

GUIDES ET NORMES

Pertes vaginales inhabituelles : mesures diagnostiques et traitement pharmacologique

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



Pertes vaginales inhabituelles : mesures diagnostiques et traitement pharmacologique

Rédaction

Mélanie Turgeon

Collaboration

Audrey Magron

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

Audrey Magron, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Marie-Claude Breton, Ph. D.

Directrice adjointe, volets scientifique et transversal

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

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

Repérage de l'information scientifique

Karine Bélanger, M.S.I.

Bin Chen, techn. docum.

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

Soutien administratif

Jean Talbot

Équipe de l'édition

Hélène St-Hilaire

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 : 978-2-550-96915-0 (PDF)

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). Pertes vaginales inhabituelles : mesures diagnostiques et traitement pharmacologique. Rapport en soutien rédigé par Mélanie Turgeon. Québec, Qc : INESSS; 2024. 72 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} Julie April, infirmière clinicienne, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent

M^{me} Aline Aylwin, infirmière clinicienne, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

D^r Bruno Camiré, obstétricien-gynécologue, 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

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

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

D^{re} Alexandra Lamontagne, médecin de famille, CISSS de la Montérégie-Est

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

M. Frédéric Poitras, pharmacien, Équipe des pharmacies Pierre-Olivier Bertrand, Québec

D^r Martin Potter, médecin de famille, Clinique médicale privée Santé +, Vaudreuil-Dorion

M^{me} Sophie Prévost, infirmière clinicienne, CISSS des Laurentides

Lectrices externes

Pour ce rapport, les lectrices externes sont :

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

M^{me} Nancy Boisvert, conseillère-cadre en soins infirmiers, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Julie-Anne Rousseau, obstétricienne-gynécologue, CHU de Québec – Hôpital Saint-François d'Assise

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la validation externe du protocole médical national et du modèle d'ordonnance collective à titre de futures utilisatrices :

M^{me} Annie Bérubé, conseillère-cadre à la Direction des soins infirmiers, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Amélie Chalifoux, infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat, GMF-U du Nord de Lanaudière, CISSS de Lanaudière

M^{me} Jessica Fortin, infirmière clinicienne, CLSC du Plateau-Mont-Royal

M^{me} Valérie G-Darbouze, infirmière clinicienne, SIDEp (services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang) du CIUSSS de la Capitale-Nationale

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

M^{me} Mylène Leclerc, infirmière clinicienne, GMF-U Clinique de médecine familiale Notre-Dame, Montréal

M^{me} Marilyn Maurier, infirmière clinicienne en GMF, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Geneviève Vincent, infirmière clinicienne, GMF Clinique médicale Cité Mirabel, 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} Judith Fafard : directrice du Laboratoire de santé publique du Québec

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) et du Comité sur les infections transmises sexuellement et par le sang (CITSS) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations 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 PMN – Situation clinique ou clientèle	4
2.2 PMN – Contre-indication à l'application de ce protocole.....	5
2.3 PMN – Appréciation de la condition de santé	6
2.3.1 Symptômes et signes	6
2.3.2 Histoire de santé.....	8
2.3.3 Histoire médicamenteuse	10
2.3.4 Examen physique	11
2.4 PMN – Prélèvements et analyses	14
2.5 PMN – Conduite thérapeutique	22
2.5.1 Pertes vaginales compatibles avec la vaginose bactérienne.....	22
2.5.2 Pertes vaginales compatibles avec la candidose vulvovaginale.....	26
2.5.3 Pertes vaginales compatibles avec la trichomonase ou personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel actuel d'une personne qui a une infection à <i>T. vaginalis</i> objectivée par une analyse en laboratoire	29
2.5.4 Exsudat endocervical purulent ou mucopurulent suggestif d'une cervicite.....	34
2.5.5 Résultat d'analyse positif à <i>C. trachomatis</i> , à <i>N. gonorrhoeae</i> ou à <i>M. genitalium</i>	34
2.5.6 Personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel 1) d'une personne qui présente un syndrome compatible avec une infection à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> , 2) d'une personne qui a une infection à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> objectivée par une analyse en laboratoire ou 3) d'une personne qui a une infection à <i>M. genitalium</i> objectivée par une analyse en laboratoire.....	35
2.5.7 Conduite thérapeutique à la suite de l'obtention des résultats des analyses de laboratoire.....	37
2.6 PMN – Information à transmettre	40
2.7 PMN – Suivi.....	41
2.8 PMN – Situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire	42
2.8.1 Au moment de l'évaluation	42
2.8.2 Pendant ou après le traitement	44
2.8.3 À la suite de l'obtention des résultats des analyses microbiologiques	44
2.9 Modèle d'OC – Exemples de contre-indications à l'application de l'ordonnance.....	46
2.10 Modèle d'OC – Exemples de limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire	48

