elle était auparavant de 250 mg. ▪ Une mention selon laquelle l'absence de fièvre n'exclut pas le diagnostic d'une AIP a été ajoutée. ▪ Ajout d'une section comprenant les recommandations en présence d'une grossesse, dans laquelle il est indiqué de consulter un collègue expérimenté. Il est également précisé que les manifestations cliniques de l'AIP peuvent parfois être confondues avec certains symptômes associés à la grossesse, p. ex. des malaises pelviens, des nausées, de légers saignements et de la fatigue. La vigilance des cliniciens s'impose donc.

Thématiques	Modifications issues des travaux 2024
Rectite	Nouveau : ▪ Augmentation de la dose unique de ceftriaxone intramusculaire pour le traitement empirique de la gonorrhée – la dose recommandée est dorénavant de 500 mg alors qu'elle était auparavant de 250 mg. ▪ Ajout d'une section comprenant les recommandations en présence d'une grossesse, dans laquelle il est indiqué de consulter un collègue expérimenté.
Antibiorésistance	Révision sans modification significative
Réinfection	Révision sans modification significative
Test de contrôle	Nouveau : ▪ Les recommandations concernant les analyses recommandées pour le test de contrôle et le moment de celui-ci sont maintenant les mêmes pour les infections confirmées à <i>C. trachomatis</i> et à <i>N. gonorrhoeae</i>, soit un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement. Si le prélèvement est effectué dans les 3 semaines suivant le traitement, la recherche de <i>N. gonorrhoeae</i> doit se faire par culture.
Interventions préventives relatives aux ITSS	Nouveau : ▪ La prophylaxie postexposition par la doxycycline employée pour la prévention des ITS bactériennes, notamment la gonorrhée, la syphilis et la chlamydia, pourrait être envisagée chez certains groupes de personnes à risque de contracter ces ITS.

2.1 Population visée

2.1.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Aucun document retenu n'a été utilisé pour baliser la population visée par ces travaux.

2.1.2 Perspective des cliniciens

Afin d'établir la population cible des GUO de l'INESSS en matière d'ITSS et de déterminer l'âge minimal auquel les recommandations pourraient s'appliquer, une consultation a été menée en 2017. Cette consultation avait permis d'établir que les recommandations de l'INESSS dans ses GUO concernant les ITSS devraient s'adresser aux personnes de 14 ans et plus. En effet, selon les résultats de cette consultation et les membres du comité consultatif en ITSS de l'INESSS de l'époque, l'incidence des ITSS chez les jeunes de moins de 14 ans correspondrait à un infime pourcentage des cas d'ITSS dans la population générale. En deçà de 14 ans, les cas d'ITSS seraient majoritairement associés à des cas d'abus sexuels. La gestion des cas d'abus sexuel est complexe, et les victimes doivent être orientées vers des centres désignés et prises en charge par des spécialistes. Des cas d'ITSS pourraient également, dans de rares cas,

être observés chez des jeunes de moins de 14 ans actifs sexuellement qui sont pubères (majoritairement des filles qui ont eu leur ménarche tôt) ou chez des jeunes qui présentent des facteurs de risque sociofamiliaux ou psychosociaux. Le début de l'activité sexuelle consentante chez les jeunes est rarement inférieur à 13 ans, puisqu'il arrive souvent après la ménarche de la jeune fille, qui survient en moyenne autour de 12,7 ans au Canada [Al-Sahab *et al.*, 2010]. Bien que quelques cas d'ITSS (en dehors d'un abus sexuel) puissent survenir chez les moins de 14 ans dans des populations particulières, la limite d'âge avait été établie à 14 ans en 2017. Selon les parties prenantes consultées en 2024, ce seuil est cohérent avec ce qu'elles observent en pratique. Lorsqu'un cas d'abus sexuel est suspecté, les parties prenantes consultées se réfèrent au *Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle*.

INFORMATIONS CLINIQUES – Population cible

À la suite de l'analyse du processus itératif avec les parties prenantes, la population visée par les recommandations des présents travaux se définit ainsi :

- Toute personne de 14 ans et plus¹.

¹ Si un cas d'abus sexuel est suspecté, se référer au [*Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle*](#).

2.2 Généralités

2.2.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Aucun document retenu n'a été utilisé pour documenter la section sur les généralités.

2.2.2 Perspective des cliniciens

Selon les parties prenantes consultées, en 2024, la prémisse du GUO est toujours la prise en charge, fondée sur les signes et les symptômes, des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS avant l'obtention des résultats des analyses de laboratoire. Une évaluation clinique complète est requise afin d'identifier le syndrome, puis un traitement fondé sur les ITSS les plus fréquemment associées à ce syndrome est entrepris avant la confirmation de son étiologie par un laboratoire.

Les parties prenantes souhaitent également préciser à nouveau dans le GUO que les analyses microbiologiques appropriées doivent être réalisées pour tous les sites exposés afin de déterminer l'ensemble des sites infectés et, ultimement, de choisir le bon traitement pharmacologique et d'adapter la prise en charge. Un prélèvement de tous les sites exposés pour la recherche de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* par TAAN en plus d'une culture pour la recherche de *N. gonorrhoeae* sont requis.

INFORMATIONS CLINIQUES – Généralités

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, la liste des généralités devrait inclure les éléments suivants :

- Ce guide est un outil d'aide à la décision lorsque l'évaluation clinique permet d'identifier les syndromes et il porte exclusivement sur la prise en charge des syndromes cliniques potentiellement associés à des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) avant l'obtention des résultats des analyses de laboratoire (approche syndromique).
- Les analyses microbiologiques appropriées doivent être réalisées pour tous les sites exposés. La culture pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* demeure un test de choix en présence de signes ou de symptômes, en plus du prélèvement pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* et *N. gonorrhoeae* par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

2.3 Prise en charge – intervention auprès de la personne atteinte

2.3.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents recensés recommandent que les personnes s'abstiennent de toute activité sexuelle sans protection jusqu'à ce que le traitement de la personne (et de tous les partenaires) soit terminé (après la fin d'un traitement à doses multiples ou pendant sept jours après un traitement à dose unique) et jusqu'à ce que les symptômes soient résolus [ASHM, 2022; ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021].

2.3.2 Éléments contextuels

Selon le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (GQDITSS), les durées d'abstinence recommandées sont définies ainsi : jusqu'à la fin d'un traitement à doses multiples ou jusqu'à sept jours après la prise d'un traitement unidose et jusqu'à la disparition des symptômes. Dans le même document, lorsque l'abstinence est impossible, il est recommandé d'utiliser un condom ou un carré de latex lors des relations sexuelles vaginales, anales ou oro-génitales [MSSS, 2019d].

2.3.3 Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif ont réitéré que l'intervention auprès de la personne atteinte devrait inclure une évaluation clinique comprenant un examen physique, l'identification des facteurs de risque d'ITSS et la recherche des ITSS selon les facteurs de risque et les manifestations cliniques, un traitement adéquat et un suivi de la personne atteinte. Ils ont confirmé également la pertinence de conserver la recommandation concernant l'abstinence des relations sexuelles selon les éléments mentionnés dans le GQDITSS. Afin d'inclure toutes les méthodes de protection (dont, entre autres, la digue dentaire), l'appellation *méthodes barrières* a été retenue au lieu de *condom ou carré de latex* et, afin d'inclure tous les types de contacts sexuels à risque, le terme *contact sexuel* a été retenu au lieu de *relation sexuelle*, qui est souvent associé à une pénétration. De plus, selon les parties prenantes consultées, en cas de non-respect de la consigne d'abstinence, il serait pertinent de consulter un collègue expérimenté pour connaître la prise en charge appropriée en raison des risques de réinfection et de transmission. Finalement, les membres ont jugé important de conserver le passage mentionnant que le clinicien devrait soutenir la personne atteinte dans la notification et le traitement de ses partenaires. L'orientation vers la direction de santé publique (DSP) régionale, qui peut offrir son soutien dans cette démarche, est toujours pertinente en 2024 selon eux.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Intervention auprès de la personne atteinte

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

L'intervention devrait inclure :

- une évaluation clinique comprenant un examen physique, l'identification des facteurs de risque d'ITSS et la recherche des ITSS selon les facteurs de risque et les manifestations cliniques;
- un traitement adéquat et un suivi de la personne atteinte;
- une recommandation indiquant de s'abstenir d'avoir des contacts sexuels jusqu'à 7 jours après la fin d'un traitement à dose unique **OU** jusqu'à la fin d'un traitement à doses multiples **ET** jusqu'à la résolution des symptômes² :
 - ✓ en cas de doute quant à l'abstinence, une recommandation indiquant d'utiliser des méthodes barrières pour tout type de contact sexuel (génital, oro-génital, anal ou oro-anal);
- le soutien auprès de la personne atteinte dans sa démarche visant la notification et le traitement de ses partenaires. La direction de santé publique (DSP) régionale peut offrir du soutien dans cette démarche.

² En cas de non-respect de la consigne d'abstinence, consulter un collègue expérimenté pour connaître la prise en charge appropriée.

2.4 Prise en charge – intervention auprès des partenaires

2.4.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Comme *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* sont les agents pathogènes sexuellement transmissibles les plus souvent associés aux syndromes cliniques inclus dans le GUO, les recommandations concernant l'intervention auprès des partenaires sont issues des documents propres à ces deux étiologies.

Concernant les partenaires d'une personne qui a une infection confirmée à *C. trachomatis*, deux documents recommandent une évaluation, des analyses microbiologiques et un traitement épidémiologique des personnes qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée au cours des 60 jours précédant la date du prélèvement ou l'apparition des symptômes [ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021]. Dans le document de l'Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ASHM), il est mentionné que les partenaires asymptomatiques doivent être soumis à un test à tous les sites exposés, mais qu'il est préférable d'attendre les résultats avant de traiter. Il y est spécifié d'envisager un traitement épidémiologique s'il y a eu un contact sexuel au cours des deux dernières semaines ou lorsque les circonstances individuelles de la personne indiquent qu'un traitement ultérieur pourrait ne pas être administré. Selon ce document, comme la plupart des partenaires asymptomatiques auront un résultat négatif, un traitement épidémiologique risque souvent de conduire à une utilisation inutile d'antibiotiques [ASHM, 2022].

Concernant les partenaires d'une personne qui a une infection confirmée à *N. gonorrhoeae*, le traitement épidémiologique des personnes qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée au cours des 60 jours précédant la date du prélèvement ou l'apparition des symptômes est également recommandé dans plusieurs documents [ASPC, 2022; PHO, 2022; Workowski *et al.*, 2021]. Le document australien recommande la même conduite que dans le cas d'un contact sexuel avec une personne qui a une infection confirmée à *C. trachomatis* [ASHM, 2022]. Les recommandations de la British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) se rapprochent de celles de l'Australie avec comme prémisse de base que le traitement épidémiologique n'est pas nécessaire pour tous les contacts sexuels et que, idéalement, le traitement ne devrait être administré qu'aux partenaires dont le test est positif. Plus précisément, cette organisation recommande un traitement uniquement après un test positif pour les partenaires dont l'exposition sexuelle remonte à plus de 14 jours. Pour les partenaires qui se présentent au cours des 14 jours suivant l'exposition, il est recommandé d'envisager un traitement épidémiologique basé sur une évaluation du risque clinique à la suite d'une discussion avec la personne. Chez les individus asymptomatiques, il peut être approprié de ne pas administrer de traitement épidémiologique et de répéter les tests deux semaines après l'exposition [Fifer *et al.*, 2020]. Le guide de l'International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) recommande quant à lui que tous les partenaires sexuels des trois mois précédant l'apparition des symptômes ou le prélèvement soient testés et traités si le résultat est positif. Lorsque le clinicien estime que le partenaire ne reviendra

pas pour le traitement lorsque les résultats des tests seront disponibles, un traitement épidémiologique peut être offert [Unemo *et al.*, 2020].

2.4.2 Éléments contextuels

Le MSSS a publié en 2014 l'outil *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper* [MSSS, 2014]. Cet outil recommande de rechercher les partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne atteinte au cours des 60 jours précédant les premiers symptômes ou le prélèvement, pendant que la personne avait des symptômes, ou avant la fin du traitement à doses multiples, ou moins de 7 jours après un traitement à dose unique.

D'autres outils du MSSS existent également concernant l'intervention auprès des partenaires (*ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés* [MSSS, 2019e], *Personne exposée à une ITSS : que faire?* [MSSS, 2019a] et *Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes* [MSSS, 2019b].

2.4.3 Perspective des cliniciens

Les membres se sont dits en accord pour conserver les périodes de traçabilité recommandées dans la version antérieure du GUO. Ils ont souhaité laisser la place au jugement du clinicien pour déterminer les situations pour lesquelles la recherche des partenaires devrait être faite sur une plus longue période.

Ils ont souhaité préciser dans le GUO mis à jour que l'intervention auprès des partenaires devrait inclure une évaluation clinique comprenant l'identification des facteurs de risque d'ITSS, un dépistage de l'infection à laquelle la personne a été exposée et des autres ITSS selon les facteurs de risque décelés et, en présence de signes ou de symptômes chez le partenaire, une approche syndromique.

Des discussions ont été menées quant à la pertinence du traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques. Bien que la majorité des membres soient d'avis que l'attente des résultats avant de traiter pourrait être recommandée dans certaines situations spécifiques afin, entre autres, de favoriser un usage optimal des antibiotiques au Québec, ils sont également conscients que le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques représente un dogme de longue date au Québec, au Canada et dans plusieurs autres pays. Comme le traitement épidémiologique des partenaires est une pratique ancrée depuis longtemps, les membres estiment que des travaux majeurs devraient être réalisés afin de vérifier si un tel changement dans les pratiques serait favorable et envisageable au Québec. L'antibiogouvernance, les risques de transmission (santé publique), les risques de complications (santé individuelle), la logistique entourant la divulgation des résultats et la prise de possession du traitement advenant un résultat positif, les capacités de notre système de santé et les aspects économiques sont des exemples d'éléments qui devraient être pris en considération afin de se prononcer sur la pertinence de l'attente des résultats avant de traiter les partenaires asymptomatiques.

Selon l'expérience clinique des parties prenantes consultées, la référence aux différents outils du MSSS est utile en pratique, même si ces documents datent de quelques années.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Intervention auprès des partenaires

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

Partenaires à joindre s'ils ont eu un contact sexuel avec la personne atteinte :

- dans les 60 jours précédant les premiers symptômes ou le prélèvement; **OU**
- pendant que la personne avait des symptômes; **OU**
- avant la fin du traitement à doses multiples ou moins de 7 jours après un traitement à dose unique.

Il peut être justifié, dans certaines situations, de rechercher des partenaires sur une plus longue période.

L'intervention devrait inclure :

- une évaluation clinique comprenant l'identification des facteurs de risque d'ITSS;
- un dépistage de l'infection à laquelle la personne a potentiellement été exposée et des autres ITSS selon les facteurs de risque décelés, consulter l'outil *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés*;
- en présence de signes ou de symptômes, une approche syndromique : consulter le *Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS – Approche syndromique* ;
- en l'absence de signes ou de symptômes, un traitement épidémiologique sans attendre les résultats du dépistage : consulter l'*Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques*.

Pour plus d'information, consulter les outils *Personne exposée à une ITSS : que faire?* et *Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes*.

2.5 Prise en charge – maladie à déclaration obligatoire

2.5.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information sur la déclaration obligatoire, puisque c'est un élément qui est spécifique au contexte québécois.

2.5.2 Éléments contextuels

Au Québec, les maladies à déclaration obligatoire (MADO) sont des intoxications, des infections ou des maladies diagnostiquées par un médecin ou confirmées par un laboratoire qui doivent être obligatoirement déclarées aux autorités de santé publique. L'infection à *C. trachomatis*, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) et l'infection gonococcique sont des maladies à déclarer dans un délai de 48 heures au directeur de la santé publique du lieu de résidence de la personne visée par cette déclaration [MSSS, 2024].

2.5.3 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes ont confirmé la pertinence de conserver une phrase mentionnant que les infections à *C. trachomatis*, la LGV et les infections à *N. gonorrhoeae* sont des maladies à déclaration obligatoire au Québec.

INFORMATIONS CLINIQUES – Maladie à déclaration obligatoire (MADO)

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, la section sur les maladies à déclaration obligatoire devrait inclure les éléments suivants :

- Les infections à *C. trachomatis*, à *N. gonorrhoeae* ainsi que la LGV documentées par une analyse de laboratoire doivent être déclarées par les cliniciens à la DSP régionale.

2.6 Prise en charge – gratuité de la médication

2.6.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information sur la gratuité de la médication, puisque c'est un élément qui est spécifique au contexte québécois.

2.6.2 Éléments contextuels

Au Québec, le Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmises sexuellement et par le sang vise le traitement des personnes atteintes

d'ITSS, appelées cas index, de même que le ou les partenaires de ces personnes qui ont consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance, appelées cas contact. Ce programme permet de se procurer gratuitement les médicaments prescrits pour traiter les infections visées par celui-ci, notamment les infections à *C. trachomatis*, la LGV et les infections à *N. gonorrhoeae*, de même que certains syndromes cliniques associés aux ITSS, soit l'AIP, la salpingite, la cervicite, l'urétrite, la rectite, la proctite et l'épididymite. Il s'adresse à toute personne qui est dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et qui présente sa carte d'assurance maladie valide ou son carnet de réclamation en vigueur. Les codes associés au programme sont les suivants :

- K (ou 1K) : Traitement d'une personne atteinte d'une ITSS (cas index);
- L (ou 1L) : Traitement du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une ITSS qui ont consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance (cas contact).

Le code de programme doit figurer sur l'ordonnance remise à la personne assurée [RAMQ, 2019].

2.6.3 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes consultées ont jugé qu'il était important de conserver la mention sur l'existence du programme de gratuité au Québec. Selon elles, beaucoup de pharmaciens et de cliniciens ignorent toujours le remboursement possible de la lidocaïne 1 % (1 ml) avec les codes K et L. En effet, le coût de la lidocaïne 1 % sans épinéphrine est couvert par le programme de gratuité dans le cadre du traitement d'une ITSS ou d'un syndrome associé lorsqu'il est précisé sur l'ordonnance : diluant à la ceftriaxone. Elles ont donc mentionné la nécessité de conserver la mention concernant la gratuité de la lidocaïne dans le GUO mis à jour.

INFORMATIONS CLINIQUES – Gratuité de la médication

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, l'information à présenter dans le GUO en lien avec la gratuité de la médication devrait être la suivante :

- Pour les personnes inscrites à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et détentrices d'une carte d'assurance maladie, d'un carnet de réclamation ou d'une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide : inscrire sur l'ordonnance le code **K** (pour la personne atteinte) ou le code **L** (pour les partenaires). Le coût de la lidocaïne 1 % sans épinéphrine est couvert par le programme de gratuité dans le cadre du traitement d'une ITS ou d'un syndrome associé lorsqu'il est précisé sur l'ordonnance : « diluant à la ceftriaxone ».

2.7 Cervicite

2.7.1 Manifestations cliniques

2.7.1.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Deux signes diagnostiques majeurs caractérisent la cervicite : un exsudat endocervical purulent ou mucopurulent visible dans le canal endocervical ou sur un échantillon endocervical et un saignement endocervical soutenu facilement induit par le passage d'un coton-tige (col friable). L'un ou les deux signes peuvent être présents. La cervicite est souvent asymptomatique; cependant, certaines femmes peuvent signaler des pertes vaginales anormales et des saignements vaginaux intermenstruels [ASHM, 2022; ASPC, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021]. L'ASPC précise que l'ectropion utérin est courant chez les adolescentes et qu'il n'est pas un signe de cervicite [ASPC, 2022].

2.7.1.2 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes ont spécifié que les manifestations cliniques citées dans la version du GUO de 2020, soit les pertes vaginales inhabituelles, les saignements vaginaux intermenstruels ou postcoïtaux et l'exsudat endocervical mucopurulent ou purulent, sont toujours adéquates. De plus, elles ont réitéré qu'il est important de ne pas confondre l'érythème associé à un ectropion avec celui associé à la cervicite.