FORCES ET LIMITES	51
ENJEUX ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX	53
MISE À JOUR	55
RÉFÉRENCES	56
ANNEXE I	59
Méthodologie	59
ANNEXE II	70
Description des documents retenus	70

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion des études scientifiques	62
Tableau 2 Formulation des recommandations	67

RÉSUMÉ

Introduction

En soins primaires, les pertes vaginales font partie des raisons les plus fréquentes de consultation gynécologique. Les pertes vaginales inhabituelles peuvent avoir différentes causes infectieuses. La vaginose bactérienne, la candidose vulvovaginale et la trichomonase sont rapportées comme les causes infectieuses les plus courantes de pertes vaginales inhabituelles. D'ailleurs, près de 75 % des femmes présenteront au moins un épisode de candidose vulvovaginale au cours de leur vie, et 5 à 10 % d'entre elles présenteront plus d'un épisode. L'infection à *Chlamydia trachomatis* est l'infection transmissible sexuellement (ITS) la plus fréquemment déclarée au Québec, et elle peut être à l'origine de pertes vaginales inhabituelles, tout comme l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* et l'infection à *Mycoplasma genitalium*.

L'engagement de l'ensemble des professionnels habilités dans la prise en charge des pertes vaginales inhabituelles, dont les infirmiers et les infirmières, est importante puisqu'elles sont relativement courantes et résultent parfois d'une ITS. Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat de réaliser des travaux visant la mise à jour du protocole médical national (PMN) et du modèle d'ordonnance collective (OC) au regard des mesures diagnostiques et du traitement pharmacologique chez une personne qui présente des pertes vaginales inhabituelles, et ce, afin de soutenir les cliniciens. La dernière mise à jour de ces documents a été faite en 2018.

Méthodologie

Une revue systématique de la littérature sur les meilleures pratiques cliniques pour assurer la prise en charge des pertes vaginales inhabituelles 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 lecteurs 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 des pertes vaginales inhabituelles.

Le protocole médical national vise les personnes de 14 ans ou plus qui présentent des pertes vaginales inhabituelles, mais aussi, pour certaines ITS, les partenaires sexuels asymptomatiques de ces personnes.

Le présent protocole vise les personnes qui présentent des pertes vaginales inhabituelles et les personnes asymptomatiques identifiées comme partenaire sexuel d'une personne atteinte d'un syndrome compatible avec une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* ou d'une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* objectivée par une analyse en laboratoire. Les personnes asymptomatiques identifiées comme partenaire sexuel actuel d'une personne atteinte d'une infection à *Trichomonas vaginalis* ou à *M. genitalium* objectivée par une analyse en laboratoire sont également visées par le PMN. Les personnes de moins de 14 ans sont exclues du PMN. La version antérieure du protocole visait seulement les personnes qui présentaient des pertes vaginales inhabituelles et les partenaires sexuels asymptomatiques d'une personne atteinte d'une infection à *T. vaginalis* objectivée par une analyse en laboratoire. La mise à jour a donc permis d'élargir la portée du PMN.

Une appréciation de la condition de santé est requise pour aider à déterminer l'étiologie potentielle des pertes vaginales inhabituelles et reconnaître les infections compliquées.

Les signes et symptômes, l'histoire de santé et l'histoire médicamenteuse sont les premiers éléments à évaluer chez les personnes qui présentent des pertes vaginales inhabituelles. Lorsque possible, un examen physique doit être réalisé. Toutefois, celui-ci devrait toujours être effectué si la présence d'une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) ne peut pas être exclue à la suite d'une évaluation des facteurs de risque d'ITSS. L'examen physique permet, entre autres, la description de l'aspect des sécrétions vaginales et l'identification de signes d'infection compliquée lorsque présents. La mise à jour du PMN a permis de mieux baliser la place de l'examen physique, notamment dans les contextes particuliers de certains milieux (p. ex. pharmacies communautaires, milieux scolaires, organismes communautaires, centres d'hébergement pour femmes, milieux prostitutionnels) pour lesquels la réalisation de l'examen physique est parfois difficile en raison de l'absence de salle ou de table d'examen.

Des prélèvements et analyses viendront généralement confirmer ou infirmer la cause présumée des pertes vaginales inhabituelles.

Chez une personne qui présente des pertes vaginales inhabituelles, en fonction de l'appréciation de sa condition de santé, certains critères cliniques peuvent être évalués au point de service et/ou des analyses microbiologiques peuvent être demandées. Il importe de consulter le répertoire des analyses de laboratoire de l'établissement concerné afin de connaître les tests disponibles localement et leurs particularités. Les résultats obtenus permettent une prise en charge optimale et adaptée au type d'infection objectivé par l'analyse. Afin d'adapter la section sur les prélèvements et analyses à l'élargissement de la situation clinique incluse dans le PMN mis à jour, des éléments ont

été ajoutés, par exemple la recherche de l'infection à *M. genitalium* lorsque cela est indiqué.

La conduite thérapeutique doit comprendre la vérification des indications de traitement et la prescription d'un traitement pharmacologique approprié.

Les indications de traitement pour les pertes vaginales compatibles avec la vaginose bactérienne, la candidose vulvovaginale ou la trichomonase combinent généralement des manifestations cliniques et des critères cliniques ou de laboratoire. Lorsque la présence d'une ITS est suspectée ou objectivée, un traitement pharmacologique doit être amorcé afin de guérir les symptômes, mais également afin de prévenir la transmission. Le traitement recommandé varie en fonction de l'infection identifiée ou présumée chez la personne qui présente des pertes vaginales inhabituelles ou de l'infection à laquelle le partenaire asymptomatique a été exposé par un contact sexuel. Dans le cadre de la mise à jour du PMN, les indications de traitement et les traitements recommandés ont été actualisés en fonction des données probantes les plus à jour.

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 pertes vaginales inhabituelles. 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 protocole médical national et un modèle d'ordonnance collective associé.

Conclusion

La mise à jour du PMN et du modèle d'OC sur les pertes vaginales inhabituelles 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 un rehaussement et une harmonisation de la pratique et contribuer à la prise en charge efficace des personnes qui présentent des pertes vaginales inhabituelles et, dans certaines situations, de leurs partenaires sexuels asymptomatiques.

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

- de la diffusion du PMN et du modèle d'OC mis à jour;
- de l'adhésion aux changements et de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés;
- de l'engagement des gestionnaires de groupes de médecine familiale, des directions de soins infirmiers et des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens à adopter ou adapter le modèle d'OC de l'INESSS associé au PMN;

- de l'établissement de conditions gagnantes au travail interprofessionnel dans les différents milieux de soins, notamment en première ligne;
- 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 la publication de ce guide selon l'avancement des données scientifiques et l'évolution des pratiques cliniques, l'inscription de nouveaux médicaments aux listes ou des changements significatifs dans les critères de remboursement au régime public d'assurance médicaments ainsi que les besoins du réseau de la santé et des services sociaux.

SUMMARY

Unusual vaginal discharge: diagnostic measures and pharmacological treatment

Introduction

In primary care settings, vaginal discharge is among the most common reasons for gynecological consultation. Unusual vaginal discharge can have different infectious causes. Bacterial vaginosis, vulvovaginal candidiasis and trichomoniasis are reported as the most common infectious causes of unusual vaginal discharge. Indeed, nearly 75% of women will experience at least one episode of vulvovaginal candidiasis during their lifetime, and 5% to 10% will experience more than one episode. *Chlamydia trachomatis* infection is the most frequently reported sexually transmitted infection (STI) in Québec, and it can cause unusual vaginal discharge, as can *Neisseria gonorrhoeae* infection and *Mycoplasma genitalium* infection.

The involvement of all qualified professionals in the management of unusual vaginal discharge, including nurses, is important because it is relatively common and sometimes results from an STI. Consequently, to support clinicians, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) asked the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to carry out work aimed at updating the Québec's national medical protocol (NMP) and the collective prescription (CP) template with regard to diagnostic measures and pharmacological treatment in a person with unusual vaginal discharge. These two items were last updated in 2018.

Methodology

A systematic review of the literature on the best clinical practices for managing unusual vaginal discharge was conducted according to INESSS's usual standards. The data were analyzed from the perspective of contextualizing Québec practice, using mainly legislative, regulatory and organizational contextual elements specific to Québec, and the perspectives of the different stakeholders consulted. To gather these perspectives, an advisory committee consisting of clinicians from different specialties and areas of expertise was created. Lastly, the overall quality of the work, its acceptability and its applicability were assessed by external reviewers specializing in the field of interest, and by future users who did not participate in the work.

Results

Upon completion of the analysis of all 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 unusual vaginal discharge.

The national medical protocol applies to persons aged 14 years and older with unusual vaginal discharge, but also, for certain STIs, their asymptomatic sexual partners.

The protocol applies to persons with unusual vaginal discharge and to asymptomatic individuals identified as sexual partners of a person with a syndrome consistent with a *C. trachomatis* or *N. gonorrhoeae* infection or of a person who has a laboratory-confirmed *C. trachomatis* or *N. gonorrhoeae* infection. It also applies to asymptomatic individuals identified as the current sexual partners of a person with a laboratory-confirmed *Trichomonas vaginalis* or *M. genitalium* infection. It does not cover individuals under the age of 14 years. The previous version of the protocol applied only to persons with unusual vaginal discharge and to asymptomatic sexual partners of a person with a laboratory-confirmed *T. vaginalis* infection. The update has therefore broadened the scope of the NMP.

The person's health status must be assessed to help determine the possible etiology of the unusual vaginal discharge and to identify complicated infections.