INFORMATIONS CLINIQUES – Cervicite – Manifestations cliniques

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les manifestations cliniques¹ de la cervicite à présenter dans le GUO sont les suivantes :

- Pertes vaginales inhabituelles
- Saignements vaginaux intermenstruels ou postcoïtaux
- Exsudat endocervical mucopurulent ou purulent

Ne pas confondre l'érythème associé à un ectropion avec celui associé à la cervicite.

¹ Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.

2.7.2 Étiologie

2.7.2.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

C. trachomatis et *N. gonorrhoeae* sont les causes les plus fréquentes de cervicite [ASHM, 2022; ASPC, 2022; HAS, 2021; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021]. *Trichomonas vaginalis* et *Mycoplasma genitalium* ont également été associés à la cervicite [ASHM, 2022; ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021]. Plusieurs cas de cervicite sont d'étiologie inconnue [ASHM, 2022; ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021]. En ce qui concerne le Canada, l'ASPC précise que, dans certaines circonstances, une approche basée sur l'attente des résultats des analyses de laboratoire peut être préférable (versus un traitement empirique), puisque la plupart des cas de cervicite sont d'étiologie inconnue et que les taux de résistance aux antibiotiques augmentent au pays. La décision de traiter de façon empirique l'infection à chlamydia ou l'infection gonococcique ou d'attendre les résultats des tests devrait être fondée sur la gravité de l'état clinique, la probabilité de la présence d'une infection, les facteurs de risque d'ITSS décelés chez la personne et la disposition de la personne à s'abstenir de toute activité sexuelle et à revenir pour obtenir les résultats des tests ou faire l'objet d'un suivi [ASPC, 2022]. Il en est de même aux États-Unis et en Australie, puisque leur guide respectif mentionne que, pour les femmes qui présentent un risque plus faible d'ITSS, le fait de différer le traitement jusqu'à ce que les résultats des tests soient disponibles est une option [ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021].

2.7.2.2 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes ont elles aussi mentionné *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* comme causes les plus fréquentes de la cervicite. Elles ont précisé que, si les symptômes persistent en présence de résultats négatifs pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*, il serait pertinent de considérer et de rechercher d'autres agents pathogènes sexuellement transmissibles qui sont émergents, tels que *T. vaginalis* et *M. genitalium*. Elles ont également souhaité indiquer dans le GUO qu'il est possible que la cause des symptômes demeure inconnue.

INFORMATIONS CLINIQUES – Cervicite – Étiologie

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les étiologies potentielles de la cervicite à présenter dans le GUO sont les suivantes :

- *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*
- Si les résultats des analyses sont négatifs pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* et que les symptômes persistent, d'autres agents pathogènes, tels que *Mycoplasma genitalium* et *Trichomonas vaginalis*, devraient être recherchés en plus d'envisager d'autres causes.
- Il est possible que la cause des symptômes demeure inconnue.

2.7.3 Traitement

2.7.3.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Un traitement contre *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* doit être proposé aux personnes traitées de façon empirique [ASHM, 2022; ASPC, 2022; WHO, 2021]. L'infection à *T. vaginalis* ou à *M. genitalium* doit être traitée seulement si elle est détectée [Workowski *et al.*, 2021].

Dans les documents retenus qui traitent spécifiquement du traitement empirique de la cervicite, le traitement pharmacologique recommandé contre les infections à *C. trachomatis* est la doxycycline 100 mg PO BID durant 7 jours ou l'azithromycine 1 g PO en dose unique [ASHM, 2022; ASPC, 2022; HAS, 2021; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021]. Toujours dans les documents retenus qui traitent spécifiquement du traitement empirique de la cervicite, les différents traitements recommandés contre les infections à *N. gonorrhoeae* sont les suivants : ceftriaxone 250 mg IM en dose unique en combinaison avec azithromycine 1 g PO en dose unique [WHO, 2021], ceftriaxone 1 000 mg IM (ou IV) en dose unique [HAS, 2021], ceftriaxone 500 mg IM en dose unique en combinaison avec azithromycine 1 g PO en dose unique [ASHM, 2022] ou céfixime 400 mg PO en dose unique en combinaison avec azithromycine 1 g PO en dose unique [WHO, 2021]. L'ASPC recommande quant à elle, comme traitement empirique de la cervicite, la ceftriaxone 250 mg IM en dose unique ou le céfixime 800 mg PO en dose unique combiné à l'azithromycine 1 g PO en dose unique ou la doxycycline 100 mg PO BID durant 7 jours [ASPC, 2022].

Dans le cadre de la mise à jour du GUO de l'INESSS sur les infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*, réalisée également en 2024, les différents documents retenus contenaient des recommandations de traitement spécifiques à l'étiologie confirmée (traitement non empirique) [INESSS, 2024]. Voici les principales recommandations concernant le traitement des infections confirmées à *C. trachomatis* qui ont été recensées dans le cadre de la mise à jour de ce GUO. L'utilisation de la doxycycline 100 mg PO BID x 7 jours est recommandée comme premier choix de traitement de l'infection à *C. trachomatis* dans trois des quatre documents recensés [ASHM, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021], tandis que l'ASPC présente comme premier choix de traitement la doxycycline ou l'azithromycine 1 g PO en dose unique [ASPC, 2022]. Parmi les autres traitements proposés, il y a l'azithromycine 1 g PO en dose unique [ASHM, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021], la lévofloxacine 500 mg PO BID x 7 jours [ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021], l'érythromycine 500 mg PO QID x 7 jours [WHO, 2021] et l'ofloxacine 200 à 400 mg PO BID x 7 jours [WHO, 2021]. Le traitement privilégié contre la LGV est la doxycycline 100 mg PO BID x 21 jours [ASHM, 2022; ASPC, 2022]. Concernant les infections confirmées à *N. gonorrhoeae*, les premiers choix de traitement varient dans les différents documents retenus. Dans le document des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), le traitement recommandé comme premier choix contre les infections confirmées à *N. gonorrhoeae* (quels que soient le ou les sites infectés) est une monothérapie avec la ceftriaxone intramusculaire à raison d'une dose unique de 500 mg. Il y est précisé que, pour les

personnes pesant 150 kg ou plus, une dose unique de ceftriaxone de 1 000 mg devrait être administrée [Workowski *et al.*, 2021]. En Europe, les trois documents repérés recommandent quant à eux une dose unique intramusculaire de ceftriaxone de 1 000 mg pour tous (en monothérapie pour la BASHH et le Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) et en combinaison avec l'azithromycine 2 g PO en dose unique ou en monothérapie pour l'IUSTI) – l'IUSTI précise que la bithérapie doit être administrée comme premier choix en présence d'une infection pharyngée [Jespers *et al.*, 2023; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020]. L'IUSTI précise que la bithérapie combinant la ceftriaxone et l'azithromycine vise à guérir tous les cas de gonorrhée et à retarder l'émergence et/ou la propagation de la résistance à la ceftriaxone. De plus, toujours selon l'IUSTI, cette bithérapie éradiquerait également efficacement les infections concomitantes à *C. trachomatis* et pourrait guérir une partie des infections à *M. genitalium* [Unemo *et al.*, 2020]. Au Canada, l'ASPC recommande quant à elle, comme premier choix de traitement des infections gonococciques anogénitales, un traitement combinant la ceftriaxone 250 mg IM en dose unique et l'azithromycine 1 g PO en dose unique ou un traitement combinant le céfixime 800 mg PO en dose unique et l'azithromycine 1 g PO en dose unique (le schéma oral est considéré comme un autre traitement possible, mais pas un premier choix, pour les hommes gais, bisexuels et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes) [ASPC, 2022]. Public Health Ontario (PHO) recommande quant à elle seulement un traitement combinant la ceftriaxone 250 mg IM en dose unique et l'azithromycine 1 g PO en dose unique comme premier choix de traitement puisque, selon cette organisation, le céfixime pourrait potentiellement accélérer le développement de la résistance à la ceftriaxone, qui est le seul antibiotique restant qui est bien toléré et efficace à tous les sites infectés [PHO, 2022]. Pour les infections pharyngées, l'ASPC recommande un traitement combinant la ceftriaxone 250 mg IM en dose unique et l'azithromycine 1 g PO en dose unique (le schéma oral combinant le céfixime et l'azithromycine est considéré comme un autre traitement possible, mais pas un premier choix, pour les infections pharyngées) [ASPC, 2022]. Dans le document de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le traitement de premier choix est la ceftriaxone 250 mg IM en dose unique combinée avec l'azithromycine 1 g PO en dose unique, mais il est indiqué que ces recommandations sont en cours de révision [WHO, 2021]. Le guide australien recommande, quant à lui, comme premier choix de traitement de l'infection gonococcique, la combinaison de la ceftriaxone 500 mg IM en dose unique et de l'azithromycine 1 g PO en dose unique (pour les infections génitales et anorectales) et combinant la ceftriaxone 500 mg IM en dose unique et l'azithromycine 2 g PO en dose unique (pour les infections pharyngées). Si une personne a reçu le traitement recommandé contre la gonorrhée génitale ou anorectale au moment du test et qu'elle présente également une gonorrhée pharyngée, il n'est pas nécessaire de la traiter à nouveau avec la dose la plus élevée d'azithromycine, mais un test de contrôle est recommandé [ASHM, 2022]. Les autres traitements de l'infection gonococcique présentés dans les différents documents retenus sont le céfixime 800 mg PO en dose unique – si une infection à *C. trachomatis* n'a pas été exclue, traiter la chlamydia avec la doxycycline 100 mg PO BID x 7 jours [Workowski *et al.*, 2021] – la gentamicine 240 mg IM en dose unique combinée avec l'azithromycine 2 g PO en dose

unique [PHO, 2022; Workowski *et al.*, 2021; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020], le céfixime 400 mg PO en dose unique combiné avec l'azithromycine 1 g PO en dose unique [PHO, 2022; WHO, 2021], le céfixime 400 mg PO en dose unique combiné avec l'azithromycine 2 g PO en dose unique [Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020] et l'azithromycine 2 g PO en dose unique [PHO, 2022; Fifer *et al.*, 2020]. Le guide des CDC spécifie que le seul traitement efficace contre les infections gonococciques pharyngées est la ceftriaxone intramusculaire [Workowski *et al.*, 2021].

Concernant le traitement de l'infection confirmée à *C. trachomatis* durant la grossesse, l'azithromycine 1 g PO en dose unique est recommandée comme premier choix de traitement dans les documents retenus [ASHM, 2022; ASPC, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021]. L'amoxicilline 500 mg PO TID x 7 jours est présentée comme option de remplacement de l'azithromycine [Workowski *et al.*, 2021] ou comme choix équivalent de l'azithromycine [ASPC, 2022]. Deux documents mentionnent également l'érythromycine comme autre option de traitement lors de la grossesse [ASPC, 2022; WHO, 2021].

En ce qui a trait au traitement de l'infection confirmée à *N. gonorrhoeae* durant la grossesse, les CDC recommandent l'administration de la ceftriaxone 500 mg IM en dose unique (en plus d'un traitement contre l'infection à *C. trachomatis* si sa présence n'a pas été exclue). Les CDC précisent également que l'utilisation de la gentamicine est déconseillée durant la grossesse en raison du risque d'anomalies congénitales néonatales, de néphrotoxicité ou d'ototoxicité [Workowski *et al.*, 2021]. Dans le document de l'OMS, le traitement recommandé durant la grossesse est la ceftriaxone 250 mg IM en dose unique ou le céfixime 400 mg PO en dose unique combiné avec l'azithromycine 1 g PO en dose unique, mais il est indiqué que les recommandations de cette organisation sont en cours de révision [WHO, 2021]. Dans le document de l'ASPC, il est mentionné que les personnes enceintes ou qui allaitent devraient recevoir le même traitement (ceftriaxone ou céfixime en combinaison avec l'azithromycine) que les autres personnes non enceintes ou non allaitantes et qu'elles devraient être suivies pour déceler toute complication. Il est spécifié que la doxycycline est contre-indiquée durant la grossesse, que les données actuelles suggèrent que l'azithromycine est sûre et efficace chez les personnes enceintes et que l'administration de la gentamicine n'est pas recommandée durant la grossesse [ASPC, 2022]. Les documents de la BASHH et de l'IUSTI mentionnent que les fluoroquinolones ou les tétracyclines ne doivent pas être administrées dans les cas de grossesse ou d'allaitement [Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020]. Du côté de la BASHH, les options de traitement possibles dans cette population sont la ceftriaxone 1 000 mg IM en dose unique ou l'azithromycine 2 g PO en dose unique [Fifer *et al.*, 2020]. Une dose unique de ceftriaxone de 1 000 mg IM en combinaison avec l'azithromycine 2 g PO en dose unique est recommandé par l'IUSTI dans les cas de grossesse ou d'allaitement. L'usage d'une monothérapie avec la ceftriaxone intramusculaire est présenté par l'IUSTI comme autre traitement, mais pas comme premier choix, dans cette population [Unemo *et al.*, 2020]. Le KCE recommande de son côté une dose unique intramusculaire de ceftriaxone de 1 000 mg en cas de

grossesse [Jespers *et al.*, 2023]. Le guide australien recommande quant à lui les mêmes traitements que ceux administrés dans la population générale [ASHM, 2022].

Finalement, pour le traitement de l'infection gonococcique confirmée en présence d'antécédents de réaction allergique aux traitements recommandés, il faut savoir que le risque de réactivité croisée avec la pénicilline est plus élevé avec les céphalosporines de première génération, mais il est rare (< 1 %) avec les céphalosporines de troisième génération (par exemple ceftriaxone et céfixime) [Workowski *et al.*, 2021]. Les cliniciens doivent d'abord évaluer minutieusement les antécédents d'allergie, y compris le type de réaction. En présence d'une allergie sévère à la pénicilline ou d'une allergie aux céphalosporines, un traitement avec la gentamicine 240 mg IM en dose unique (en deux injections de 3 ml chacune) combinée avec l'azithromycine 2 g PO en dose unique est recommandé [ASPC, 2022; PHO, 2022; Workowski *et al.*, 2021]. Les guides du KCE et de l'ASHM recommandent quant à eux de consulter un collègue expérimenté en présence d'une allergie aux céphalosporines [Jespers *et al.*, 2023; ASHM, 2022].

2.7.3.2 Éléments contextuels

Selon la monographie, la doxycycline ne doit pas être administrée aux femmes enceintes, à moins que, de l'avis du clinicien, l'avantage potentiel pour la mère ne l'emporte sur le risque pour le fœtus. Les résultats des études animales indiquent que les tétracyclines traversent la barrière placentaire, se retrouvent dans les tissus fœtaux et peuvent avoir des effets toxiques sur le développement du fœtus (souvent liés à un retard du développement du squelette). Des signes d'embryotoxicité ont également été observés chez les animaux traités en début de grossesse. Les tétracyclines sont excrétées dans le lait des femmes qui allaitent. Par conséquent, toujours selon la monographie, l'administration de la doxycycline n'est pas recommandée chez les femmes pendant qu'elles allaitent. De plus, l'usage de la doxycycline pendant le développement dentaire (dernier trimestre de la grossesse, pendant l'allaitement, période néonatale et petite enfance jusqu'à l'âge de 8 ans) peut provoquer une décoloration permanente des dents (jaune-gris-brun). Bien que plus communément associé à une utilisation à long terme de tétracyclines, cet effet peut également se produire après des traitements de courte durée. Une hypoplasie de l'émail a également été rapportée. La doxycycline ne doit donc pas être utilisée dans ces groupes d'âge, à moins qu'il n'y ait pas d'autres options de traitement [APhC, 2019b].

Concrètement, en pratique, la doxycycline semble toutefois compatible avec l'allaitement si le traitement est de courte durée (moins de 3 semaines). En effet, selon Ferreira et ses collaborateurs, l'usage des tétracyclines à court terme n'est pas contre-indiqué s'il est nécessaire à la prise en charge de la mère. Les tétracyclines peuvent être prescrites durant l'allaitement pour des traitements de courte durée (moins de 3 semaines); aucun effet indésirable lié à l'allaitement maternel n'a été rapporté à ce jour. Il existe cependant une crainte quant à la possible altération des dents et de la croissance osseuse en cas d'utilisation prolongée (plus de 3 semaines) [Ferreira E *et al.*, 2013].

Selon la monographie, l'usage de l'azithromycine n'est pas contre-indiqué dans les cas de grossesse ou d'allaitement. Il y est seulement spécifié que, sans études de qualité, cet antibiotique devrait être administré seulement lorsque l'avantage attendu pour la mère l'emporte sur tout risque potentiel pour le fœtus ou le bébé allaité [APhC, 2019d].

La monographie de l'amoxicilline indique que celle-ci traverse facilement la barrière placentaire et est généralement considérée comme ne présentant aucun risque tératogène significatif. L'amoxicilline a été administrée pour traiter les infections des voies urinaires et à *C. trachomatis* durant la grossesse sans preuve d'effets indésirables sur le fœtus. De plus, l'amoxicilline passe dans le lait maternel en faibles concentrations; les risques potentiels pour le nourrisson comprennent une altération de la flore intestinale, de la diarrhée et des réactions d'hypersensibilité. La monographie rapporte que, selon l'American Academy of Pediatrics (AAP), l'amoxicilline est considérée comme compatible avec l'allaitement maternel [APhC, 2020b].

Selon la monographie, la ceftriaxone traverse la barrière placentaire. Cependant, il est généralement admis que les céphalosporines peuvent être administrées sans danger pendant tous les trimestres de la grossesse. La ceftriaxone passe dans le lait maternel en faibles concentrations; les effets indésirables sont peu probables chez le nourrisson. L'AAP considère la ceftriaxone comme compatible avec l'allaitement maternel [APhC, 2019c].

La monographie du céfixime indique que son innocuité dans le traitement des infections durant la grossesse n'a pas été établie. Des études ont été réalisées chez des souris et des rats, à des doses allant jusqu'à 400 fois la dose humaine, et n'ont révélé aucune preuve d'altération de la fertilité ou d'effets nocifs sur le fœtus. Étant donné que les études animales ne permettent pas toujours de prédire la réponse humaine, le céfixime doit être administré durant la grossesse seulement si les avantages probables de son utilisation l'emportent sur le risque potentiel pour le fœtus et la mère. Étant donné que de nombreux médicaments sont excrétés dans le lait maternel, dont potentiellement le céfixime, il faut faire preuve de prudence lorsque cet antibiotique est administré durant l'allaitement [APhC, 2020a].

Finalement, selon la monographie de la gentamicine, cet antibiotique traverse la barrière placentaire et est distribué dans la circulation fœtale et dans le liquide amniotique; il n'est cependant pas considéré comme tératogène. Une toxicité du huitième nerf crânien a été rapportée chez des fœtus exposés à d'autres aminosides (p. ex. la streptomycine); la gentamicine doit donc être administrée seulement pour traiter des infections graves, potentiellement mortelles, pour lesquelles les agents de première intention ont échoué ou sont susceptibles d'échouer. Des tests auditifs peuvent être indiqués pour les nouveau-nés exposés à la gentamicine *in utero*. La gentamicine passe dans le lait maternel, mais elle est considérée comme compatible avec l'allaitement, car elle est peu absorbée par le tractus gastro-intestinal [APhC, 2019a].