The signs and symptoms, health history and medication history are the first elements to be examined in a person with unusual vaginal discharge. If possible, a physical examination should be performed. It should always be performed if a sexually transmitted and blood-borne infection (STBBI) cannot be ruled out after assessing the STBBI risk factors. Among other things, the physical examination serves to describe the appearance of the vaginal secretions and to identify signs of a complicated infection, if any are present. Updating the protocol helped better define the role of the physical examination, especially in the specific context of certain settings (e.g., community pharmacies, schools, community organizations, women's shelters and prostitution sites), where performing a physical examination is sometimes difficult because there is no examination room or table.

Specimens and tests will generally confirm or rule out the presumed etiology of an unusual vaginal discharge.

Depending on the health status assessment of a person with unusual vaginal discharge, certain clinical criteria may be evaluated at the point of service, and/or microbiological testing may be ordered. It is important to consult the list of the laboratory tests of the facility concerned to see what tests are available locally and their details. Test results permit optimal management that is suited to the type of infection confirmed by the test. To adjust the section on specimens and tests to the broadening of the clinical situation included in the updated NMP, some material was added, for example, screening for *M. genitalium* infection when indicated.

The therapeutic approach should include checking the treatment indications and prescribing an appropriate pharmacological treatment.

The treatment indications for vaginal discharge consistent with bacterial vaginosis, vulvovaginal candidiasis or trichomoniasis generally combine clinical manifestations and clinical or laboratory criteria. When an STI is suspected or confirmed, pharmacological treatment should be initiated to cure the symptoms, but also to prevent transmission. The recommended treatment varies according to the identified or presumed infection in the person with unusual vaginal discharge or according to the infection to which the asymptomatic partner has been exposed through sexual contact. As part of the update of the NMP, the treatment indications and the recommended treatments have been updated in light of the latest evidence.

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 findings and recommendations were drawn up regarding the management of unusual vaginal discharge. These recommendations have been placed in boxes throughout this report, and they have been integrated into the clinical tools stemming from this project, namely, a national medical protocol and an accompanying collective prescription template.

Conclusion

The update of the NMP and CP template on unusual vaginal discharge is based on clinical practice recommendations, which were enriched with the perspectives of the stakeholders consulted and contextualized for Québec practice. These tools should help improve and harmonize the practice and contribute to the effective management of persons with unusual vaginal discharge and, in certain situations, of their asymptomatic sexual partners.

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

- The dissemination of the updated NMP and CP template;
- The adherence to the changes and the uptake of the recommendations by the health professionals concerned;
- The commitment of family medicine group administrators, nursing departments, and councils of physicians, dentists and pharmacists to adopting or adapting the INESSS collective prescription template accompanying the NMP;
- The establishment of winning conditions for interprofessional work in the different care settings, in particular, front-line settings;
- The availability of training when required; 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 of this guide on the basis of the advances in the scientific data, the evolution of clinical practices, the listing of new drugs or significant changes to the coverage criteria in the public prescription drug insurance plan, and the health and social services system's needs.

SIGLES ET ACRONYMES

AGREE II	<i>Appraisal of guidelines for research and evaluation Global Rating Scale II</i>
AIP	Atteinte inflammatoire pelvienne
AMMIQ	Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec
APhC	Association des pharmaciens du Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BASHH	British Association for Sexual Health and HIV
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DIU	Dispositif intra-utérin
DNSSI	Direction nationale des soins et services infirmiers
e-CPS	Electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties
GPC	Guide de pratique clinique
GUO	Guide d'usage optimal
HAS	Haute Autorité de Santé
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
LNM	Laboratoire national de microbiologie
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Ordonnance collective
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIPOH	Population, interventions d'intérêt, professionnels à qui s'adressent les travaux, objectif escompté par les interventions ciblées (paramètres d'intérêt; outcome) et le milieu ou le contexte clinique dans lequel s'appliquent les interventions (<i>health care setting</i>)
PMN	Protocole médical national
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RPAM	Régime public d'assurance médicaments
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques

INTRODUCTION

Problématique

En soins primaires, les pertes vaginales sont parmi les raisons les plus fréquentes de consultation gynécologique [Agence de la santé publique du Canada (ASPC), 2023]. Les pertes vaginales inhabituelles peuvent avoir différentes causes non infectieuses ou infectieuses. La vaginose bactérienne, la candidose vulvovaginale et la trichomonase sont rapportées comme les causes infectieuses les plus courantes de pertes vaginales inhabituelles. D'ailleurs, près de 75 % des femmes présenteront au moins un épisode de candidose vulvovaginale au cours de leur vie, et de 5 à 10 % d'entre elles subiront plus d'un épisode [ASPC, 2023].