2.7.3.3 Perspective des cliniciens

Comme mentionné plus haut, le GUO de l'INESSS sur les infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* a été mis à jour tout récemment. Lors de cette mise à jour, les parties prenantes ont déterminé que :

- Sauf dans les cas de grossesse, le traitement à privilégier chez les personnes qui ont une infection à *C. trachomatis* est la doxycycline (100 mg PO BID x 7 jours). Le deuxième choix de traitement est l'azithromycine (1 g PO en dose unique). Le deuxième choix devrait être réservé aux personnes chez qui on anticipe un problème d'adhésion au traitement ou allergiques à la doxycycline. En présence d'une grossesse, le premier choix de traitement est l'azithromycine et le deuxième choix l'amoxicilline [INESSS, 2024].
- Y compris dans les cas de grossesse ou d'allaitement, le traitement à privilégier pour les personnes atteintes d'une infection à *N. gonorrhoeae* est la ceftriaxone intramusculaire. La dose unique de ceftriaxone intramusculaire recommandée a d'ailleurs été augmentée à 500 mg IM en dose unique. Le deuxième choix de traitement contre l'infection gonococcique est le céfixime (800 mg PO en dose unique) en combinaison avec l'azithromycine (2 g PO en dose unique). Ce deuxième choix devrait être réservé lorsque l'administration intramusculaire est refusée, contre-indiquée ou impossible à réaliser [INESSS, 2024].

Plus spécifiquement, concernant la dose de ceftriaxone à employer pour le traitement des infections gonococciques, dans le cadre de la mise à jour du GUO sur les infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* et en fonction des données extraites des documents retenus (notamment les lignes directrices des CDC), de l'émergence de la résistance de *N. gonorrhoeae* envers les céphalosporines ailleurs dans le monde, du contexte québécois et de leur expérience clinique, les membres ont statué sur l'importance que la dose de ceftriaxone intramusculaire pour traiter les infections à *N. gonorrhoeae* soit augmentée dans le GUO de l'INESSS. La dose de 1 000 mg de ceftriaxone intramusculaire recommandée en Europe est apparue trop élevée pour le Québec. En effet, en Europe, une augmentation de la proportion de souches de *N. gonorrhoeae* avec sensibilité réduite à la ceftriaxone et quelques cas de résistance à la ceftriaxone ont été constatés. Les membres ont précisé que la situation est moins alarmante ici, pour le moment, et ils ont affirmé que notre contexte local se rapproche beaucoup plus de celui des États-Unis et de l'Australie, pays dans lesquels une dose de 500 mg de ceftriaxone intramusculaire est recommandée pour traiter les infections gonococciques, quels que soient le ou les sites infectés. Aux États-Unis, les personnes pesant 150 kg ou plus doivent recevoir une dose unique de ceftriaxone intramusculaire de 1 000 mg, ce que les membres du comité n'ont pas jugé nécessaire de recommander au Québec sans preuve d'une meilleure efficacité de cette dose chez les personnes dont le poids est de 150 kg ou plus. Les membres ont spécifié qu'ils n'anticipaient pas d'enjeu d'administration pour une dose de 500 mg malgré le fait que deux fioles soient nécessaires – il s'agit tout de même d'une seule injection. En 2024, concernant la dose de céfixime et d'azithromycine à recommander pour traiter les infections gonococciques,

en raison du manque de nouvelles données, les membres du comité consultatif ont considéré qu'il serait préférable de conserver le *statu quo* en ce qui concerne les posologies pour cette bithérapie, soit les mêmes doses que lors de la mise à jour précédente de ce GUO (céfixime 800 mg PO en dose unique et azithromycine 2 g PO en dose unique) en précisant que la pertinence de ce traitement combiné et que les posologies recommandées risquent fortement d'être remises en question en fonction de l'évolution de la résistance du gonocoque aux différents antibiotiques [INESSS, 2024].

L'argumentaire complet qui a mené à ces recommandations peut être consulté dans le rapport associé aux travaux de mise à jour et, dans un souci de concision, il ne sera pas rapporté ici [INESSS, 2024].

Comme un traitement optimal contre *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* doit être proposé aux personnes traitées de façon empirique pour une cervicite, les parties prenantes ont choisi de recommander comme premier choix de traitement de la cervicite une combinaison du premier choix de traitement contre la chlamydia et du premier choix de traitement contre la gonorrhée (ceftriaxone 500 mg IM en dose unique et doxycycline 100 mg PO BID x 7 jours). Concernant le deuxième choix de traitement de la cervicite, les parties prenantes estiment qu'un traitement oral dans les situations où l'administration intramusculaire est refusée, contre-indiquée ou impossible à réaliser devrait être disponible. La combinaison céfixime et azithromycine (800 mg PO en dose unique et 2 g PO en dose unique, respectivement) est administrée oralement et est recommandée comme deuxième choix de traitement des infections à *N. gonorrhoeae*. La présence de l'azithromycine dans cette combinaison permet de couvrir également les infections à *C. trachomatis*. Les personnes chez qui on anticipe un problème d'adhésion au traitement (l'usage de la doxycycline implique sept jours de traitement) ou qui sont allergiques à la doxycycline, mais qui acceptent l'administration intramusculaire de la ceftriaxone, pourraient recevoir la combinaison ceftriaxone et azithromycine pour traiter leur cervicite.

Les membres du comité consultatif ont réitéré que l'azithromycine est un premier choix de traitement des infections à *C. trachomatis* en présence d'une grossesse, puisque les données recensées appuient cette recommandation.

Les membres ont également affirmé qu'en pratique les céphalosporines peuvent être administrées sans danger durant tous les trimestres de la grossesse et pendant l'allaitement. Les traitements de l'infection à *N. gonorrhoeae* recommandés en l'absence de grossesse peuvent donc être utilisés dans une population enceinte ou qui allaite.

De plus, ils ont souligné que, durant la grossesse, la prise en charge des infections symptomatiques à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* est complexe. Ainsi, en présence d'une cervicite durant la grossesse, les membres ont conclu qu'il est plus prudent d'amorcer le traitement, puis de consulter un collègue expérimenté afin de déterminer la suite de la prise en charge.

En présence d'un antécédent d'allergie à une céphalosporine ou de réaction sévère ou très sévère à un antibiotique de la classe des pénicillines, les membres du comité consultatif étaient d'avis que la gentamicine 240 mg IM en dose unique (en deux injections de 3 ml chacune) combinée à l'azithromycine 2 g PO en dose unique devaient être choisies, puisque les documents retenus soutiennent leur utilisation.

Concernant les réactions non sévères à un antibiotique de la classe des pénicillines ou les histoires floues, la possibilité de prescrire une céphalosporine selon les recommandations de traitement était toujours adéquate selon les membres.

Les membres se sont également montrés favorables à la conservation intégrale de l'algorithme sur les réactions allergiques antérieures aux antibiotiques de la classe des pénicillines présenté en annexe du GUO.

Puisque l'administration de la gentamicine est déconseillée durant la grossesse, mais qu'en pratique cet agent est assez fréquemment administré aux personnes enceintes dans des milieux spécialisés et dans des circonstances particulières, les membres du comité consultatif ont spécifié : 1) qu'en présence d'un antécédent de réaction allergique durant la grossesse ou l'allaitement il est préférable de consulter un collègue expérimenté; et 2) que l'administration de la gentamicine est déconseillée durant la grossesse et que son usage devrait être réservé aux infections graves ou lorsque les agents de première intention ne peuvent pas être utilisés ou sont susceptibles d'échouer.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Cervicite – Traitement

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

TRAITEMENT	
1^{ER} CHOIX	Ceftriaxone ² 500 mg IM en dose unique ET Doxycycline ³ 100 mg PO BID x 7 jours
2^E CHOIX	Ceftriaxone ² 500 mg IM en dose unique OU céfixime 800 mg PO en dose unique ET Azithromycine ⁴ 2 g PO en dose unique
GROSSESSE	Ceftriaxone ² 500 mg IM en dose unique OU céfixime 800 mg PO en dose unique ET Azithromycine ⁴ 2 g PO en dose unique <i>Amorcer le traitement, puis consulter un collègue expérimenté afin de déterminer la suite de la prise en charge.</i>
ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE ⁵	
À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES ⁶	À UNE CÉPHALOSPORINE
Cliquer ici pour consulter l'algorithme pour aider dans le choix de l'antibiothérapie.	Se référer à l'option de traitement ci-dessous.
Gentamicine ^{7, 8} 240 mg IM (dose unique en deux injections de 3 ml) ET Azithromycine ⁴ 2 g PO en dose unique	

² Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine.

³ La doxycycline est contre-indiquée lors de la grossesse. Elle est compatible, au besoin, avec l'allaitement si le traitement est de moins de 3 semaines.

⁴ S'il y a vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.

⁵ En présence d'un antécédent de réaction allergique durant la grossesse ou l'allaitement, consulter un collègue expérimenté.

⁶ Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.

⁷ Non homologué par Santé Canada pour cette indication.

⁸ L'administration de la gentamicine est déconseillée durant la grossesse. Son usage devrait être réservé aux infections graves ou lorsque les agents de première intention ne peuvent pas être utilisés ou sont susceptibles d'échouer.

2.7.4 Suivi

2.7.4.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Le guide de la Haute Autorité de Santé (HAS) mentionne qu'une consultation de contrôle au jour 3 est nécessaire s'il y a persistance des symptômes (à ce moment, il est conseillé d'adapter le traitement à l'antibiogramme si nécessaire). La HAS recommande également une consultation systématique au jour 7 afin de faire un contrôle de la guérison clinique, de remettre les résultats du bilan d'ITSS et de donner des conseils de prévention [HAS, 2021]. Le document des CDC mentionne quant à lui que les personnes qui ont reçu un traitement contre la cervicite doivent se soumettre à une visite de suivi afin de déterminer si la cervicite est résolue [Workowski *et al.*, 2021].

2.7.4.2 Perspective des cliniciens

Du point de vue expérientiel, les membres du comité consultatif ont mentionné que la visite systématique n'est pas une pratique courante au Québec. Le suivi doit donc être fait selon le jugement du clinicien et selon l'évolution clinique des personnes atteintes. Ainsi, les membres se sont entendus pour reprendre l'énoncé du GUO de 2020, soit de recommander une investigation supplémentaire ou la consultation d'un collègue expérimenté si les symptômes persistent au-delà de 48 à 72 heures ou réapparaissent après la fin du traitement. Les membres ont souhaité à nouveau ajouter une mention relative au test de contrôle qui doit être réalisé (ou non) en fonction de l'étiologie identifiée.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Cervicite – Suivi

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Investigation supplémentaire ou consultation d'un collègue expérimenté si les symptômes persistent au-delà de 48 à 72 heures ou réapparaissent après la fin du traitement.
- Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

2.8 Urétrite

2.8.1 Manifestations cliniques

2.8.1.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les symptômes et les signes de l'urétrite comprennent un écoulement urétral mucoïde, mucopurulent ou purulent, une dysurie, une irritation ou des démangeaisons de l'urètre ou du méat urétral, un érythème du méat urétral ou un œdème du méat urétral [EAU, 2023; ASHM, 2022; ASPC, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021]. L'ASPC recommande d'envisager un autre diagnostic en présence de l'un des symptômes suivants : hématurie, nycturie, pollakiurie, miction impérieuse, difficulté à uriner, faiblesse du jet urinaire, fièvre, frissons, douleur périnéale, douleur lombaire, masses au scrotum ou lymphadénopathie [ASPC, 2022].

2.8.1.2 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes ont spécifié que les manifestations cliniques citées dans la version du GUO de 2020, soit les brûlures mictionnelles, l'inconfort urétral et l'écoulement urétral, sont toujours adéquates et correspondent à l'information provenant des documents retenus. De plus, elles ont réitéré qu'il est important de garder en tête que la pollakiurie, l'hématurie, le ténesme vésical et la miction impérieuse sont rarement associés à une

urétrite. Le repérage de l'un de ces symptômes exige plutôt une évaluation plus approfondie.

INFORMATIONS CLINIQUES – Urétrite – Manifestations cliniques

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les manifestations cliniques de l'urétrite¹ à présenter dans le GUO sont les suivantes :

- Brûlures mictionnelles
- Inconfort urétral
- Écoulement urétral

La pollakiurie, l'hématurie, le ténesme vésical et la miction impérieuse sont rarement associés à une urétrite. L'identification de l'un de ces symptômes exige une évaluation plus approfondie.

¹ Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.

2.8.2 Étiologie

2.8.2.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

N. gonorrhoeae est la cause la plus fréquente de l'urétrite [EAU, 2023; ASHM, 2022; ASCP, 2022; HAS, 2021; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021]. Dans les cas d'urétrite non gonococcique, *C. trachomatis* [EAU, 2023; ASHM, 2022; ASCP, 2022; HAS, 2021; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021] et *M. genitalium* [EAU, 2023; ASHM, 2022; ASCP, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021] sont des causes possibles. *T. vaginalis* [EAU, 2023; ASHM, 2022; ASCP, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021], le virus *Herpes simplex* [ASHM, 2022; ASCP, 2022; Workowski *et al.*, 2021], les adénovirus [ASHM, 2022; ASCP, 2022; Workowski *et al.*, 2021], *Candida albicans* [ASPC, 2022], le virus *Epstein-Barr* [Workowski *et al.*, 2021] et les bactéries entériques [Workowski *et al.*, 2021] figurent, entre autres, parmi les autres causes infectieuses potentielles. Près de la moitié des cas d'urétrite non gonococcique n'ont pas d'étiologie précise [ASHM, 2022; ASCP, 2022]. Le rôle des *Ureaplasma* spp. comme agents pathogènes responsables de l'urétrite est controversé [EAU, 2023]. Le guide canadien précise que, dans certaines circonstances, une approche basée sur l'attente des résultats d'analyses de laboratoire avant de traiter peut être préférable (versus un traitement empirique), puisque la plupart des cas d'urétrite sont d'étiologie inconnue et que les taux de résistance aux antibiotiques augmentent [ASPC, 2022]. Le document de l'European Association of Urology (EAU) spécifie quant à lui qu'en cas d'urétrite sévère un traitement empirique doit être instauré après le diagnostic. Si les symptômes sont légers, un traitement retardé guidé par les résultats des TAAN est recommandé [EAU, 2023].

2.8.2.2 Perspective des cliniciens

La perspective des parties prenantes à l'égard de l'étiologie de l'urétrite est la même que celle présentée à la [section 2.7.2.2](#) pour la cervicite.

INFORMATIONS CLINIQUES – Urétrite – Étiologie

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les étiologies potentielles de l'urétrite à présenter dans le GUO sont les suivantes :

- *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*.
- Si les résultats des analyses sont négatifs pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* et que les symptômes persistent, d'autres agents pathogènes, tels que *Mycoplasma genitalium* et *Trichomonas vaginalis*, devraient être recherchés en plus d'envisager d'autres causes.
- Il est possible que la cause des symptômes demeure inconnue.

2.8.3 Traitement

2.8.3.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Un traitement contre *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* doit être proposé aux personnes traitées de façon empirique [HAS, 2021; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021].

Parmi les documents retenus qui traitent spécifiquement du traitement empirique de l'urétrite, l'ASPC recommande, comme traitement de l'urétrite gonococcique suspectée, la ceftriaxone 250 mg IM en dose unique ou le céfixime 800 mg PO en dose unique combiné avec l'azithromycine 1 g PO en dose unique [ASPC, 2022], et le document australien recommande la ceftriaxone 500 mg IM en dose unique en combinaison avec l'azithromycine 1 g PO en dose unique ou la ceftriaxone 500 mg IM en dose unique en combinaison avec la doxycycline 100 mg PO BID durant 7 jours [ASHM, 2022]. Comme traitement empirique de l'urétrite à *C. trachomatis* suspectée, l'ASPC recommande la doxycycline 100 mg PO BID durant 7 jours ou l'azithromycine 1 g PO en dose unique si l'adhésion au traitement n'est pas garantie [ASPC, 2022], tandis que l'ASHM recommande seulement l'usage de la doxycycline [ASHM, 2022]. La HAS recommande un traitement antibiotique probabiliste associant un traitement anti-gonococcique et un traitement anti-*Chlamydiae* (ceftriaxone 1000 mg IM (ou IV) en dose unique et doxycycline 100 mg PO BID durant 7 jours ou azithromycine 1 g PO en dose unique) [HAS, 2021]. L'EAU et les CDC recommandent, pour les urétrites non gonococciques sans agent pathogène identifié, la doxycycline 100 mg PO BID durant 7 jours comme premier choix de traitement [EAU, 2023; Workowski *et al.*, 2021]. Pour les urétrites gonococciques suspectées, l'EAU recommande, en première intention, la ceftriaxone

1 000 mg IM (ou IV) en dose unique en combinaison avec l'azithromycine 1 g PO en dose unique [EAU, 2023].

Dans le cadre de la mise à jour du GUO de l'INESSS sur les infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*, les différents documents retenus contenaient des recommandations de traitement spécifiques à l'étiologie confirmée (traitement non empirique) [INESSS, 2024]. Ces recommandations peuvent être consultées à la [section 2.7.3.1](#) du présent rapport.

2.8.3.2 Perspective des cliniciens

La perspective des parties prenantes à l'égard du traitement de l'urétrite est la même que celle présentée à la [section 2.7.3.3](#) pour la cervicite.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Urétrite – Traitement

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

TRAITEMENT	
1^{ER} CHOIX	Ceftriaxone ² 500 mg IM en dose unique ET Doxycycline ³ 100 mg PO BID x 7 jours
2^E CHOIX	Ceftriaxone ² 500 mg IM en dose unique OU céfixime 800 mg PO en dose unique ET Azithromycine ⁴ 2 g PO en dose unique
GROSSESSE	Ceftriaxone ² 500 mg IM en dose unique OU céfixime 800 mg PO en dose unique ET Azithromycine ⁴ 2 g PO en dose unique <i>Amorcer le traitement, puis consulter un collègue expérimenté afin de déterminer la suite de la prise en charge.</i>
ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE ⁵	
À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES ⁶	À UNE CÉPHALOSPORINE
Cliquer ici pour consulter l'algorithme pour aider dans le choix de l'antibiothérapie.	Se référer à l'option de traitement ci-dessous.
Gentamicine ^{7, 8} 240 mg IM (dose unique en deux injections de 3 ml) ET Azithromycine ⁴ 2 g PO en dose unique	

² Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine.

³ La doxycycline est contre-indiquée lors de la grossesse. Elle est compatible, si nécessaire, avec l'allaitement si le traitement est de moins de 3 semaines.

⁴ S'il y a vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.

⁵ En présence d'un antécédent de réaction allergique durant la grossesse ou l'allaitement, consulter un collègue expérimenté.

⁶ Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.

⁷ Non homologué par Santé Canada pour cette indication.

⁸ L'administration de la gentamicine est déconseillée durant la grossesse. Son usage devrait être réservé aux infections graves ou lorsque les agents de première intention ne peuvent pas être utilisés ou sont susceptibles d'échouer.

2.8.4 Suivi

2.8.4.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Le guide de la Haute Autorité de Santé mentionne qu'une consultation de contrôle au jour 3 est nécessaire s'il y a persistance des symptômes (à ce moment, il est conseillé d'adapter le traitement à l'antibiogramme si nécessaire). La HAS recommande également une consultation systématique au jour 7 afin de faire un contrôle de la guérison clinique, de remettre les résultats du bilan d'ITSS et de donner des conseils de prévention [HAS, 2021]. De son côté, le guide de l'EAU mentionne que les personnes qui souffrent d'une urétrite doivent être suivies pour contrôler l'éradication de l'agent pathogène après la fin du traitement uniquement si l'adhésion au traitement est remise en question ou si les symptômes persistent ou réapparaissent [EAU, 2023].