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est l'infection transmissible sexuellement (ITS) la plus fréquemment déclarée au Québec et elle peut être à l'origine de pertes vaginales inhabituelles. Si elle n'est pas traitée, l'infection à *C. trachomatis* peut se propager du site local d'inoculation et entraîner des complications graves ou des séquelles telles que l'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), la grossesse ectopique, l'infertilité ou les douleurs pelviennes chroniques [ASPC, 2023]. L'infection à *Neisseria gonorrhoeae* est la deuxième ITS la plus fréquemment déclarée au Québec, et les taux de cette infection sont en augmentation graduelle et constante depuis 2012. Cette infection peut également être à l'origine de pertes vaginales inhabituelles [ASPC, 2023], tout comme l'infection à *Mycoplasma genitalium*.

L'engagement de l'ensemble des professionnels habilités, dont les infirmiers et les infirmières, dans la prise en charge des pertes vaginales inhabituelles est importante, puisqu'elles sont relativement courantes et résultent parfois d'infections transmissibles.

Contexte de l'amorce des travaux

À la suite d'un exercice de priorisation, la Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat de mettre à jour le protocole médical national (PMN) et le modèle d'ordonnance collective (OC) au regard des mesures diagnostiques et du traitement pharmacologique chez une personne qui présente des pertes vaginales inhabituelles, et ce, afin de soutenir les cliniciens. La dernière mise à jour de ces documents a été faite en 2018.

Objectif

Procéder à la mise à jour du Protocole médical national *Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une personne qui présente des pertes vaginales inhabituelles* et du modèle d'ordonnance collective associé.

Livrables

- Protocole médical national
- Modèle d'ordonnance collective
- Rapport associé aux outils cliniques
- Tutoriel

Aspects exclus

Les aspects suivants ont été exclus des travaux en raison de la portée du mandat initial ou encore parce que des travaux complémentaires ont été effectués antérieurement par l'INESSS :

- Revue systématique d'études primaires sur les traitements;
- Recension de données scientifiques, de normes ou de recommandations portant sur des aspects économiques et organisationnels;
- Élaboration de la conduite associée à un élément non documenté dans le cadre du protocole (p. ex. la prise en charge de l'AIP).

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 16 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](#).

2.1 PMN – Situation clinique ou clientèle

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

La vaginose bactérienne, la candidose vulvovaginale et la trichomonase sont les causes infectieuses les plus courantes de pertes vaginales inhabituelles [ASPC, 2023]. La trichomonase est considérée comme une ITS, alors que la vaginose bactérienne et la candidose vulvovaginale ne le sont pas [ASPC, 2023]. Les pertes vaginales inhabituelles sont également parfois associées à un syndrome compatible avec d'autres ITS, soit la cervicite causée par *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* ou *M. genitalium* [ASPC, 2023].

Perspective des cliniciens

L'INESSS a reçu le mandat de réaliser des travaux visant la mise à jour du PMN et du modèle d'OC au regard des mesures diagnostiques et du traitement pharmacologique d'une personne qui présente des pertes vaginales inhabituelles. Afin de répondre à cette demande, les membres du comité consultatif ont mentionné que deux groupes de personnes devaient faire l'objet du protocole : les personnes qui présentent des pertes vaginales inhabituelles elles-mêmes et les partenaires sexuels asymptomatiques des personnes présentant des pertes vaginales inhabituelles causées par un syndrome compatible avec une ITS ou par une ITS objectivée par une analyse en laboratoire. Selon les membres, les ITS à considérer pour ce PMN sont les infections à *C. trachomatis*, à *N. gonorrhoeae*, à *T. vaginalis* ou à *M. genitalium*. Afin d'identifier les partenaires sexuels d'une personne qui présente un syndrome compatible avec une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* ou qui a une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* objectivée par une analyse en laboratoire à joindre, les membres ont suggéré d'employer le libellé contenu dans le guide d'usage optimal (GUO) de l'INESSS intitulé Guide d'usage optimal ITSS – Infection non compliquée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* [INESSS, 2020a]. Ce libellé stipule que les partenaires à joindre sont ceux 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 d'un traitement à doses multiples ou moins de 7 jours après un traitement à dose unique – il est également précisé dans le GUO qu'il peut être justifié, dans certaines situations, de rechercher des partenaires sur une plus longue période.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de conclure que les recommandations contenues dans le PMN devraient s'adresser aux populations suivantes :

- ▶ **Personne qui présente des pertes vaginales inhabituelles.**
- ▶ **Partenaire sexuel asymptomatique :**
 - Personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel¹ d'une personne qui présente un syndrome compatible avec une infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* ou qui a une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* objectivée par une analyse en laboratoire.
 - Personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel actuel d'une personne qui a une infection à *Trichomonas vaginalis* ou à *Mycoplasma genitalium* objectivée par une analyse en laboratoire.

1. Les partenaires à joindre sont ceux 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 d'un 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).

2.2 PMN – Contre-indication à l'application de ce protocole

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information sur des contre-indications qui seraient applicables au PMN.

Perspective des cliniciens

Selon les membres du comité consultatif, seules les personnes de moins de 14 ans devraient être exclues du PMN en raison des particularités liées à l'évaluation et à la prise en charge des pertes vaginales inhabituelles dans cette population. La prise en charge proposée dans le PMN s'applique, selon eux, à toutes les personnes de 14 ans ou plus, quelle que soit leur condition de santé.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CONTRE-INDICATION À L'APPLICATION DE CE PROTOCOLE

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir la condition suivante en tant que contre-indication à l'application du PMN :

- Personne de moins de 14 ans

2.3 PMN – Appréciation de la condition de santé

2.3.1 Symptômes et signes

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les symptômes et signes de la vaginose bactérienne rapportés dans les documents recensés sont des pertes vaginales fines, homogènes et fluides de couleur blanchâtre ou grisâtre et malodorantes (odeur de poisson) [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; ACOG, 2020].

Les pertes vaginales associées à la candidose vulvovaginale sont décrites comme épaisses, grumeleuses et de couleur blanchâtre ou jaunâtre. Les autres signes ou symptômes rapportés sont : prurit, érythème, œdème, fissures, excoriations, douleur, dyspareunie et dysurie externe [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; ACOG, 2020; Saxon *et al.*, 2020].

Plusieurs cas de trichomonase sont asymptomatiques. Les symptômes et signes de la trichomonase rapportés dans les documents retenus sont des pertes vaginales d'apparence écumeuse, de couleur jaunâtre – verdâtre et malodorantes (odeur non spécifique). Des démangeaisons, un érythème, des points hémorragiques sur l'épithélium génital (col piqueté vasculaire rouge) et une dysurie sont également mentionnés [ASPC, 2023; Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Sherrard *et al.*, 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; ACOG, 2020].

Selon les documents retenus, deux signes caractérisent la cervicite : un exsudat endocervical purulent ou mucopurulent et un saignement endocervical induit par un coton-tige (col friable). La cervicite est parfois asymptomatique, mais des pertes vaginales purulentes et des microrragies prémenstruelles ou postmenstruelles ou encore des saignements postcoïtaux sont souvent rapportés [ASPC, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021].

Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif se sont dits en accord avec tous les signes et symptômes recensés dans les documents retenus.

Ils ont tenu à spécifier de rechercher les symptômes ou signes d'une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) à tous les sites exposés, ou ceux d'une

infection compliquée. Les indices d'une infection compliquée sont des douleurs abdominales ou des douleurs lors des relations sexuelles et une altération de l'état général comprenant de la fièvre. En effet, la cervicite peut indiquer la présence d'une infection des voies génitales supérieures.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ – Symptômes et signes

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'appréciation de la condition de santé, en ce qui a trait aux symptômes et signes, devrait inclure les éléments suivants :

Rechercher et caractériser : pertes vaginales (consulter l'Annexe I).

Rechercher : signes et symptômes d'une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) à tous les sites exposés ou d'une infection compliquée (p. ex. douleur abdominale basse, dyspareunie profonde ou altération de l'état général avec fièvre).

Annexe I

Manifestations cliniques ¹	CERVICITE À <i>C. TRACHOMATIS</i> OU À <i>N. GONORRHOEAE</i>	VAGINOSE BACTÉRIENNE	CANDIDOSE VULVOVAGINALE ²	TRICHOMONASE
Pertes vaginales	Purulentes	Adhérentes, homogènes, fluides Blanchâtres - grisâtres	Épaisses, grumeleuses Blanchâtres - jaunâtres	Apparence écumeuse Jaunâtres - verdâtres
Odeur	Non spécifique	Malodorante : odeur de poisson	Non spécifique	Malodorante
Prurit	Absent	Absent ou léger	Modéré ou important	Modéré ou important
Autres	Exsudat endocervical purulent ou mucopurulent Microrragies prémenstruelles ou post menstruelles, saignements post coïtaux Saignement endocervical induit par un coton-tige (épithélium du col friable)	Sans objet	Érythème, œdème, fissures, excoriations Symptômes associés (douleur, dyspareunie superficielle, dysurie externe)	Points hémorragiques sur l'épithélium génital (col piqueté vasculaire rouge) Dyspareunie superficielle, dysurie

1. Chacune de ces infections ne se présente pas nécessairement par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.

2. Facteur prédisposant : utilisation récente d'antibiotiques.

2.3.2 Histoire de santé

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus n'abordent pas ce que devrait contenir le questionnaire sur l'histoire de santé de la personne. Ils examinent plutôt principalement l'évaluation et le traitement pharmacologique des pertes vaginales inhabituelles.