2.8.4.2 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes ont mentionné que la visite systématique n'est pas une pratique courante au Québec. Le suivi doit donc être fait selon le jugement du clinicien et l'évolution clinique des personnes atteintes. D'après elles, il faut tenir compte du fait que la disparition des symptômes peut prendre jusqu'à 7 jours. Ainsi, l'énoncé du GUO de 2020, soit de recommander une investigation supplémentaire ou la consultation d'un collègue expérimenté si les symptômes persistent ou réapparaissent, a été reconduit. Les parties prenantes désiraient toujours ajouter une mention relative au test de contrôle qui doit être réalisé (ou non) en fonction de l'étiologie identifiée.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Urétrite – Suivi

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

- La disparition des symptômes peut prendre jusqu'à 7 jours.
- Investigation supplémentaire ou consultation d'un collègue expérimenté si les symptômes persistent ou réapparaissent.
- Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

2.9 Épididymite/orchi-épididymite

2.9.1 Manifestations cliniques

2.9.1.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

L'épididymite aiguë est un syndrome clinique provoquant des douleurs, un gonflement et une inflammation de l'épididyme, le tout étant généralement unilatéral [EAU, 2023];

ASHM, 2022; ASPC, 2022; Chirwa *et al.*, 2021; Workowski *et al.*, 2021]. Les autres signes et symptômes rapportés dans les documents retenus sont une sensibilité à la palpation du côté touché [ASPC, 2022], une tuméfaction palpable de l'épididyme [ASPC, 2022], un écoulement urétral [ASHM, 2022; ASPC, 2022; Chirwa *et al.*, 2021], une hydrocèle [ASPC, 2022; Chirwa *et al.*, 2021], un érythème et/ou œdème du scrotum du côté touché [ASPC, 2022; Chirwa *et al.*, 2021] et de la fièvre, des frissons ou les deux [ASPC, 2022; Chirwa *et al.*, 2021].

La torsion testiculaire est le diagnostic différentiel le plus important [ASHM, 2022; ASPC, 2022; Chirwa *et al.*, 2021]. On peut envisager la possibilité d'une torsion du testicule dans tous les cas de douleur testiculaire aiguë et unilatérale. La torsion testiculaire est plus probable lorsque la douleur est soudaine et intense. Elle nécessite une évaluation et une prise en charge urgentes, car la viabilité du testicule pourrait être compromise. La torsion testiculaire est plus fréquente chez les hommes de moins de 20 ans, mais elle peut survenir à tout âge [ASPC, 2022].

2.9.1.2 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes ont spécifié que les manifestations cliniques citées dans la version du GUO de 2020 sont toujours adéquates et correspondent à l'information provenant des documents retenus. En ce qui concerne les diagnostics différentiels, elles ont réitéré qu'il est important de consulter un collègue expérimenté et d'envisager une hospitalisation si une douleur sévère ou la fièvre suggèrent un autre diagnostic (torsion testiculaire, infarctus testiculaire, abcès, fasciite nécrosante). En effet, selon elles, une forte fièvre est inhabituelle et suggère une infection plus grave.

INFORMATIONS CLINIQUES – Épididymite/orchi-épididymite – Manifestations cliniques

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les manifestations cliniques¹ de l'épididymite/orchi-épididymite à présenter dans le GUO sont les suivantes :

- Douleur testiculaire progressive habituellement unilatérale²
- Sensibilité de l'épididyme ou du testicule à la palpation
- Tuméfaction palpable de l'épididyme
- Écoulement urétral
- Hydrocèle
- Érythème ou œdème du scrotum sur le côté affecté
- Fièvre

La consultation d'un collègue expérimenté et une hospitalisation devraient être envisagées si une douleur sévère ou la fièvre suggèrent un autre diagnostic (torsion testiculaire, infarctus testiculaire, abcès, fasciite nécrosante). Une forte fièvre est inhabituelle et elle suggère une infection compliquée; une évaluation plus approfondie est recommandée.

¹ Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.

² Une torsion du testicule devrait être envisagée en cas de douleur aiguë (plus fréquente chez les personnes de moins de 20 ans). Elle constitue une urgence chirurgicale.

2.9.2 Étiologie

2.9.2.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

L'épididymite aiguë est principalement d'origine infectieuse [ASPC, 2022].

Chez les personnes sexuellement actives, *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* sont les causes les plus fréquentes de l'épididymite aiguë. Un des facteurs prédisposants est l'urétrite causée par une ITSS [EAU, 2023; ASHM, 2022; ASPC, 2022; Chirwa *et al.*, 2021; Workowski *et al.*, 2021].

Chez les adultes sans facteurs de risque d'ITSS, les facteurs prédisposants à une épididymite/orchi-épididymite sont, par exemple, une pathologie structurale sous-jacente, des interventions urologiques ou une prostatite bactérienne chronique [EAU, 2023; ASHM, 2022; ASPC, 2022; Chirwa *et al.*, 2021; Workowski *et al.*, 2021].

Les bactéries entériques peuvent également être une cause fréquente d'épididymite aiguë chez les individus sexuellement actifs (de tous les groupes d'âge) qui ont des relations sexuelles anales insertives sans condom [EAU, 2023; ASHM, 2022; ASPC, 2022; Chirwa *et al.*, 2021; Workowski *et al.*, 2021].

2.9.2.2 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes ont affirmé que, selon l'information tirée des documents retenus, la possibilité de former trois groupes d'étiologie, soit *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* chez les personnes qui ont des facteurs de risque d'ITSS, bâtonnets Gram négatif et combinaison des deux étiologies précédentes est toujours possible en 2024. Parmi les personnes chez qui une infection par des bâtonnets Gram négatif est présumée, ceux-ci peuvent avoir été acquis sexuellement (relations anales insertives non protégées) ou lors de manipulations urologiques. D'ailleurs, les parties prenantes ont voulu spécifier que, pour considérer exclusivement les bâtonnets Gram négatif comme cause potentielle des symptômes dans un contexte de relations anales insertives non protégées, les relations doivent concerner des partenaires sexuels mutuellement exclusifs.

INFORMATIONS CLINIQUES – Épididymite/orchi-épididymite – Étiologie

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les étiologies potentielles de l'épididymite/orchi-épididymite à présenter dans le GUO sont les suivantes :

- *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* chez les personnes qui présentent des facteurs de risque d'ITSS
- Bâtonnets Gram négatif acquis, par exemple, lors de manipulations urologiques ou de relations sexuelles anales insertives non protégées chez des partenaires sexuels mutuellement exclusifs
- Combinaison des deux étiologies précédentes

2.9.3 Traitement

2.9.3.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les traitements recommandés pour l'épididymite/orchi-épididymite potentiellement causée par une ITSS sont la ceftriaxone 500 mg IM [ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021] ou 250 mg IM [ASPC, 2022] ou 1 000 mg IM [EAU, 2023; Chirwa *et al.*, 2021] en dose unique en combinaison avec la doxycycline 100 mg PO BID durant 10 à 14 jours [EAU, 2023; ASHM, 2022; ASPC, 2022; Chirwa *et al.*, 2021; Workowski *et al.*, 2021].

Les traitements recommandés pour l'épididymite/orchi-épididymite potentiellement causée par des bâtonnets Gram négatif sont la lévofloxacine 500 mg PO DIE durant 10 jours [Chirwa *et al.*, 2021; Workowski *et al.*, 2021] ou une fluoroquinolone prise par la bouche une fois par jour durant 10 à 14 jours [EAU, 2023] ou l'ofloxacine 200 mg PO BID durant 14 jours [Chirwa *et al.*, 2021].

Les traitements recommandés pour l'épididymite/orchi-épididymite potentiellement causée par une combinaison des deux étiologies précédentes sont la ceftriaxone 500 mg IM [Workowski *et al.*, 2021] ou 250 mg IM [ASPC, 2022] en dose unique en combinaison avec la lévofloxacine 500 mg PO DIE durant 10 jours [ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021]. Un autre schéma possible est la ceftriaxone 1 000 mg IM en dose unique en combinaison avec l'ofloxacine 200 mg PO BID durant 10 jours [Chirwa *et al.*, 2021].

2.9.3.2 Perspective des cliniciens

Lorsqu'une ITSS est suspectée pour expliquer les symptômes d'épididymite/orchi-épididymite, les parties prenantes ont déterminé qu'un traitement optimal contre *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* doit être proposé aux personnes traitées de façon syndromique. Elles ont donc choisi de recommander comme choix de traitement empirique une combinaison du premier choix de traitement contre la chlamydia et du

premier choix de traitement contre la gonorrhée (ceftriaxone 500 mg IM en dose unique et doxycycline 100 mg PO BID x 14 jours). La durée de 14 jours est celle recommandée dans les documents retenus. Dans le cadre de la mise à jour du GUO de l'INESSS sur les infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*, les différents documents retenus contenaient des recommandations de traitement spécifiques à l'étiologie confirmée (traitement non empirique) [INESSS, 2024]. Ces recommandations peuvent être consultées à la [section 2.7.3.1](#) du présent rapport.

Lorsqu'une infection par des bâtonnets Gram négatif est suspectée pour expliquer les symptômes d'épididymite/orchi-épididymite, les parties prenantes ont choisi de recommander d'amorcer le traitement avec la lévofloxacin 500 mg PO DIE x 10 jours et de réévaluer la pertinence de ce traitement dès la réception du résultat de l'antibiogramme réalisé sur la souche isolée de la culture d'urine. Bien que, dans la version de 2020 du GUO sur l'approche syndromique, c'était l'usage de la ciprofloxacine qui était recommandé dans ce contexte, les membres du comité consultatif ont fait le choix, en 2024, de s'arrimer avec les documents retenus qui recommandent pour leur part l'usage de la lévofloxacin. La lévofloxacin fait partie des antibiotiques recommandés pour le traitement des infections urinaires, et la posologie quotidienne de la lévofloxacin (plutôt que biquotidienne pour la ciprofloxacine) est avantageuse.

Lorsqu'une combinaison des deux étiologies précédentes est suspectée, les membres ont suggéré de recommander comme choix de traitement empirique une combinaison du premier choix de traitement contre la gonorrhée (ceftriaxone 500 mg IM en dose unique) et d'un choix de traitement efficace contre les infections à *C. trachomatis* qui couvre également les bâtonnets Gram négatif, soit la lévofloxacin 500 mg PO DIE durant 10 jours. Cette combinaison de traitement est celle recommandée dans les documents retenus.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Épididymite/orchi-épididymite – Traitement

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

ÉTIOLOGIE PRÉSUMÉE ET TRAITEMENT		
<i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i> chez les personnes qui présentent des facteurs de risque d'ITSS	Bâtonnets Gram négatif acquis, par exemple, lors de manipulations urologiques ou de relations sexuelles anales insertives non protégées chez des partenaires sexuels mutuellement exclusifs	Une combinaison des deux étiologies précédentes
Avec facteurs de risque d'ITSS ET sans risque d'infection par bâtonnets Gram négatif	Sans facteur de risque d'ITSS ET avec risque d'infection par bâtonnets Gram négatif	Avec facteurs de risque d'ITSS ET avec risque d'infection par bâtonnets Gram négatif
Ceftriaxone ^{3, 4} 500 mg IM en dose unique ET Doxycycline ³ 100 mg PO BID x 14 jours	Amorcer le traitement avec Lévofoxacine ^{3, 5} 500 mg PO DIE x 10 jours ET réévaluer dès la réception du résultat de l'antibiogramme réalisé sur la souche isolée de la culture d'urine	Ceftriaxone ^{3, 4} 500 mg IM en dose unique ET Lévofoxacine ^{3, 5} 500 mg PO DIE x 10 jours
ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE		
À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES ⁶		À UNE CÉPHALOSPORINE
Cliquer ici pour consulter l'algorithme pour aider dans le choix de l'antibiothérapie.		Se référer à l'option de traitement ci-dessous.
Consulter un collègue expérimenté.		

³ Non homologué par Santé Canada pour cette indication.

⁴ Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine.

⁵ Il existe une mise en garde quant à l'usage des fluoroquinolones chez les moins de 18 ans. Consulter un collègue expérimenté pour la population pédiatrique.

⁶ Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.

2.9.4 Suivi

2.9.4.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

L'état des personnes atteintes doit être réévalué si leurs symptômes ne s'améliorent pas en 2 jours [ASPC, 2022], 3 jours [EAU, 2023; Chirwa *et al.*, 2021; Workowski *et al.*, 2021] ou 4 à 5 jours [ASHM, 2022] après le début du traitement. Les signes et symptômes de l'épididymite qui ne s'améliorent pas au cours des 2 à 3 jours nécessitent une réévaluation du diagnostic et du traitement [ASPC, 2022; Chirwa *et al.*, 2021; Workowski *et al.*, 2021]. Une visite de suivi après deux semaines est également recommandée dans les documents européens [EAU, 2023; Chirwa *et al.*, 2021].

2.9.4.2 Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif ont réitéré l'importance d'une réévaluation du diagnostic et du traitement s'il n'y a pas d'amélioration clinique de 48 à 72 heures après le début du traitement, ce qui correspond à l'information tirée des documents retenus. De plus, ils ont confirmé qu'encore en 2024 un réexamen de la personne atteinte environ un mois après la fin du traitement afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'anomalie testiculaire persistante est pertinent. Les membres désiraient aussi toujours ajouter une mention relative au test de contrôle qui doit être réalisé (ou non) en fonction de l'étiologie identifiée.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Épididymite/orchi-épididymite – Suivi

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Réévaluation du diagnostic et du traitement nécessaire s'il n'y a pas d'amélioration clinique de 48 à 72 heures après le début du traitement.
- Réexamen environ 1 mois après la fin du traitement afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'anomalie testiculaire persistante.
- Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

2.10 Atteinte inflammatoire pelvienne

2.10.1 Manifestations cliniques

2.10.1.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les manifestations cliniques de l'AIP peuvent comprendre une sensibilité aux annexes, une sensibilité à la mobilisation du col de l'utérus, une fièvre > 38,3 °C et une sensibilité abdominale [ASPC, 2022; WHO, 2021; Brun *et al.*, 2020]. La dyspareunie, les saignements vaginaux, les pertes vaginales, les nausées et les vomissements sont également nommés [ASHM, 2022; Brun *et al.*, 2020]. Il est à noter que l'absence de fièvre, de nausées ou de vomissements n'exclut pas un diagnostic d'AIP [ASHM, 2022].

2.10.1.2 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes ont spécifié que les manifestations cliniques citées dans la version du GUO de 2020 sont toujours adéquates et correspondent à l'information provenant des documents retenus. Elles ont cependant choisi d'ajouter une mention selon laquelle l'absence de fièvre n'exclut pas le diagnostic d'une AIP. De plus, comme l'AIP est de

nature polymicrobienne, elles ont souhaité préciser que l'absence de détection de *C. trachomatis* ou de *N. gonorrhoeae* à partir des prélèvements effectués lors de l'évaluation clinique n'exclut pas le diagnostic d'une AIP.

INFORMATIONS CLINIQUES – Atteinte inflammatoire pelvienne – Manifestations cliniques

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les manifestations cliniques¹ de l'AIP à présenter dans le GUO sont les suivantes :

Les manifestations suivantes, associées ou non à la cervicite, suggèrent un diagnostic d'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) :

- Dyspareunie profonde
- Fièvre (l'absence de fièvre n'exclut pas le diagnostic d'une AIP)
- Sensibilité abdominale basse, à une ou aux deux annexes ou à la mobilisation du col utérin

L'absence de détection de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* à partir des prélèvements effectués lors de l'évaluation clinique n'exclut pas le diagnostic d'une AIP.

¹ Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.

2.10.2 Étiologie

2.10.2.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

L'AIP peut être une infection polymicrobienne. Les agents étiologiques associés à l'AIP peuvent inclure les ITS et plusieurs autres types de bactéries, dont des bactéries anaérobies [ASHM, 2022; ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021]. Dans la plupart des cas, l'étiologie microbienne précise de l'AIP est inconnue et aucun organisme spécifique n'est identifié [ASPC, 2022]. Les infections à *C. trachomatis*, à *N. gonorrhoeae* ou à *M. genitalium* sont les ITS les plus souvent détectées dans les cas d'AIP [ASHM, 2022; ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021; Brun *et al.*, 2020].

2.10.2.2 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes ont simplement réitéré que l'AIP est de nature polymicrobienne, donc que le traitement proposé doit couvrir un large spectre d'agents pathogènes.

INFORMATIONS CLINIQUES – Atteinte inflammatoire pelvienne – Étiologie

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les étiologies potentielles de l'AIP à présenter dans le GUO sont les suivantes :

- Les schémas thérapeutiques doivent couvrir un large spectre d'agents pathogènes, comprenant les agents d'ITSS, en plus de tenir compte de la nature polymicrobienne des AIP.

2.10.3 Principes de traitement

2.10.3.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Pour les AIP non compliquées sans symptômes sévères, un traitement antibiotique ambulatoire est recommandé [Brun *et al.*, 2020].

Une des séquelles à long terme possibles de l'AIP est la grossesse ectopique [ASPC, 2022].

L'AIP n'est pas une indication pour le retrait d'un dispositif intra-utérin. Si le retrait d'un DIU est prévu, attendre qu'au moins deux doses d'antibiotiques aient été prises [ASPC, 2022].

L'hospitalisation de la personne atteinte d'une AIP devrait être envisagée dans les situations suivantes : urgences chirurgicales qui ne peuvent pas être exclues (p. ex. appendicite, grossesse ectopique, abcès tubo-ovarien) [ASHM, 2022; ASPC, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021], grossesse (bien que l'AIP soit rare durant la grossesse, particulièrement après le premier trimestre, il existe un risque accru d'effets indésirables, tant pour la personne enceinte que pour la grossesse) [ASHM, 2022; ASPC, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021], maladie sévère (douleur intense, malaise, nausées, vomissements ou forte fièvre) [ASHM, 2022; ASPC, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021], aucune réponse clinique au traitement ambulatoire deux à trois jours après le début de l'antibiothérapie [ASHM, 2022; ASPC, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021], problème d'adhésion au traitement envisagé [ASPC, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021], intolérance au traitement envisagée [ASHM, 2022; ASPC, 2022; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021], immunosuppression [ASPC, 2022], diagnostic incertain [ASHM, 2022; WHO, 2021] et personne atteinte sans domicile fixe [ASHM, 2022].

2.10.3.2 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes ont réitéré l'importance que le GUO présente des recommandations sur la prise en charge de l'AIP seulement en milieu ambulatoire, car ce guide s'adresse aux cliniciens de première ligne. De plus, la possibilité d'une grossesse doit être écartée afin de déterminer la suite des choses. Elles ont souhaité reprendre intégralement l'information concernant le retrait du stérilet provenant de la version du

GUO de 2020. Il en est de même pour la recommandation selon laquelle, si l'antibiothérapie est amorcée à l'hôpital, sa poursuite éventuelle en ambulatoire doit permettre de compléter une durée totale de traitement de 14 jours. Cela représente la durée de traitement recommandée pour la doxycycline et le métronidazole. Concernant les critères d'hospitalisation ou d'orientation vers un collègue expérimenté, la liste de 2020 a été reprise, puisqu'elle est appuyée par les documents recensés et qu'elle correspond à la pratique actuelle des cliniciens québécois.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Atteinte inflammatoire pelvienne – Principes de traitement

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Ce guide présente exclusivement les traitements administrés par voies orale et intramusculaire.
- Écarter la possibilité d'une grossesse.
- Stérilet : le retrait immédiat n'est pas requis. Une évaluation est recommandée de 48 à 72 heures à la suite de l'amorce de l'antibiothérapie. Cette dernière doit toutefois avoir commencé avant le retrait éventuel du stérilet.
- Si l'antibiothérapie est amorcée à l'hôpital, la poursuite éventuelle en ambulatoire doit permettre de compléter une durée totale de traitement de 14 jours.
- Critères d'hospitalisation ou d'orientation vers un collègue expérimenté :
 - Suspicion d'urgence chirurgicale (p. ex. : appendicite ou grossesse extra-utérine)
 - Atteinte grave de l'état général, nausées, vomissements ou forte fièvre
 - Suspicion d'abcès tubo-ovarien
 - Grossesse
 - Immunosuppression modérée ou grave
 - Problème anticipé d'adhésion à l'antibiothérapie ambulatoire
 - Intolérance à l'antibiothérapie ambulatoire
 - Absence de réponse clinique après 3 jours

2.10.4 Traitement

2.10.4.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Pour les traitements ambulatoires, la combinaison ceftriaxone (500 mg IM [ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021] ou 250 mg IM [ASPC, 2022] ou 1 000 mg IM ou IV [Brun *et al.*, 2020]) en dose unique avec la doxycycline 100 mg PO BID x 14 jours et avec le métronidazole (500 mg PO [ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021; Brun *et al.*, 2020] ou 400 mg PO [ASHM, 2022]) BID x 14 jours est la plus souvent citée comme premier choix de traitement empirique de l'AIP dans les documents retenus [ASHM, 2022; ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021; Brun *et al.*, 2020]. La durée de traitement recommandée par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français et la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (CNGOF-SPILF) avec la doxycycline et le métronidazole dans cette trithérapie est de 10 jours [Brun *et al.*, 2020]. Cette trithérapie couvre *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, les bactéries anaérobies ainsi que les bactéries à Gram négatif et les streptocoques [Brun *et al.*, 2020]. Le métronidazole, dans cette trithérapie, permet l'éradication des bactéries anaérobies [ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021].