Cependant, quelques renseignements sur les risques d'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) sont contenus dans les documents retenus. En présence d'un syndrome compatible avec une cervicite, un guide mentionne d'évaluer la possibilité de la présence d'une AIP [Workowski *et al.*, 2021]. Les guides signalent les éléments suivants comme potentiels facteurs de risque de l'AIP : les ITSS [ASHM, 2022; Brun *et al.*, 2020], les manœuvres intra-utérines [ASHM, 2022; Brun *et al.*, 2020], le fait de fréquenter des cliniques spécialisées en ITSS [Workowski *et al.*, 2021], le fait de vivre dans un endroit avec une prévalence importante d'infections à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* [Workowski *et al.*, 2021] et le fait d'être une jeune femme sexuellement active [Workowski *et al.*, 2021]. De plus, la perturbation de l'épithélium cervical faciliterait la modification de l'environnement cervico-vaginal, permettant ainsi aux bactéries vaginales de remonter vers le tractus génital supérieur. Cela pourrait être le cas, notamment, lors de l'insertion d'un dispositif intra-utérin (DIU) [ASHM, 2022].

Perspective des cliniciens

À défaut de données précises sur le sujet dans les documents retenus, les membres du comité consultatif ont dressé, selon leur expérience clinique, une liste d'éléments à inclure au questionnaire sur l'histoire de santé. Tout d'abord, ils ont suggéré d'aborder les antécédents médicaux associés aux pertes vaginales inhabituelles (antécédents d'ITSS, antécédents de vaginose bactérienne ou de candidose vulvovaginale) afin de savoir si la personne est en situation d'infection récurrente, ce qui orientera sa prise en charge. Selon les membres, il importe aussi de s'enquérir de la présence ou de la possibilité d'une grossesse (via la date des dernières menstruations et l'usage d'une méthode contraceptive) ou d'un allaitement actif, puisque ces éléments exercent une influence sur le choix des traitements. Il importe également de connaître le type de pratiques sexuelles et la date du dernier dépistage des ITSS, s'il y a lieu (ainsi que les résultats obtenus) afin d'évaluer le risque d'ITSS. L'évaluation des facteurs de risque d'ITSS est d'ailleurs, selon les membres, primordiale pour une bonne prise en charge des pertes vaginales inhabituelles. Les facteurs de risque d'ITSS et les indications de dépistage sont des sujets qui ont fait l'objet de plusieurs travaux du MSSS, dont l'outil intitulé *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés*. Les membres recommandent fortement la consultation de cet outil et des nombreuses autres publications du MSSS sur le sujet, puisque c'est leur domaine d'expertise. Les membres du comité ont mentionné également qu'il serait pertinent de questionner la personne sur la présence d'immunosuppression qui pourrait, entre autres, être à l'origine de candidoses vulvovaginales récurrentes.

En ce qui concerne les facteurs de risque relatifs à l'AIP, les membres du comité consultatif ont voulu s'inspirer du contenu des documents retenus, mais en y ajoutant des précisions sur les délais afin de quantifier davantage le risque. Ils ont également suggéré d'ajouter des exemples concrets. Ainsi, pour les manœuvres intra-utérines, il a été suggéré de mentionner l'interruption volontaire de grossesse ou la manipulation gynécologique invasive (p. ex. biopsie de l'endomètre, hystéroscopie, hystérosonographie, hystérosalpingographie) et l'installation ou le retrait d'un dispositif intra-utérin (stérilet) au cours du dernier mois. Les membres du comité ont évalué que le risque d'AIP était beaucoup plus faible plus d'un mois après la réalisation des manœuvres intra-utérines. Concernant les antécédents d'ITSS, les membres ont jugé pertinent de rechercher spécifiquement les infections à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* au cours de la dernière année. En effet, ils ont mentionné que, selon l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), les infections à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoeae* sont les ITSS les plus souvent détectées dans les cas d'AIP [ASPC, 2023] et que le délai d'un an leur semblait adéquat pour être considéré comme un facteur de risque associé à l'AIP. En dehors de ce qui est mentionné dans les documents retenus, il a été décidé d'ajouter les antécédents d'AIP comme facteurs de risque.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ – Histoire de santé*

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'appréciation de la condition de santé, en ce qui a trait à l'histoire de santé, devrait inclure les éléments suivants :

Questionner sur :

- ▶ possibilité ou présence d'une grossesse;
- ▶ allaitement actif;
- ▶ présence d'immunosuppression;
- ▶ date des dernières menstruations;
- ▶ utilisation d'une méthode contraceptive;
- ▶ type de pratiques sexuelles;
- ▶ date du dernier dépistage des ITSS et résultats obtenus;
- ▶ antécédents d'ITSS;
- ▶ antécédents de vaginose bactérienne ou de candidose vulvovaginale (nombre d'épisodes antérieurs, présence ou absence de confirmation par un professionnel habilité ou par analyses de laboratoire).

Rechercher :

- ▶ facteurs de risque d'ITSS et évaluer les indications de dépistage : consulter l'outil [ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés](#).
- ▶ facteurs de risque de l'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) :
 - interruption volontaire de grossesse ou manipulation gynécologique invasive (p. ex. biopsie de l'endomètre, hystéroscopie, hystérosonographie, hystérosalpingographie) au cours du dernier mois;
 - installation ou retrait d'un dispositif intra-utérin (stérilet) au cours du dernier mois;
 - infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* au cours de la dernière année;
 - histoire antérieure d'AIP.