2.10.4.2 Perspective des cliniciens

Afin de couvrir *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* adéquatement, les parties prenantes ont déterminé qu'un traitement optimal contre ces deux ITS doit être proposé aux personnes traitées de façon syndromique pour une AIP. Elles ont donc choisi de recommander comme traitement empirique de l'AIP une combinaison du premier choix de traitement pour la chlamydia et du premier choix de traitement pour la gonorrhée (ceftriaxone 500 mg IM en dose unique et doxycycline 100 mg PO BID x 14 jours). La durée de 14 jours est celle recommandée dans les documents retenus. Dans le cadre de la mise à jour du GUO de l'INESSS sur les infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*, les différents documents retenus contenaient des recommandations de traitement spécifiques à l'étiologie confirmée (traitement non empirique) [INESSS, 2024]. Ces recommandations peuvent être consultées à la [section 2.7.3.1](#) du présent rapport.

Comme l'AIP est souvent polymicrobienne, la ceftriaxone et la doxycycline sont des antibiotiques à large spectre qui ont l'avantage de couvrir, en plus de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae*, d'autres bactéries potentiellement à l'origine des symptômes. De plus, afin de tenir compte également de la possibilité de la présence de bactéries anaérobies, les parties prenantes ont trouvé primordial d'ajouter le métronidazole (500 mg PO BID x 14 jours) au traitement recommandé.

Finalement, comme la prise en charge de l'AIP en présence d'une grossesse est complexe, les parties prenantes ont préféré recommander de consulter un collègue expérimenté dans cette situation. Elles ont également proposé d'ajouter une mention selon laquelle les manifestations cliniques de l'AIP peuvent parfois être confondues avec certains symptômes associés à la grossesse (malaises pelviens, nausées, vomissements, légers saignements, fatigue). La vigilance des cliniciens s'impose donc.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Atteinte inflammatoire pelvienne – Traitement

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

TRAITEMENT	
TRAITEMENT AMBULATOIRE	Ceftriaxone ^{2, 3} 500 mg IM en dose unique ET Doxycycline ^{2, 4} 100 mg PO BID x 14 jours ET Métronidazole ^{2, 5} 500 mg PO BID x 14 jours
GROSSESSE	Consulter un collègue expérimenté. <i>Les manifestations cliniques de l'AIP peuvent parfois être confondues avec certains symptômes associés à la grossesse, p. ex. des malaises pelviens, des nausées, de légers saignements et de la fatigue. La vigilance s'impose.</i>
ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE	
À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES ⁶	À UNE CÉPHALOSPORINE
Cliquer ici pour consulter l'algorithme pour aider dans le choix de l'antibiothérapie.	Se référer à l'option de traitement ci-dessous.
Consulter un collègue expérimenté.	

² Non homologué par Santé Canada pour cette indication.

³ Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine.

⁴ La doxycycline est contre-indiquée lors de la grossesse. Elle est compatible, au besoin, avec l'allaitement si le traitement est de moins de 3 semaines.

⁵ En cas de nausées incapacitantes ou de vomissements, recommander l'arrêt du métronidazole et la poursuite de la doxycycline.

⁶ Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.

2.10.5 Suivi

2.10.5.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les personnes atteintes d'une AIP devraient constater une amélioration clinique au cours des trois jours suivant le début de l'antibiothérapie [Workowski *et al.*, 2021]. L'ASPC et l'ASHM recommandent d'évaluer la réponse au traitement deux à trois jours après le début de l'antibiothérapie [ASHM, 2022; ASPC, 2022], tandis que le CNGOF et le SPILF recommandent une telle réévaluation 3 à 5 jours après le début de l'antibiothérapie [Brun *et al.*, 2020].

2.10.5.2 Perspective des cliniciens

Du point de vue expérientiel, les membres du comité consultatif ont mentionné que la visite systématique trois jours après le début du traitement de l'AIP est toujours une pratique courante au Québec et devrait être recommandée dans le GUO mis à jour. Les membres ont toujours souhaité ajouter une mention relative au test de contrôle qui doit être réalisé (ou non) en fonction de l'étiologie identifiée.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Atteinte inflammatoire pelvienne – Suivi

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Les personnes devraient être suivies étroitement et subir un nouvel examen 3 jours après le début du traitement afin de vérifier l'amélioration clinique.
- Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

2.11 Rectite

2.11.1 Manifestations cliniques

2.11.1.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus mentionnent la douleur anorectale, l'envie continue ou récurrente d'aller à la selle, la constipation, les selles sanguinolentes et l'écoulement rectal mucopurulent comme manifestations cliniques possibles de la rectite [Richardson *et al.*, 2023; ASHM, 2022; ASPC, 2022; de Vries *et al.*, 2021; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021].

2.11.1.2 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes ont spécifié que les manifestations cliniques citées dans la version du GUO de 2020, soit l'écoulement rectal mucopurulent, la douleur anorectale, les selles sanglantes, le ténesme et la constipation sont toujours adéquates en 2024.

INFORMATIONS CLINIQUES – Rectite – Manifestations cliniques

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les manifestations cliniques¹ de la rectite à présenter dans le GUO sont les suivantes :

- Écoulement rectal mucopurulent
- Douleur anorectale
- Selles sanglantes
- Ténésme
- Constipation

1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.

2.11.2 Étiologie

2.11.2.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

La rectite peut être une infection polymicrobienne. Les ITS les plus communément associées à la rectite comprennent *C. trachomatis* (géotypes LGV et non LGV), *N. gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* et le virus *Herpès simplex* (VHS) [Richardson *et al.*, 2023; ASHM, 2022; ASPC, 2022; de Vries *et al.*, 2021; Workowski *et al.*, 2021]. *M. genitalium* est parfois cité comme une cause possible de la rectite, qui dans ce cas est souvent asymptomatique [Richardson *et al.*, 2023; ASHM, 2022; de Vries *et al.*, 2021; Workowski *et al.*, 2021]. Des infections entériques peuvent également être acquises lors d'activités sexuelles oro-anales et entraîner une rectocolite. La rectocolite peut être associée à *Entamoeba histolytica*, à *Campylobacter* spp., à *Salmonella* spp. et à *Shigella* spp [ASPC, 2022; de Vries *et al.*, 2021; WHO, 2021].

2.11.2.2 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes ont spécifié que les étiologies possibles de la rectite citées dans la version du GUO de 2020 sont toujours pertinentes et doivent demeurer inchangées. De plus, elles correspondent à l'information tirée des documents retenus en 2024. Les parties prenantes ont précisé qu'il était important de conserver la mention que les maladies inflammatoires de l'intestin ou un traumatisme lié à l'insertion d'un corps étranger peuvent être la source de symptômes associés à la rectite.

INFORMATIONS CLINIQUES – Rectite – Étiologie

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les étiologies potentielles de la rectite à présenter dans le GUO sont les suivantes :

- *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* (génotypes LGV et non LGV), *Treponema pallidum* (syphilis) et virus Herpès simplex
- Maladie inflammatoire de l'intestin
- Dommage tissulaire résultant de l'insertion de corps étrangers

En présence de diarrhée et de crampes abdominales, envisager une infection par des agents entéropathogènes qui peuvent être transmis par voie oro-anale, tels *Shigella* spp. ou *Campylobacter* spp.

2.11.3 Principes de traitement

2.11.3.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Lorsqu'une personne présente des symptômes de rectite, il convient de faire un dépistage complet des ITSS, y compris la recherche de la syphilis [Richardson *et al.*, 2023; ASPC, 2022] et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [Richardson *et al.*, 2023; de Vries *et al.*, 2021].

2.11.3.2 Perspective des cliniciens

Comme la rectite est associée à des activités sexuelles à risque élevé, les membres du comité consultatif sont toujours d'avis en 2024 que, en plus de la recherche de *N. gonorrhoeae* par culture et TAAN et de *C. trachomatis* par TAAN au niveau rectal, il faut procéder à des analyses sérologiques de la syphilis et du virus de l'immunodéficience humaine.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Rectite – Principes de traitement

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

- En plus de la recherche de *N. gonorrhoeae* par culture et TAAN et de *C. trachomatis* par TAAN au niveau rectal, il est particulièrement important de procéder à des analyses sérologiques pour rechercher la syphilis et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez toute personne qui présente une rectite.

2.11.4 Traitement

2.11.4.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Un traitement contre *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* doit être proposé aux personnes traitées de façon empirique pour une rectite dont l'étiologie présumée est une ITSS [Richardson *et al.*, 2023; ASHM, 2022; ASPC, 2022; de Vries *et al.*, 2021; Workowski *et al.*, 2021]. Certaines autorités suggèrent d'ajouter un traitement contre le VHS [Richardson *et al.*, 2023; ASHM, 2022]. La combinaison ceftriaxone 500 mg IM en dose unique [Workowski *et al.*, 2021] ou 1 000 mg IM en dose unique [de Vries *et al.*, 2021] et doxycycline 100 mg PO BID x 7 jours [de Vries *et al.*, 2021; Workowski *et al.*, 2021] est recommandée dans deux documents. Le traitement empirique de la rectite recommandé par l'ASPC est la ceftriaxone 250 mg IM dose en unique ou le céfixime 800 mg PO en dose unique en combinaison avec l'azithromycine 1 g PO en dose unique ou la doxycycline 100 mg PO BID durant 7 à 10 jours [ASPC, 2022].

Dans le cadre de la mise à jour du GUO sur les infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* de l'INESSS, les différents documents retenus contenaient des recommandations de traitement spécifiques à l'étiologie confirmée (traitements non empiriques) [INESSS, 2024]. Ces recommandations peuvent être consultées à la [section 2.7.3.1](#) du présent rapport.

2.11.4.2 Perspective des cliniciens

Aucun changement n'a été apporté à cette section du GUO dans le cadre de la présente mise à jour. En effet, lorsqu'une ITSS est suspectée pour expliquer les symptômes de rectite, les parties prenantes ont réitéré qu'un traitement optimal contre *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* doit être proposé aux personnes traitées de façon syndromique. Elles ont choisi de reconduire la même recommandation comme premier choix de traitement empirique de la rectite, c'est-à-dire une combinaison du premier choix de traitement pour la chlamydia et du premier choix de traitement pour la gonorrhée (ceftriaxone 500 mg IM en dose unique et doxycycline 100 mg PO BID x 7 jours). Concernant le deuxième choix de traitement empirique de la rectite, les parties prenantes considèrent toujours qu'un traitement oral devrait être disponible dans les situations pour lesquelles l'administration intramusculaire est refusée, contre-indiquée ou impossible à réaliser. La combinaison céfixime et azithromycine (800 mg PO en dose unique et 2 g PO en dose unique, respectivement) est administrée oralement et est recommandée comme deuxième choix de traitement des infections à *N. gonorrhoeae*. À cette combinaison doit s'ajouter le traitement optimal pour les infections rectales à *C. trachomatis*, soit la doxycycline (100 mg PO BID x 7 jours). En effet, l'INESSS a publié en 2018 une revue systématique visant à comparer l'efficacité d'une antibiothérapie avec l'azithromycine à celle d'une antibiothérapie avec la doxycycline chez des personnes âgées de 14 ans et plus traitées pour une infection urogénitale ou rectale à *C. trachomatis*. Les résultats des études retenues dans cette revue systématique de l'INESSS ont montré que les taux de guérison microbiologique étaient plus élevés avec la doxycycline qu'avec l'azithromycine pour les infections rectales (niveau de preuve modéré) [INESSS, 2018].

Finalement, comme la prise en charge de la rectite est complexe en présence d'une grossesse, les parties prenantes ont préféré recommander de consulter un collègue expérimenté dans cette situation.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Rectite – Traitement

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

TRAITEMENT SI ÉTIOLOGIE ITSS PRÉSUMÉE	
1 ^{ER} CHOIX	Ceftriaxone ² 500 mg IM en dose unique ET Doxycycline ^{3, 4} 100 mg PO BID x 7 jours
2 ^E CHOIX	Céfixime 800 mg PO en dose unique ET Azithromycine ^{3, 5} 2 g PO en dose unique ET Doxycycline ^{3, 4} 100 mg PO BID x 7 jours
GROSSESSE	Consulter un collègue expérimenté.
ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE ⁶	
À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES ⁷	À UNE CÉPHALOSPORINE
Cliquer ici pour consulter l'algorithme pour aider dans le choix de l'antibiothérapie.	Se référer à l'option de traitement ci-dessous.
Gentamicine ^{3, 8} 240 mg IM (dose unique en deux injections de 3 ml) ET Azithromycine ^{3, 5} 2 g PO en dose unique	

² Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine.

³ Non homologué par Santé Canada pour cette indication.

⁴ La doxycycline est contre-indiquée lors de la grossesse. Elle est compatible, au besoin, avec l'allaitement si le traitement est de moins de 3 semaines.

⁵ S'il y a vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.

⁶ En présence d'un antécédent de réaction allergique durant la grossesse ou l'allaitement, consulter un collègue expérimenté.

⁷ Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.

⁸ L'administration de la gentamicine est déconseillée durant la grossesse. Son usage devrait être réservé aux infections graves ou lorsque les agents de première intention ne peuvent pas être utilisés ou sont susceptibles d'échouer.

2.11.5 Suivi

2.11.5.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les CDC précisent que le suivi doit être basé sur l'étiologie découverte et la sévérité des symptômes [Workowski *et al.*, 2021]. L'ASPC mentionne qu'il est important d'évaluer la réponse au traitement chez toutes les personnes traitées pour une rectite et d'envisager d'orienter les personnes qui ont une rectite persistante ou récurrente vers un collègue expérimenté [ASPC, 2022]. La BASHH recommande que les personnes qui présentent des symptômes sévères de rectite soient revues après 7 jours [Richardson *et al.*, 2023]. L'IUSTI indique pour sa part qu'un suivi n'est pas nécessaire en cas de rectite [de Vries *et al.*, 2021].

En présence d'un résultat positif à *C. trachomatis* avec un génotypage associé à la LGV, les documents qui abordent cette possibilité recommandent de commencer ou poursuivre le traitement avec la doxycycline 100 mg PO BID pour un total de 21 jours consécutifs [ASPC, 2022; de Vries *et al.*, 2021; WHO, 2021; Workowski *et al.*, 2021].

2.11.5.2 Éléments contextuels

Pour les cas d'infection à *C. trachomatis* dont le génotype est associé à la LGV, le MSSS a développé un outil qui présente, entre autres, les traitements recommandés dans cette situation [MSSS, 2019c].

2.11.5.3 Perspective des cliniciens

Les parties prenantes se sont montrées en accord avec les recommandations canadiennes sur le fait qu'il est important d'évaluer la réponse au traitement chez toutes les personnes traitées pour une rectite. Un tel suivi est pratique courante au Québec. Puisqu'il est difficile de déterminer un délai unique pour la résolution attendue des symptômes de la rectite, elles ont souhaité indiquer qu'un suivi clinique est requis jusqu'à la résolution des symptômes. Elles ont réitéré, comme cela est recommandé dans le GUO sur les infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*, qu'un traitement de 21 jours avec la doxycycline est requis en présence de LGV [INESSS, 2024]. Elles ont souhaité faire référence à l'outil du MSSS pour plus de détails. Les parties prenantes ont toujours souhaité ajouter une mention relative au test de contrôle qui doit être réalisé (ou non) en fonction de l'étiologie identifiée.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Rectite –Suivi

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Un suivi clinique est requis jusqu'à la résolution des symptômes.
- En présence d'un résultat positif à *C. trachomatis* avec un génotypage associé à la LGV, commencer ou poursuivre le traitement avec la doxycycline⁴ 100 mg PO BID pour un total de 21 jours consécutifs. Pour plus de détails, consulter l'[outil clinique sur la LGV](#).
- Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

⁴ La doxycycline est contre-indiquée lors de la grossesse. Elle est compatible, si nécessaire, avec l'allaitement si le traitement est de moins de 3 semaines.

2.12 Test de contrôle

2.12.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Comme *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* sont les agents pathogènes sexuellement transmissibles les plus souvent associés aux syndromes cliniques abordés dans le GUO, les recommandations concernant les tests de contrôle sont issues des documents propres à ces deux étiologies.

En ce qui concerne le test de contrôle à la suite d'une infection confirmée à *C. trachomatis*, les documents retenus rapportent qu'un test de contrôle est recommandé seulement si l'adhésion au traitement est remise en question [ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021], si les symptômes persistent [ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021], si une réinfection est suspectée [Workowski *et al.*, 2021], si le traitement administré ne fait pas partie des traitements recommandés [ASPC, 2022], si la personne est impubère [ASPC, 2022], si la personne est enceinte [ASHM, 2022; ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021], si une infection anorectale a été traitée avec l'azithromycine [ASHM, 2022] ou si l'infection à *C. trachomatis* est de génotype L₁₋₃ (LGV) [ASPC, 2022]. Le délai minimal recommandé avant la réalisation du test de contrôle par TAAN est de 3 semaines après la fin du traitement dans certains documents [ASPC, 2022] et de 4 semaines dans d'autres [ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021].

En ce qui concerne le test de contrôle à la suite d'une infection confirmée à *N. gonorrhoeae*, les CDC mentionnent qu'un test de contrôle n'est pas nécessaire pour les personnes qui reçoivent un diagnostic de gonorrhée urogénitale ou rectale non compliquée et qui sont traitées avec l'un des schémas thérapeutiques recommandés ou alternatifs. Toute personne atteinte de gonorrhée pharyngée doit cependant revenir après le traitement initial pour un test de contrôle [Workowski *et al.*, 2021]. Un guide belge recommande quant à lui un test de contrôle en présence de suspicion d'échec du traitement, d'utilisation d'un traitement qui ne fait pas partie de ceux recommandés ou d'une grossesse (dans les autres situations, le test de contrôle est facultatif) [Jespers *et al.*, 2023]. Les cinq autres documents retenus mentionnent qu'un test de contrôle à tous les sites infectés est recommandé dans tous les cas [ASHM, 2022; ASPC, 2022; PHO, 2022; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020]. Toujours selon les documents retenus, le délai minimal recommandé avant la réalisation du test de contrôle par culture est de 3 à 7 jours après la fin du traitement [ASPC, 2022; PHO, 2022], le délai minimal recommandé avant la réalisation du test de contrôle par TAAN est de 2 à 3 semaines après la fin du traitement [ASHM, 2022; ASPC, 2022; PHO, 2022], tandis que le délai minimal recommandé avant la réalisation du test de contrôle par TAAN ou culture est de 7 à 14 jours après la fin du traitement dans le document des États-Unis [Workowski *et al.*, 2021]. Les guides européens émettent leurs recommandations en fonction de la présence ou non de symptômes; lorsque des symptômes persistent, une culture doit être réalisée au moins 72 heures (3 à 7 jours) après la fin du traitement [Jespers *et al.*, 2023; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020], tandis que, chez une personne asymptomatique, un TAAN doit être fait, généralement deux semaines (7 à 14 jours) [Fifer *et al.*, 2020;

Unemo *et al.*, 2020], ou quatre semaines [Jespers *et al.*, 2023] après la fin du traitement, suivi d'une culture si le TAAN est positif.

2.12.2 Perspective des cliniciens

Concernant les indications des tests de contrôle à la suite d'une infection confirmée à *C. trachomatis*, les membres du comité ont choisi de conserver sans modification la liste des indications de 2020. En effet, cette liste résume l'ensemble des indications recensées dans les documents retenus lors de la présente mise à jour, sauf en ce qui concerne les personnes impubères. Les membres n'ont pas souhaité ajouter ce dernier élément, car c'est une situation rare chez les 14 ans et plus.

Concernant les indications des tests de contrôle à la suite d'une infection confirmée à *N. gonorrhoeae*, les membres ont précisé que le fait d'avoir une liste de situations pour lesquelles les tests de contrôle sont particulièrement recommandés dans la version de 2020 du GUO était source de confusion pour les cliniciens, particulièrement si ceux-ci regardaient rapidement le document sans tout lire. Ils ont donc suggéré de simplement mentionner qu'il est recommandé d'effectuer un test de contrôle dans tous les cas d'infection confirmée à *N. gonorrhoeae*. Cela aura possiblement comme conséquence favorable, outre une plus grande clarté, une augmentation du nombre de tests de contrôle réalisés. Selon les membres questionnés à ce sujet, la possibilité de la réalisation d'un plus grand volume de tests de contrôle au Québec n'augmentera pas significativement les ressources nécessaires.

De plus, dans l'optique de faciliter la gestion et la compréhension des tests de contrôle par les cliniciens du Québec et de favoriser leur usage optimal, les membres ont suggéré d'uniformiser, pour les infections à *C. trachomatis* et les infections à *N. gonorrhoeae*, les types de tests à utiliser et les délais minimaux requis après la fin du traitement avant de les réaliser. Auparavant, le TAAN de contrôle pour *N. gonorrhoeae* était recommandé à partir de 2 semaines après la fin du traitement; le délai a été augmenté à 3 semaines afin de s'harmoniser avec la recommandation concernant *C. trachomatis* et de diminuer la probabilité d'obtenir un résultat de TAAN positif causé par la persistance de matériel génétique résiduel (bactéries non viables). Les membres ont proposé de recommander un test de contrôle par TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement pour les deux types d'infection, ce qui est cohérent avec l'information extraite des documents retenus et le contexte québécois actuel. Des mentions ont été ajoutées indiquant que, si le prélèvement est effectué au cours des 3 semaines suivant le traitement, la recherche de *N. gonorrhoeae* doit se faire par culture et que, pour les infections à *N. gonorrhoeae*, en présence d'un résultat positif au TAAN de contrôle, il est souhaitable de procéder à un prélèvement pour culture à la condition de ne pas retarder le traitement. Cela résume les points importants de la version du GUO de 2020 que les membres souhaitaient conserver.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Test de contrôle

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Lorsque les résultats des analyses de laboratoire (culture ou TAAN) révèlent la présence de *C. trachomatis* ou de *N. gonorrhoeae*, vérifier si un test de contrôle est indiqué.

	INFECTION À <i>C. TRACHOMATIS</i> ¹	INFECTION À <i>N. GONORRHOEAE</i> ¹
Indications du test de contrôle	➤ Persistance ou apparition de signes ou symptômes ➤ Grossesse ➤ Problème anticipé d'adhésion au traitement ➤ Utilisation d'un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés ➤ Infection rectale à <i>C. trachomatis</i> traitée sans doxycycline ➤ Infection à <i>C. trachomatis</i> de génotype L₁₋₃ (LGV)	Effectuer un test de contrôle dans tous les cas.
Prélèvements et analyses	TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement	TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement² Si le prélèvement est effectué dans les 3 semaines suivant le traitement, la recherche de <i>N. gonorrhoeae</i> doit se faire par culture.

¹ La réalisation du test de contrôle est primordiale en présence d'une grossesse.

² Pour les infections à *N. gonorrhoeae*, en présence d'un résultat positif au TAAN de contrôle, un prélèvement pour culture devrait être réalisé à la condition de ne pas retarder le traitement.

2.13 Antibiorésistance

2.13.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information sur l'antibiorésistance au Québec, puisque c'est un élément qui est spécifique au contexte provincial.

2.13.2 Éléments contextuels

Sur le site Web du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), il est possible de trouver le sommaire annuel des résultats relatifs à l'antibiorésistance des souches de *N. gonorrhoeae* au Québec.

2.13.3 Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif ont mentionné que les données sur l'antibiorésistance de *N. gonorrhoeae* au Québec changent constamment, notamment celles relatives à la résistance aux quinolones, aux tétracyclines, à l'azithromycine et aux céphalosporines de troisième génération. Ainsi, une référence au site Web du LSPQ leur a donc semblé nécessaire.

INFORMATIONS CLINIQUES – Antibiorésistance

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, la section sur l'antibiorésistance devrait inclure les éléments suivants :

ANTIBIORÉSISTANCE

L'augmentation de la résistance de *N. gonorrhoeae* aux différents antibiotiques est rapide et les traitements recommandés pourraient éventuellement être modifiés selon l'évolution de la sensibilité des souches au traitement. La vigilance des praticiens s'impose. Pour plus de détails, consulter le [site Web du LSPQ](#).

2.14 Réinfection

2.14.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Dépendamment des documents retenus, chez toutes les personnes qui ont reçu un diagnostic d'infection à *C. trachomatis* et/ou à *N. gonorrhoeae*, il est recommandé de répéter le test de détection trois mois [ASHM, 2022; ASPC, 2022; Workowski *et al.*, 2021] ou six mois [ASPC, 2022] après le traitement initial afin de détecter les réinfections, puisque le risque de réinfection est élevé. Il est également recommandé de planifier la visite de suivi au moment du traitement. Si un nouveau test trois mois après le traitement n'est pas possible, les cliniciens devraient refaire le test lorsque la personne consulte à nouveau un médecin durant la période de douze mois après le traitement initial [Workowski *et al.*, 2021].

2.14.2 Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif se sont dits en accord avec les recommandations des documents retenus. Ils considèrent que, dans le contexte clinique québécois actuel, un dépistage 3 à 6 mois après le traitement de l'infection initiale devrait être fait chez toutes les personnes infectées par *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* afin de détecter une possible réinfection. Le dépistage suivant une infection documentée s'ajoute au test de contrôle préalablement effectué, si indiqué.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Réinfection

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

RÉINFECTION

Afin de détecter une possible réinfection, recommander un dépistage 3 à 6 mois après le traitement de l'infection initiale à toutes les personnes infectées par *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*.
Le dépistage suivant une infection documentée s'ajoute au test de contrôle préalablement effectué, si indiqué.

2.15 Annexe – Interventions préventives relatives aux ITSS

2.15.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information sur les interventions préventives relatives aux ITSS qui seraient spécifiques au contexte québécois.

2.15.2 Éléments contextuels

Au Québec, l'élaboration de recommandations sur les mesures préventives applicables aux ITSS relève du MSSS. Les différents outils publiés par le Ministère concernent, par exemple, les pratiques sexuelles à risque réduit, la vaccination, la prophylaxie, les facteurs de risque, les prélèvements et analyses, etc. Ces outils présentent de l'information complémentaire au contenu des GUO de l'INESSS sur les ITSS.

2.15.3 Perspective des cliniciens

En plus des éléments qui se trouvaient déjà dans cette section du GUO de 2020, les membres du comité consultatif ont estimé qu'il était important d'aborder la prophylaxie postexposition par la doxycycline administrée pour la prévention des ITS bactériennes, notamment la gonorrhée, la syphilis et la chlamydia. Les membres ont mentionné que cette prophylaxie pourrait être envisagée chez certains groupes de personnes à risque de contracter ces ITS. De plus, la vaccination contre la variole simienne (MPOX) selon les indications du Protocole d'immunisation du Québec a également été ajoutée.

INFORMATIONS CLINIQUES – Interventions préventives relatives aux ITSS

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, la section sur les interventions préventives relatives aux ITSS devrait inclure les éléments suivants :

Lorsqu'une personne consulte, notamment pour une ITSS, pour la contraception ou dans le cas d'un examen clinique préventif, les praticiens devraient :

- Rechercher les facteurs de risque pour les ITSS et dépister selon les indications, puisque plusieurs personnes sont asymptomatiques et ignorent qu'elles sont infectées;
- Informer la personne sur les pratiques sexuelles à risques réduits et lui conseiller de les utiliser de façon constante;
- Vacciner contre les hépatites A et B, le virus du papillome humain et la variole simienne (MPOX) selon les indications du *Protocole d'immunisation du Québec*.

La prophylaxie préexposition (PPrE) pourrait être envisagée chez certains groupes de personnes à risque de contracter le VIH. Au besoin, consulter l'outil du MSSS : *Guide PPrE pour les professionnels de la santé du Québec*.

La prophylaxie postexposition par la doxycycline (doxy PPE) employée pour la prévention des ITS bactériennes, notamment la gonorrhée, la syphilis et la chlamydia, pourrait être envisagée chez certains groupes de personnes à risque de contracter ces ITS.

Différents outils associés à l'intervention préventive relative aux ITSS sont disponibles sur le site du MSSS, notamment les suivants :

- *Guide québécois de dépistage des ITSS*
- *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés*
- *Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique - Infections à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae - Lymphogranulomatose vénérienne*
- *Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique - Syphilis, hépatites B et C, VIH*
- *Personne exposée à une ITSS : que faire?*
- *Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes*

- *Estimation du risque associé aux activités sexuelles*
- *Vaccination et ITSS*
- *Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS*
- *Site Internet, dépliants et brochures à l'intention des patients (p. ex. Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler)*

2.16 Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques

2.16.1 Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information spécifique sur cet aspect.

2.16.2 Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif ont jugé pertinent de reconduire l'algorithme sans effectuer de grands changements. Les modifications qu'ils ont suggérées concernaient des ajustements relatifs à la présentation des traitements recommandés en premier et deuxième choix, à une augmentation de la dose unique de ceftriaxone intramusculaire à 500 mg pour le traitement épidémiologique de la gonorrhée et à un traitement épidémiologique de la gonorrhée qui ne dépendrait plus des sites d'exposition. Deux précisions concernant le choix du traitement épidémiologique de la gonorrhée ont été ajoutées; l'usage de la ceftriaxone doit être privilégié pour tous, en particulier si exposition orale et, en présence d'une exposition orale, l'usage de la combinaison céfixime et azithromycine devrait toujours impliquer la planification d'un test de contrôle advenant la confirmation de l'infection chez le ou la partenaire asymptomatique. Une note de bas de page précisant qu'il faut consulter un collègue expérimenté en présence d'un antécédent de réaction allergique durant la grossesse ou l'allaitement a également été ajoutée.

Les membres se sont montrés favorables à la conservation intégrale de l'algorithme sur les réactions allergiques antérieures aux antibiotiques de la classe des pénicillines.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les modifications à apporter à l'algorithme en lien avec le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques devraient être les suivantes :

- présentation des traitements épidémiologiques recommandés en premier et deuxième choix;
- augmentation de la dose unique de ceftriaxone intramusculaire à 500 mg pour le traitement épidémiologique de la gonorrhée;
- traitement épidémiologique de la gonorrhée qui ne dépend plus des sites d'exposition;
- consultation d'un collègue expérimenté en présence d'un antécédent de réaction allergique durant la grossesse ou l'allaitement lors du traitement épidémiologique de la gonorrhée.

FORCES ET LIMITES

Les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une revue systématique sur les meilleures pratiques cliniques, une évaluation critique des documents pertinents par deux professionnels scientifiques ainsi qu'une consultation des parties prenantes engagées dans la prise en charge des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS.

Le comité consultatif mandaté pour valider les aspects scientifiques et fournir des éléments contextuels ou les perspectives cliniques nécessaires aux travaux était constitué de cliniciens de différentes spécialités et expertises, y compris la médecine familiale, la microbiologie-infectiologie, la gynécologie, la pharmacie et les soins infirmiers. Ce comité a aussi été invité à apprécier les enjeux d'acceptabilité et d'applicabilité des travaux. Par ailleurs, la validation externe du rapport par des lectrices externes (une médecin microbiologiste-infectiologue, une médecin de famille et une pharmacienne) a permis de vérifier en amont de sa publication la clarté et l'utilité des outils, et de déterminer des enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité relatifs aux recommandations transmises au sein de l'outil clinique. Afin de s'assurer que l'outil clinique découlant des travaux sera clair, utile à la pratique et adapté à la réalité du terrain, plusieurs futurs utilisateurs potentiels pratiquant en première ligne et dans divers milieux ont aussi été consultés.

Même si les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse, des limites doivent toutefois être signalées. Parmi les dix documents retenus pour les travaux, selon la grille *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II), la rigueur du processus d'élaboration de certains guides est limitée, et très peu de documents présentent une évaluation des forces et des limites de la preuve scientifique en appui aux recommandations élaborées. De plus, certains éléments sont difficilement applicables à la population québécoise (par exemple, les données sur l'antibiorésistance). Par ailleurs, bien que la stratégie de recherche inclue des dates de publications récentes, certains des documents retenus se basent sur des études et des documents moins récents qui méritent parfois d'être actualisés. Aussi, l'INESSS n'a pas fait d'évaluation et d'appréciation des données scientifiques des études primaires sur l'efficacité et l'innocuité des traitements, mais plutôt une appréciation secondaire à la suite de l'interprétation faite par les auteurs des documents retenus.

Par ailleurs, la littérature scientifique ou les normes portant sur les aspects économiques, organisationnels, éthiques, d'implantation et de déploiement n'ont pas été consultées. Aucune analyse d'impact budgétaire concernant l'application des recommandations de traitements ou des analyses de laboratoire n'a été réalisée.

Même si l'approche qualitative de consultation des parties prenantes ajoute une dimension essentielle à la démarche d'évaluation, elle comprend toujours une part de biais et de risque associé, et elle demeure incomplète à plusieurs égards. De plus, en raison de la portée des travaux qui touchent principalement les professionnels de la santé de première ligne, la perspective des personnes qui présentent un syndrome clinique potentiellement associé à une ITSS n'a pas été colligée, ni celle de citoyens.

ENJEUX ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX

Les syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS sont courants et ils occasionnent de nombreuses consultations avec des cliniciens. Sans se substituer au jugement clinique, les outils cliniques découlant des présents travaux devraient permettre de soutenir les cliniciens de première ligne dans le choix du traitement pharmacologique et la réalisation du suivi approprié et, ultimement, d'améliorer l'expérience de soins des personnes présentant ce type de syndrome. De plus, le GUO et l'algorithme décisionnel contribueront à l'harmonisation des pratiques au Québec.

Certains enjeux d'applicabilité ont néanmoins été soulevés par les cliniciens consultés au cours du projet, notamment en ce qui a trait à l'administration intramusculaire du premier choix de traitement de la gonorrhée présumée. En effet, cette modalité d'administration peut être refusée, contre-indiquée ou impossible à réaliser dans le milieu de soins.

La mise à jour du GUO sur les syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS s'appuie sur des recommandations de pratique clinique qui ont été bonifiées par la perspective des parties prenantes consultées et contextualisées par rapport à la pratique québécoise. À terme, cet outil devrait permettre un rehaussement et une harmonisation de la pratique et contribuer à la prise en charge efficace des personnes qui présentent ces syndromes et celle de leurs partenaires sexuels.

Le rehaussement et l'harmonisation de la pratique dépendront cependant :

- de la diffusion du GUO mis à jour;
- de l'adhésion aux changements et de l'appropriation des recommandations par les cliniciens concernés;
- de la disponibilité de formations, lorsque nécessaire;
- et de la promotion de cet outil au sein du réseau.

MISE À JOUR

La pertinence de mettre à jour les recommandations sera évaluée dans quatre ans à partir de la date de publication de ce guide, soit en 2028, selon l'avancement des données scientifiques, l'évolution des pratiques cliniques, les changements significatifs dans les documents contextuels complémentaires publiés, notamment, par le MSSS ou l'INSPQ ainsi que les besoins du réseau de la santé et des services sociaux en ce qui concerne de futurs travaux relatifs à la prise en charge des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS. Le cas échéant, une revue exploratoire des positions et des recommandations issues de la littérature sera faite afin de vérifier si de nouvelles mises à jour sont disponibles. Une revue exploratoire de la littérature scientifique (études primaires) pourrait également être réalisée. Au besoin, les cliniciens qui ont accompagné les travaux pourraient être consultés afin de vérifier s'ils jugent pertinent de faire une nouvelle mise à jour du GUO.

RÉFÉRENCES

- Al-Sahab B, Ardern CI, Hamadeh MJ, Tamim H. Age at menarche in Canada: results from the National Longitudinal Survey of Children & Youth. BMC Public Health 2010;10:736.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). CÉFIXIME - CPhA Monograph. 2020a. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). AMOXICILLINE - CPhA Monograph. 2020b. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). GENTAMICINE - CPhA Monograph. 2019a. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). DOXYCYCLINE - CPhA Monograph. 2019b. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). CEFTRIAXONE - CPhA Monograph. 2019c. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). AZITHROMYCINE - CPhA Monograph. 2019d. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca/>.
- Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ASHM). Australian sexually transmitted infection (STI) management guidelines for use in primary care. 2022. Disponible à : <https://sti.guidelines.org.au/>.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Infections transmissibles sexuellement et par le sang : Guides à l'intention des professionnels de la santé. 2022. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes.html>.
- BC Centre for Disease Control (BCCDC). Sexually Transmitted Infections. 2020. Disponible à : <http://www.bccdc.ca/>.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ 2010a;182(18):E839-42.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. CMAJ 2010b;182(10):E472-8.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. CMAJ 2010c;182(10):1045-52.
- Brun JL, Castan B, de Barbeyrac B, Cazanave C, Charveriat A, Faure K, et al. Pelvic inflammatory diseases: Updated French guidelines. Journal of gynecology obstetrics and human reproduction 2020;49(5):101714.

- Chirwa M, Davies O, Castelino S, Mpenge M, Nyatsanza F, Sethi G, et al. United Kingdom British association for sexual health and HIV national guideline for the management of epididymo-orchitis, 2020. *International journal of STD & AIDS* 2021;32(10):884-95.
- de Vries HJC, Nori AV, Kiellberg Larsen H, Kreuter A, Padovese V, Pallawela S, et al. 2021 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* : JEADV 2021;35(7):1434-43.
- European Association of Urology (EAU). EAU Guidelines on Urological Infections. 2023. Disponible à : <https://d56bochluxqgz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-infections-2023.pdf>.
- Ferreira E, Martin B, Morin C. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique 2^e édition. 2013.
- Fifer H, Saunders J, Soni S, Sadiq ST, FitzGerald M. 2018 UK national guideline for the management of infection with *Neisseria gonorrhoeae*. *International journal of STD & AIDS* 2020;31(1):4-15.
- Government of Yukon. Yukon Treatment Guidelines for Sexually Transmitted Infections (STI) in Adolescents and Adults 2020. Disponible à : https://yukon.ca/sites/yukon.ca/files/hss/hss-imgs/sti_guidelines_2020_web_final.pdf.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Choix et durées d'antibiothérapies : urétrites et cervicites non compliquées. Recommander les bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021. Disponible à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038472/fr/choix-et-duree-de-l-antibiotherapie-uretrites-et-cervicites-non-compliquees (consulté le 2024/02/19/16:06:02).
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Infection confirmée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* – mise à jour du guide d'usage optimal. Québec, Qc : INESSS; 2024. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/guides-dusage-optimal-sur-le-traitement-pharmacologique-des-itss.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). État des connaissances - Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang - Infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*. Québec, Qc : INESSS; 2018. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/INESSS_RS_ITSS_Chlamydia-Gonorrhee.pdf.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2021 et projections 2022. Québec, Qc : INSPQ; 2023. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3364>.

- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les revues narratives : fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels. Québec, Qc : INSPQ; 2021.
- Jespers V, Stordeur S, Desomer A, Carville S, Jones C, Lewis S, et al. Diagnosis and management of gonorrhoea and syphilis. KCE Reports. Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2023.
- Johnston A, Kelly SE, Hsieh SC, Skidmore B, Wells GA. Systematic reviews of clinical practice guidelines: a methodological guide. J Clin Epidemiol 2019;108:64-76.
- Lunny C, Ramasubbu C, Puil L, Liu T, Gerrish S, Salzwedel DM, et al. Over half of clinical practice guidelines use non-systematic methods to inform recommendations: A methods study. PLoS One 2021;16(4):e0250356.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Maladies à déclaration obligatoire (MADO) et signalements en santé publique. Québec, Qc : MSSS; 2024. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-a-declaration-obligatoire/mado/declarer-une-mado/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Bulletin québécois de vigie, de surveillance et d'intervention en protection de la santé publique - Flash Vigie - Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Québec, Qc : MSSS; 2023. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/FlashVigie_vol17_no3.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Personne exposée à une ITSS : que faire ? - Intervention préventive relative aux ITSS. Québec, Qc : MSSS; 2019a. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002367/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes - Intervention préventive relative aux ITSS. Québec, Qc : MSSS; 2019b. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000099/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec : détection et traitement. Québec, Qc : MSSS; 2019c. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001956/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Québec, Qc : MSSS; 2019d. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés – Intervention préventive relative aux ITSS. Québec, Qc : MSSS; 2019e. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000098/>.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper. Québec, Qc : MSSS; 2014. Disponible à : https://pvsq.org/wp-content/uploads/2022/03/feuillets_MSSS_partenaires.pdf.
- Nurses and Nurse Practitioners of British Columbia (NNPBC). Sexually Transmitted Infections. 2021. Disponible à : <https://www.nnpbc.com/professional-practice/decision-support-tools/decision-support-tools-list/>.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71.
- Public Health Ontario (PHO). Ontario Gonorrhea Testing and Treatment Guide, 2nd Edition. Toronto, ON : PHO; 2022. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/G/2018/guide-gonorrhea-testing-treatment.pdf?rev=25d4775b429e41678feabb49da5adfe3&sc_lang=en.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Modifications au Programme relatif à la gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmises sexuellement 2019. Disponible à : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2019/info218-9.pdf>.
- Richardson D, Pakianathan M, Ewens M, Mitchell H, Mohammed H, Wiseman E, et al. British Association of Sexual Health and HIV (BASHH) United Kingdom national guideline for the management of sexually transmitted enteric infections 2023. International journal of STD & AIDS 2023;34(9):588-602.
- Unemo M, Ross J, Serwin AB, Gomberg M, Cusini M, Jensen JS. 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. International journal of STD & AIDS 2020;956462420949126.
- World Health Organization (WHO). Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva, Switzerland : WHO; 2021. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>.
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports 2021;70(4):1-187.

ANNEXE I

Méthodologie

Question décisionnelle

Quels sont les changements dans les recommandations concernant le traitement pharmacologique des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS qui sont survenus depuis la dernière mise à jour du GUO en 2020?

Questions d'évaluation

Les questions ont été déterminées selon les aspects à documenter pour élaborer des recommandations sur la démarche clinique, la conduite thérapeutique et le suivi à adopter en lien avec le traitement pharmacologique des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS. Celles-ci couvrent les dimensions populationnelle¹, clinique², organisationnelle³, économique⁴ et socioculturelle⁵ de l'Énoncé de principes en soutien au jugement de valeur.

Les questions d'évaluation ont été formulées, de manière générale, en tenant compte des éléments du modèle PIPOH⁶ (population, interventions d'intérêt [aspects à documenter], professionnels à qui s'adressent les travaux, objectifs poursuivis par les interventions ciblées [*outcome* – dépistage, diagnostic, traitement, suivi] et le milieu/contexte clinique où s'appliquent les interventions [*health care setting*]). Pour les questions d'efficacité et d'innocuité, le modèle PICO (population cible/problématique; intervention/exposition/enjeu; comparateur/comparaison/corrélation; résultats visés/paramètres d'intérêt [*outcomes*]) a été employé.

Dimension populationnelle

1. Quelles sont les interventions à réaliser pour la prise en charge de la personne atteinte d'une ITSS et de ses partenaires d'un point de vue de santé publique?
2. Quelle information doit-être véhiculée concernant la déclaration obligatoire et la gratuité de la médication?
3. Quelle information préventive relative aux autres ITSS doit être transmise aux cliniciens?

¹ Population ciblée et besoins de santé.

² Efficacité, innocuité, qualité de vie et expérience de soins et de services

³ Contexte organisationnel des soins et services, qualité des soins et services, parcours de soins, organisation et gouvernance du système.

⁴ Gestion responsable et durable des ressources financières.

⁵ Contexte de la société québécoise (valeurs, bien commun) et préservation des ressources environnementales.

⁶ <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf>

4. Quelle est l'évolution de la sensibilité des souches de *N. gonorrhoeae* aux différents traitements depuis 2020?

Dimension clinique

Comparativement à l'information disponible au moment de mettre à jour le guide d'usage optimal *ITSS – Approche syndromique* en 2020 :

5. Y a-t-il de nouvelles données concernant les généralités relatives au traitement pharmacologique des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS à prendre en considération?
6. Y a-t-il de nouvelles données concernant les manifestations cliniques, l'étiologie et le suivi des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS?
7. Y a-t-il de nouvelles données concernant les principes de traitement pour les syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS?
8. Y a-t-il de nouvelles données concernant le traitement pharmacologique de la personne atteinte d'un syndrome clinique potentiellement associé à une ITSS selon les différents types de populations (p. ex. allergie, grossesse, allaitement, résistance au traitement, etc.)?
9. Y a-t-il de nouvelles données concernant le traitement pharmacologique du partenaire sexuel asymptomatique de la personne atteinte d'un syndrome clinique potentiellement associé à une ITSS?
10. Y a-t-il de nouvelles données concernant les indications des tests de contrôle et la nature de ceux-ci?
11. Y a-t-il de nouvelles données concernant la détection d'une possible réinfection?

Comparativement à l'information disponible au moment de mettre à jour l'algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques en 2021 :

12. Y a-t-il de nouvelles données concernant la prise en charge des personnes asymptomatiques identifiées comme partenaires sexuels d'une personne atteinte d'une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* objectivée par une analyse en laboratoire ou d'un syndrome compatible avec une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*?

Dimension organisationnelle

13. Quels sont les enjeux professionnels et organisationnels qui facilitent et limitent une utilisation judicieuse des antibiotiques pour le traitement des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS?

Dimension économique

14. Y a-t-il des enjeux économiques relatifs aux recommandations qui seront mises à jour?

Dimension socioculturelle

15. Y a-t-il des enjeux socioculturels relatifs aux recommandations qui seront mises à jour?

Les différentes sources d'information qui ont été utilisées pour répondre à chacune des questions d'évaluation sont résumées dans le [tableau I-1](#).

Tableau I-1 Sources d'information pour chacune des questions d'évaluation et type de revue de la littérature par dimension

Dimension	Revue systématique des études primaires	Revue systématique des documents présentant des recommandations	Revue narrative de la littérature	Consultation des parties prenantes
POPULATIONNELLE (Q1 à Q4)			X	X
CLINIQUE (Q5 à Q12)		X		X
ORGANISATIONNELLE (Q13)			X	X
ÉCONOMIQUE (Q14)			X	X
SOCIOCULTURELLE (Q15)			X	X

Méthodes de synthèse de l'information et des recommandations cliniques ainsi que des données scientifiques

Type de revue de la littérature

Revue systématique de la littérature pour la dimension clinique [Lunny *et al.*, 2021; Johnston *et al.*, 2019]. Revues narratives, pour les dimensions populationnelle, organisationnelle, économique et socioculturelle [INSPQ, 2021].

Sources de données et stratégies de recherche de la littérature

Pour la mise à jour du guide d'usage optimal et de l'algorithme, la même stratégie de recherche que celle employée précédemment a été mise à jour. De nouveaux termes de recherche ont toutefois été ajoutés selon l'évolution de la terminologie médicale.

La recherche a été effectuée par une conseillère en information scientifique (CIS) dans plus d'une base de données, soit MEDLINE, Embase et EBM Reviews (Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews).

Une recherche manuelle de la littérature a également été menée par la CIS et par un professionnel scientifique en consultant les sites Web des agences et organismes d'évaluation des technologies de la santé, de sociétés savantes ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux ou paragouvernementaux internationaux, d'associations ou d'ordres professionnels associés au thème des travaux. Seuls les sites Web d'agences d'évaluation des technologies en santé et d'autres organismes établis dans des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques et dont les revenus, le réseau de la santé, la population et la pratique clinique ont des similitudes avec ceux du Canada ont été consultés (p. ex. États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Belgique, France, Espagne, Suisse, Royaume-Uni (y compris l'Écosse), Japon). En présence d'une annonce sur le site Web indiquant qu'une mise à jour d'un document retenu était en cours, l'organisation a été contactée pour connaître l'horizon temporel de la nouvelle publication.

Pour les revues narratives à réaliser, une recherche spécifique a aussi été effectuée au moyen du moteur de recherche Google par un professionnel scientifique en utilisant des mots clés propres aux thèmes à documenter, lesquels sont énumérés dans le document *Annexes complémentaires* associé au rapport. Les titres des 30 premières notices issues des recherches manuelles ont été examinés pour repérer tout document pertinent.

Des sources de références médicales (p. ex. *Manuel Merck*, *Wikimédica*, *UptoDate*) ont aussi été consultées.

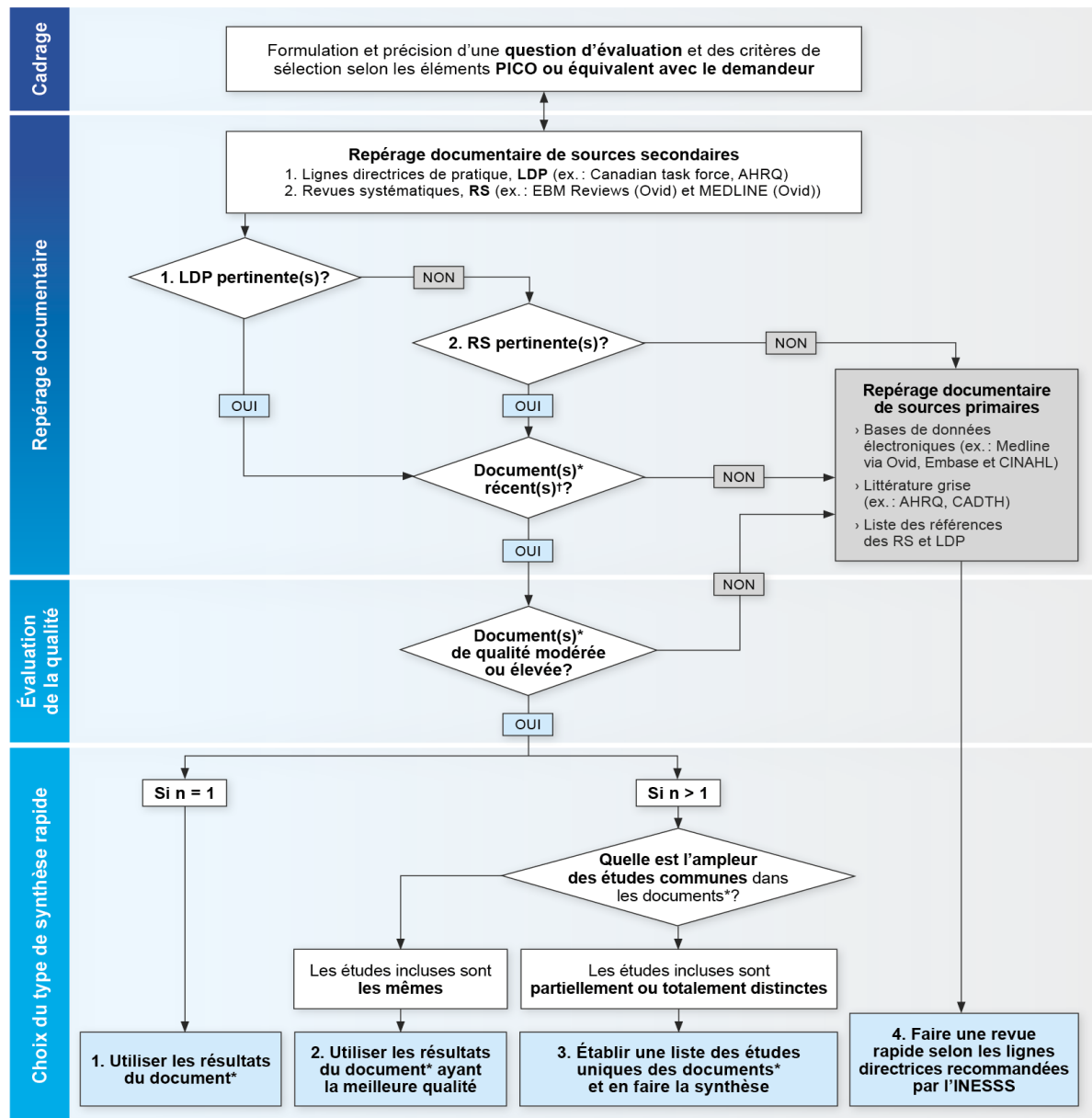
Enfin, les listes de références des publications retenues ont été parcourues afin de répertorier d'autres documents pertinents (méthode « boule-de-neige »).

Documentation de la recherche de la littérature

Le conseiller en information scientifique affecté au projet a élaboré, en collaboration avec les professionnelles scientifiques, la stratégie de repérage dans les sources de données susmentionnées. Ce processus était itératif afin d'optimiser la recherche documentaire. La recherche des documents qui présentent de l'information et des recommandations cliniques dans les bases de données a été documentée par le conseiller en information scientifique.

Le choix de la méthodologie à employer selon les nouvelles questions d'évaluation identifiées en cours de projet a été guidé par l'algorithme d'aide à la décision méthodologique visant un choix rapide et judicieux des meilleures données probantes à la [figure I-1](#) (tiré d'un document interne de l'INESSS).

Figure I-1 Algorithme d'aide à la décision méthodologique visant un choix rapide et judicieux des meilleures données probantes



*Le terme document(s) est utilisé en référence aux lignes directrices ou aux revues systématiques le cas échéant

*Récentes = Lignes directrices de pratique (LDP) datant d'au plus cinq ans; revue systématique (RS) datant d'au plus deux ans. Ces périodes sont à titre indicatif et représentent les périodes au-delà desquelles une mise à jour est requise. Par ailleurs, la définition de lignes directrices ou revues systématiques récentes devrait être basée à la fois sur l'exploration préliminaire de la littérature et sur la consultation des experts du domaine d'intérêt.

Prévoir un délai d'au moins trois mois si le scénario 4 est choisi. Le délai peut être estimé en jours (1; 2) ou en semaines (3) pour les autres scénarios.

L'algorithme peut être utilisé dans les projets à plusieurs questions d'évaluation ou dans le cas des réponses rapides.

Processus de mise à jour du repérage de la littérature et vigie informationnelle

Les principaux sites Web d'agences d'évaluation ou de sociétés savantes spécialisées dans le domaine en lien avec le thème des travaux ont été consultés environ deux à trois mois avant l'étape de validation externe pour repérer de nouveaux documents ou des mises à jour de documents retenus.

Critères de sélection de la littérature

La sélection des publications scientifiques pour la dimension clinique a été effectuée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques à partir des critères d'inclusion et d'exclusion énoncés ci-dessous ([Tableau I-2](#)). Les deux professionnelles scientifiques ont testé un échantillon aléatoire de citations pour s'assurer de la compréhension commune des critères de sélection des documents répondant aux questions de la dimension clinique. La sélection a ensuite été effectuée par la lecture des titres et résumés, puis celle des textes intégraux. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour analyse.

Pour les documents repérés par la recherche manuelle et par « boule-de-neige », une professionnelle scientifique a effectué la sélection par lecture des titres et résumés, puis des textes intégraux à partir des mêmes critères. Une deuxième professionnelle scientifique a contrevérifié la liste des références de 25 % des documents inclus, et ce, selon l'ordre alphabétique des notices dans le logiciel bibliographique EndNote.

Au stade de la sélection à partir de la lecture des textes intégraux, la raison d'une exclusion a été inscrite dans un tableau. Un diagramme de flux selon le modèle PRISMA [Page *et al.*, 2021], illustrant le processus de sélection des documents retenus pour les revues systématiques, a été développé.

Pour les revues narratives, aucun critère d'inclusion et d'exclusion n'a été préétabli. La sélection d'articles phares repérés à partir de la lecture des titres et résumés des publications scientifiques, captées lors de la recherche systématique de la littérature, la recherche manuelle ou la méthode « boule-de-neige », a été basée sur le jugement d'une professionnelle scientifique. Cette sélection n'a pas été contrevérifiée par une deuxième personne.

Tableau I-2 Critères d'inclusion et d'exclusion des documents avec recommandations aux fins de la revue systématique (dimension clinique)

Critères d'inclusion	
POPULATION	Personnes de 14 ans ou plus
INTERVENTION D'INTÉRÊT (aspects à documenter)	Antibiothérapie des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS
PROFESSIONNELS À QUI S'ADRESSENT LES TRAVAUX	Professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, infirmiers)
OBJECTIFS CLINIQUES VISÉS (OUTCOME)	- Interventions à réaliser pour la prise en charge de la personne atteinte et de ses partenaires d'un point de vue de santé publique - Déclaration obligatoire et gratuité de la médication - Informations préventives relatives aux autres ITSS - Évolution de la sensibilité des souches de <i>N. gonorrhoeae</i> aux différents traitements - Généralités relatives au traitement pharmacologique des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS - Manifestations cliniques, étiologie et suivi de la personne atteinte d'un syndrome clinique potentiellement associé à une ITSS - Principes de traitement de la personne atteinte d'un syndrome clinique potentiellement associé à une ITSS - Traitement pharmacologique de la personne atteinte d'un syndrome clinique potentiellement associé à une ITSS selon les différentes populations - Indications des tests de contrôle et nature de ceux-ci - Détection d'une possible réinfection - Traitement pharmacologique des partenaires sexuels asymptomatiques de la personne atteinte d'un syndrome clinique potentiellement associé à une ITSS
CONTEXTE CLINIQUE D'INTERVENTION (health care setting and context)	Ambulatoire
TYPE DE PUBLICATION	Guides de pratique clinique (GPC), consensus d'experts, conférences consensuelles, lignes directrices ou tout autre document présentant des recommandations cliniques
ANNÉE DE PUBLICATION	2020 à 2024
LANGUE	Anglais, français

Critères d'exclusion	
POPULATION	Aucun
INTERVENTION D'INTÉRÊT (aspects à documenter)	Aucun
MILIEU ET CONTEXTE D'INTERVENTION	Guide dont les recommandations sont ciblées pour des pays dont le réseau de la santé, la population et les pratiques cliniques sont très différents de ceux du Québec
TYPE DE PUBLICATION	▪ Documents reprenant des recommandations d'un autre document retenu ▪ Documents dont les recommandations reposent sur des recommandations de GPC obsolètes (publiés avant 2020 et dont des mises à jour sont disponibles) ▪ Revue systématique (avec ou sans méta-analyse) sans recommandation ▪ Lettre d'opinion, lettre à l'éditeur, résumé de conférence, autre type de devis d'études primaires

Évaluation de la qualité méthodologique

Après une phase pilote concluante portant sur quelques publications incluses, l'évaluation de la qualité des documents sélectionnés a été faite de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques à l'aide des outils d'évaluation énumérés ci-dessous. Toute discordance a été discutée par les deux professionnelles scientifiques et arbitrée par une troisième personne lorsque nécessaire.

Les guides de pratique clinique ont été évalués à l'aide de la grille *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II) [Brouwers *et al.*, 2010a; Brouwers *et al.*, 2010b; Brouwers *et al.*, 2010c].

La qualité méthodologique des revues systématiques, des ouvrages de référence médicale ou des sources tertiaires en pharmacologie n'a pas été évaluée, tout comme les publications scientifiques retenues permettant de répondre à des questions portant sur les dimensions populationnelle, organisationnelle, économique et socioculturelle.

Les résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus à l'étape de la sélection à partir de leur lecture sont rapportés dans le document *Annexes complémentaires* associé au rapport.

Extraction

Pour les documents avec recommandations cliniques, seuls ceux dont la qualité méthodologique a été jugée acceptable, basée sur le domaine de la rigueur scientifique de l'outil d'évaluation AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*), ont été retenus pour l'extraction et l'analyse. De l'information et des recommandations cliniques issues de documents dont la qualité méthodologique a été jugée moins acceptable, mais dont la crédibilité scientifique semble indéniable ont été extraites

lorsqu'il n'y avait pas d'autre document de meilleure qualité méthodologique disponible pour répondre à la question d'évaluation.

Pour les études primaires, les résultats d'intérêt de toutes les études qui satisfaisaient aux critères de sélection ont été extraits.

L'extraction a été effectuée par une professionnelle à l'aide de tableaux d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents afin d'en assurer la validité. Les résultats de l'extraction ont été contrevérifiés par une deuxième professionnelle.

Par ailleurs, l'information et les recommandations cliniques tirées d'ouvrages de référence médicale et de toutes autres publications scientifiques captées pour les revues narratives n'ont pas été extraites dans des tableaux. De même, les données provenant de revues systématiques n'ont pas été extraites. Les revues systématiques ont plutôt servi au repérage d'études primaires pertinentes pour la réalisation des travaux.

Analyse et synthèse

Dans un premier temps, une courte synthèse des documents retenus à l'étape de la sélection et de l'appréciation de leur qualité méthodologique ou de leur crédibilité scientifique a été rédigée par une professionnelle scientifique, puis validée par une seconde. Les documents avec recommandations qui ont été exclus en raison de leur qualité méthodologique jugée inacceptable y sont cités.

Dans un deuxième temps, une analyse critique des documents retenus pour la réalisation des revues systématiques, et la captation des similarités et différences entre les divers renseignements, les recommandations, les données scientifiques extraites et les caractéristiques distinctives entre les documents ont été effectuées par une professionnelle scientifique. L'ensemble a été résumé dans une synthèse narrative en tenant compte de la qualité méthodologique des documents (p. ex. rigueur d'élaboration, indépendance éditoriale), et en exposant les limites et incertitudes associées à ces résultats. La force des recommandations extraites des guides de pratique clinique et lignes directrices ainsi que la qualité de la preuve scientifique qui appuie ces recommandations ont été précisées lorsque disponibles.

Aucune analyse et synthèse de l'information et des recommandations cliniques tirées d'ouvrages de référence médicale et de sources tertiaires en pharmacologie n'a été effectuée. Le contenu de ces sources a servi davantage à alimenter les discussions avec les parties prenantes.

Méthode de synthèse des données et éléments contextuels

Les éléments contextuels peuvent, entre autres, inclure des : lois, règlements, normes, programmes, services destinés à la population ou aux personnes atteintes d'une maladie, services de télésanté, soins virtuels, outils cliniques élaborés par des établissements québécois, critères de remboursement propres au Québec ou au Canada, statistiques ou données de santé. La collecte de cette information sert généralement à documenter des aspects des dimensions populationnelle, organisationnelle, économique et socioculturelle.

Lois, règlements, normes, programmes, plans d'action, répertoires, critères de remboursement propres au Québec ou au Canada

Type de revue de la littérature

Revue narrative⁷ de la littérature.

Sources de données et stratégie de collecte

Une recherche manuelle a été effectuée par une professionnelle scientifique qui a consulté les sites Web des gouvernements fédéraux, territoriaux et provinciaux, de regroupements, de communautés de pratique ou de sociétés savantes spécialisées dans le domaine des travaux ou encore ceux d'associations, de fédérations et d'ordres professionnels du Québec et du Canada.

Les monographies officielles homologuées par Santé Canada ont été consultées par le biais de l'*electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* (e-CPS).

Extraction

À l'exception de l'information tirée des monographies, aucune extraction dans un tableau n'a été effectuée pour les autres aspects documentés servant à contextualiser l'information ou les recommandations tirées des documents retenus aux fins d'analyse. L'extraction a été faite par une professionnelle scientifique à l'aide de tableaux d'extraction préétablis. Les extractions ont été vérifiées par une deuxième professionnelle.

Analyse et synthèse

Une analyse des renseignements pertinents relatifs aux éléments contextuels à documenter a été réalisée en soulignant les similitudes et les divergences entre les différentes sources d'information. Les éléments contextuels pertinents aux travaux ont

⁷ Selon la définition de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), une revue narrative se définit comme étant une revue qui a pour objectif de « *présenter un état de connaissances, une synthèse, une information de base ou une vue d'ensemble de la littérature scientifique publiée sur un sujet spécifique* » [INSPQ, 2021].

ensuite été synthétisés de façon narrative par une professionnelle scientifique puis vérifiés par une deuxième personne.

Méthodes de synthèse des différentes perspectives recueillies à partir de consultations

Différentes perspectives ont été recueillies dans le cadre de ce Guide et norme. Cette collecte a permis de compléter les autres sources de données pour mieux répondre aux questions d'évaluation, puis d'apprécier différents aspects des dimensions populationnelle, organisationnelle, économique et socioculturelle importants pour le jugement de valeur. Ces échanges ont permis de comparer, notamment, l'information recensée dans la littérature à celle issue de la pratique clinique québécoise, de recueillir des données et des savoirs expérientiels, des enjeux, des obstacles et des facilitateurs à la pratique. Les noms des personnes consultées sont indiqués dans les pages liminaires du rapport associé aux travaux.

Stratégie de collecte, processus et approche pour garantir la qualité et l'intégrité de l'information recueillie

Comité consultatif

Afin de documenter la perspective des cliniciens et de préciser les enjeux cliniques, professionnels et organisationnels en lien avec le thème des travaux, un comité consultatif a été mis sur pied lors de la planification du projet. Il était composé de professionnels de la santé détenant différentes spécialités et expertises qui exercent dans des milieux associés au thème des travaux. Le comité consultatif avait pour mandat d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité des recommandations formulées et des livrables, et ce, en fournissant de l'information contextuelle (p. ex. organisation des soins et services, trajectoire) et expérientielle, de l'expertise, des opinions sur les enjeux professionnels et organisationnels de même que les obstacles et facilitateurs à la prestation de soins et services, ou d'autres perspectives essentielles à la réalisation des travaux.

Les rencontres ont été enregistrées avec l'accord des participants. Les comptes rendus ont été rédigés par une professionnelle scientifique. Ces documents indiquent la date, le lieu, un résumé des échanges et les précisions sur le suivi à effectuer. Les comptes rendus ont été validés par les membres de l'équipe de projet présents aux rencontres. Ces documents ont été consignés dans un espace de travail commun réservé aux présents travaux.

Analyse et synthèse

L'information issue des consultations avec les parties prenantes a été extraite des comptes rendus par une professionnelle scientifique selon des thèmes liés aux questions d'évaluation. Une portion de l'information extraite a été validée par un autre membre de

l'équipe pour assurer la concordance avec ces thèmes. Ces documents ont servi de base pour étayer la perspective des cliniciens dans l'ensemble des documents produits. Une synthèse narrative a été réalisée afin de comparer entre eux les renseignements tirés des différentes perspectives recueillies. Une deuxième personne s'est assurée de la justesse des propos rapportés.

Méthodes d'analyse pharmacoéconomique et d'impact budgétaire

Aucune analyse pharmacoéconomique et d'impact budgétaire n'a été effectuée, puisque les travaux visaient principalement à soutenir la pratique clinique des professionnels de la santé et qu'aucune recommandation à l'attention des décideurs n'a été élaborée.

Processus et méthode de mise à jour des recommandations et du contenu de l'outil clinique

Les recommandations ont été élaborées en collaboration avec le comité consultatif. Pour chacune des questions d'évaluation, l'ensemble de l'information recueillie a été colligé en fonction des grandes étapes du cheminement clinique. Pour mettre à jour les propositions de recommandations cliniques et de l'outil clinique⁸, l'ensemble de la preuve a été analysé en considérant les dimensions populationnelle, clinique, organisationnelle, économique et socioculturelle et en tenant compte des nouvelles données scientifiques, de l'information clinique ou des recommandations de bonnes pratiques cliniques, des données et éléments contextuels et des perspectives des parties prenantes. Un tableau qui met en parallèle l'information originale, les nouvelles données et les propositions préliminaires de modifications aux recommandations a été élaboré à partir des critères présentés ci-dessous ([Tableau I-3](#)). Basé sur l'ensemble de la preuve, cet outil associe le temps du verbe avec le niveau de confiance que les bénéfices d'adopter une recommandation excèdent les inconvénients ainsi que le degré attendu d'adoption de celle-ci.

Les membres du comité consultatif ont d'abord été invités à échanger, dans un processus itératif informel, sur l'ensemble de la preuve, et à réagir sur les propositions préliminaires formulées par l'équipe de projet et destinées ultimement à l'élaboration de l'outil clinique. À cette étape, ils ont été invités à considérer la qualité de la preuve scientifique, l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, les valeurs et les préférences des professionnels et des usagers, puis à examiner les enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité ainsi que les répercussions possibles sur les pratiques et sur les ressources afin d'en venir à une décision pour chacune des propositions. Les principaux constats découlant de ces consultations ont été compilés et analysés. Le contenu a été retenu après l'approbation de la majorité des membres du comité consultatif. À défaut d'un consensus sur la portée ou sur la pertinence d'inclure une information ou une

⁸ Le singulier est employé pour alléger le texte, mais plusieurs outils cliniques peuvent être réalisés dans un même projet.

recommandation, celle-ci a été retirée ou reformulée, puis soumise à nouveau aux membres.

Dans un deuxième temps, les membres du comité consultatif se sont prononcés par courriel sur les documents finaux. L'approbation définitive des recommandations contenues dans l'outil clinique a été considérée comme unanime lorsque 100 % des participants étaient en accord, et majoritaire lorsqu'au moins 80 % des participants étaient favorables. Un avis partagé a été considéré lorsque 51 % à 79 % des membres étaient en accord. À défaut d'un consensus sur la portée ou sur la pertinence d'inclure une information ou une recommandation, celle-ci a été retirée ou reformulée, puis soumise à nouveau aux membres.

À la suite des rencontres, le rapport et l'outil clinique élaborés par l'équipe de projet ont été envoyés par courriel aux membres du comité consultatif pour obtenir leurs commentaires et les informer de l'issue des recommandations cliniques à la suite du processus itératif. Les documents ont ensuite été soumis à un processus de validation externe. Lorsque des changements au contenu ont été proposés en cours de validation, les membres du comité consultatif ont été consultés par courriel afin de vérifier la pertinence de reformuler ou non les recommandations.

Tableau I-3 Formulation des recommandations

NIVEAU DE CONSENSUS BASÉ SUR L'ENSEMBLE DE LA PREUVE	INTERPRÉTATION DES RECOMMANDATIONS	DIRECTIVE POUR LA FORMULATION DE LA RECOMMANDATION
Le groupe de travail est certain que l'intervention ou la décision : ✓ est associée à une obligation légale ✓ peut avoir des conséquences sérieuses sur la santé ou le bien-être de la population si elle n'est pas appliquée.	■ Pour la pratique L'intervention <u>doit ou ne doit pas être appliquée</u> à l'ensemble des patients, usagers ou proches aidants.	La recommandation est formulée comme une norme ou une obligation, en employant le verbe « devoir » ou le verbe à l'infinitif.
	■ Pour les décideurs publics La recommandation <u>doit ou ne doit pas être appliquée</u> à l'ensemble des situations.	
Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé, que : ✓ pour la grande majorité des situations, des patients, usagers ou proches aidants, les bénéfices l'emportent sur les inconvénients ou l'inverse; et ✓ l'intervention ou le choix de la décision est raisonnable dans le contexte québécois, voire efficient (coût-efficacité) – s'applique surtout pour l'introduction d'un nouveau traitement ou d'une nouvelle technologie.	■ Pour la pratique L'intervention <u>devrait ou ne devrait pas être appliquée</u> à la grande majorité des patients, usagers ou proches aidants, dans la majorité des situations.	La recommandation est formulée comme une instruction directe, en employant le verbe « devoir » à la forme conditionnelle, suivi d'un verbe d'action, ou en employant un verbe d'action directif à l'infinitif (p. ex. prescrire, recourir, mesurer, administrer, discuter, demander).
	■ Pour les décideurs publics La recommandation <u>devrait être appliquée</u> à l'ensemble des situations.	

NIVEAU DE CONSENSUS BASÉ SUR L'ENSEMBLE DE LA PREUVE	INTERPRÉTATION DES RECOMMANDATIONS	DIRECTIVE POUR LA FORMULATION DE LA RECOMMANDATION
Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé, que : ✓ pour la grande majorité des situations, des patients, usagers ou proches aidants, les bénéfices l'emportent sur les inconvénients, ou l'inverse, ✓ l'intervention ou le choix de la décision est efficient (coût-efficacité) – s'applique surtout pour l'introduction d'un nouveau traitement ou technologie, ✓ mais que d'autres options d'intervention ou d'autres choix décisionnels tout aussi efficaces, mais moins dispendieux sont disponibles et peuvent être considérées.	■ Pour la pratique L'intervention <u>pourrait ou ne pourrait pas être appliquée</u> selon les circonstances cliniques, les valeurs ou les préférences des patients, usagers ou proches aidants.	La recommandation est formulée comme une instruction directe, en employant le verbe « pouvoir » à la forme conditionnelle, ou en employant un verbe d'action subjectif (p. ex. proposer, envisager, considérer, offrir, suggérer)
	■ Pour les décideurs publics La recommandation <u>pourrait être</u> appliquée selon le contexte organisationnel.	
Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé, que : ✓ En l'absence de données probantes, les données expérientielles sont suffisantes pour l'élaboration d'une recommandation applicable à la plupart des patients, usagers ou proches aidants, ou à certains choix décisionnels.	■ Pour la pratique L'intervention <u>pourrait être considérée au cas par cas</u> selon les circonstances cliniques, les préférences et les valeurs des patients, usagers ou proches aidants. ■ Pour les décideurs publics Le choix décisionnel <u>pourrait être considéré au cas par cas</u> selon le contexte organisationnel.	Le verbe « considérer/envisager au cas par cas » est employé.

Validation par les pairs

Des lectrices externes ont été invitées à évaluer la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale des travaux. Elles ont été choisies selon leur expertise, leur milieu de pratique et de manière à pouvoir représenter différentes régions du Québec. Ces personnes ont été conviées à formuler des commentaires sur une version préliminaire du rapport Guide et Norme, du GUO et de l'algorithme. Bien qu'elles aient révisé l'ensemble du contenu présenté dans les documents, les lectrices externes n'ont pas révisé ni approuvé les versions finales.

De plus, afin de s'assurer de la qualité globale du GUO et de l'algorithme, de la clarté et de la complétude de l'information présentée ainsi que de l'applicabilité des recommandations, des futurs utilisateurs potentiels de différentes régions du Québec ont été sollicités pour répondre à un sondage en ligne afin de recueillir leurs commentaires sur une version préliminaire de ces deux documents. Les futurs utilisateurs n'ont pas validé la version définitive des documents.

Les commentaires des lecteurs externes ainsi que ceux des futurs utilisateurs ont été analysés par l'équipe de projet, reproduits dans des tableaux récapitulatifs et consignés dans un espace de travail commun. Selon la nature des commentaires et la valeur ajoutée de cette perspective clinique nouvellement recueillie, les documents ont été ajustés en conséquence.

Les noms et affiliations des lecteurs externes et des futurs utilisateurs sont présentés dans les pages liminaires du présent rapport.

Confidentialité et considérations éthiques

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été rendue anonyme afin de protéger l'identité des participants.

Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées ont également été tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et chaque collaborateur participant aux travaux, à l'exception des informateurs clés, a été invité à prendre connaissance du code d'éthique et s'est engagé à le respecter.

Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles

Toute personne appelée à collaborer a dû déclarer les intérêts ou rôles d'ordre personnels, professionnels ou institutionnels susceptibles de la placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts ou de rôles, comme définis dans la Politique de prévention, d'identification, d'évaluation et de gestion des conflits d'intérêts et de rôles des collaborateurs de l'INESSS. Une telle déclaration a été faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les formulaires de déclaration remplis par les collaborateurs au dossier ont fait l'objet d'une évaluation par l'équipe de projet. Cette évaluation a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer, selon les situations déclarées. L'ensemble des conflits d'intérêts et de rôles et les modalités de gestion qui ont été mises en place sont divulgués publiquement dans les pages liminaires du présent rapport, par souci de transparence.

ANNEXE II

Description des documents retenus

Une recherche systématique a été effectuée afin de repérer des documents présentant des recommandations de bonne pratique clinique concernant les syndromes cliniques potentiellement associés à une ITSS. Cela a permis de repérer 415 documents publiés entre janvier 2020 et février 2024 auxquels s'ajoutent 31 documents provenant de la littérature grise, avec une veille effectuée jusqu'en septembre 2024. À la suite du processus de sélection, 13 documents publiés par différentes associations ou sociétés savantes et abordant les syndromes cliniques potentiellement associés à une ITSS ont été retenus, soit :

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
 - *Infections transmissibles sexuellement et par le sang : guides à l'intention des professionnels de la santé* [ASPC, 2022]
- Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ASHM)
 - *Australian sexually transmitted infection (STI) management guidelines for use in primary care* [ASHM, 2022]
- BC Centre for Disease Control (BCCDC):
 - *Sexually Transmitted Infections* [BCCDC, 2020]
- British Association for Sexual Health and HIV (BASHH)
 - *United Kingdom British Association for sexual health and HIV national guideline for the management of epididymo-orchitis*, 2020 [Chirwa et al., 2021]
 - *British Association of Sexual Health and HIV (BASHH) United Kingdom national guideline for the management of sexually transmitted enteric infections 2023* [Richardson et al., 2023]
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
 - *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines*, 2021 [Workowski et al., 2021]
- European Association of Urology (EAU)
 - *EAU Guidelines on Urological Infections* [EAU, 2023]
- French National College of Gynecologists and Obstetricians and French-language Society for Infectious Diseases (CNGOF-SPILF)
 - *Pelvic inflammatory diseases: Updated French guidelines* [Brun et al., 2020]

- Government of Yukon
 - *Yukon Treatment Guidelines for Sexually Transmitted Infections (STI) in Adolescents and Adults 2020* [Government of Yukon, 2020]
- Haute Autorité de Santé (HAS)
 - *Choix et durées d'antibiothérapies : urétrites et cervicites non compliquées* [HAS, 2021]
- International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI)
 - *2021 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens* [de Vries et al., 2021]
- Nurses and Nurse Practitioners of British Columbia (NNPBC)
 - *Sexually Transmitted Infections* [NNPBC, 2021]
- World Health Organization (WHO)
 - *Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections* [WHO, 2021]

Ces documents ont été évalués et la qualité méthodologique de trois d'entre eux a été jugée inadéquate pour leur utilisation selon l'outil d'évaluation AGREE II, compte tenu de leurs lacunes importantes en ce qui a trait à la rigueur d'élaboration [NNPBC, 2021; BCCDC, 2020; Government of Yukon, 2020].

D'autres documents de référence, dont la qualité méthodologique n'a pas été appréciée, ont également été utilisés dans le cadre des travaux. Il s'agit, entre autres, de plusieurs documents québécois publiés par le MSSS ou l'INSPQ et de monographies de médicaments. Les monographies de l'Association des pharmaciens du Canada (APhC) concernant les traitements recommandés dans le GUO (azithromycine, céfixime, ceftriaxone, doxycycline, gentamicine, fluoroquinolones, métronidazole) sont celles qui ont été consultées.

Le processus de sélection des documents à partir de la recherche des documents qui présentent de l'information et des recommandations cliniques et de la recherche de la littérature grise, sous forme de diagramme de flux, la liste des documents exclus ainsi que la description et l'évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus sont présentés dans le document *Annexes complémentaires*.

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