* Pour une personne victime d'agression sexuelle : suivre également les recommandations du [Guide d'intervention médicosociale](#).

2.3.3 Histoire médicamenteuse

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information sur des éléments de l'histoire médicamenteuse qu'il serait pertinent de rechercher dans le cadre de ce PMN.

Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif ont précisé que les éléments de l'histoire médicamenteuse qui devraient être recensés chez les personnes présentant des pertes vaginales inhabituelles sont les mêmes que lors de toute prescription d'un traitement pharmacologique dans un contexte infectieux. Il s'agit de s'assurer de l'absence de contre-indications ou d'allergie au traitement qui sera recommandé. De plus, dans un contexte d'utilisation judicieuse des antibiotiques, le clinicien devrait questionner la personne sur la prise d'antibiotiques au cours des trois derniers mois. En effet, lorsqu'il y a eu utilisation récente d'antibiotiques, il peut être plus optimal de prescrire un antibiotique d'une classe différente si cela est possible. Les membres ont également précisé de garder en tête que la prise récente d'un antibiotique est un facteur prédisposant à la candidose vulvovaginale.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ – Histoire médicamenteuse

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'appréciation de la condition de santé, en ce qui a trait à l'histoire médicamenteuse, devrait inclure les éléments suivants :

Rechercher :

- ▶ Contre-indications à l'usage d'un traitement recommandé;
- ▶ Allergie à un traitement recommandé;
- ▶ Prise récente d'un antibiotique (au cours des 3 derniers mois).

2.3.4 Examen physique

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Peu d'information a été recensée dans les documents retenus relativement à l'examen physique.

Concernant la cervicite, dans le guide de l'ASPC, il est mentionné d'effectuer un examen au spéculum pour évaluer le col de l'utérus et la paroi vaginale et d'évaluer les signes d'une AIP, puisque la cervicite peut indiquer la présence d'une infection des voies génitales supérieures [ASPC, 2023]. Dans le guide australien, il est recommandé qu'au minimum un examen à l'aide du spéculum (afin de visualiser le col) et un prélèvement endocervical soient effectués pour diagnostiquer une cervicite. Il est également précisé d'évaluer la présence de symptômes d'une AIP. De plus, un examen bimanuel devrait être réalisé en présence de douleurs pelviennes ou de dyspareunie. Toujours selon le guide australien, un col friable serait un col qui saigne facilement au léger frottement d'un écouvillon ou à l'ouverture du spéculum [ASHM, 2022]. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) spécifie que l'examen au spéculum peut révéler un col d'apparence normale en présence d'une infection endocervicale et que, pour les personnes qui

présentent des anomalies, le col peut être érythémateux ou gravement érodé et associé à un écoulement cervical mucopurulent. Le col peut être friable et saigner facilement au contact [WHO, 2021].

De façon plus générale, l'ASPC précise que l'examen physique est essentiel lorsqu'une ITS est soupçonnée [ASPC, 2023].

Concernant la vaginose bactérienne, l'OMS mentionne qu'à l'examen visuel externe et à l'examen digital du vagin un écoulement fin, blanc et homogène peut être observé à l'externe sur la fourchette postérieure de la vulve ou des lèvres. Si l'examen au spéculum est réalisable, on peut observer que l'écoulement homogène adhère à la paroi vaginale et que le col est généralement d'apparence normale [WHO, 2021]. Pour la candidose vulvovaginale, l'OMS rapporte dans son guide qu'à l'examen la vulve peut être érythémateuse et excoriée. La vulve et les lèvres peuvent être enflées. Certains boutons avec des lésions pustulopapulaires périphériques à la zone érythémateuse de la vulve peuvent être présents. L'examen au spéculum montre que la paroi vaginale est érythémateuse et qu'un écoulement adhérent peut être observé, qui ressemble à des grumeaux ou blanc homogène. Le col semble normal [WHO, 2021]. Finalement, pour la trichomonase, il est indiqué dans le guide de l'OMS qu'à l'examen un érythème vulvaire et un œdème peuvent être notés. Lors de l'examen au spéculum, un écoulement de couleur variable peut être observé dans le vagin. Cet écoulement est classiquement décrit comme jaune ou verdâtre et il peut être écumeux. Les parois vaginales peuvent être érythémateuses. Le col de l'utérus peut présenter des points hémorragiques, donnant naissance à ce que l'on appelle le col piqueté vasculaire rouge. Bien que cette observation soit rare, elle est fortement révélatrice d'une trichomonase [WHO, 2021].

Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif, bien qu'ils reconnaissent que l'examen physique devrait idéalement être réalisé chez toute personne qui présente des pertes vaginales inhabituelles, ont tenu à préciser que ce n'est pas toujours possible de le faire dans certains contextes de soins. En effet, entre autres dans les pharmacies communautaires, dans les milieux scolaires et dans quelques autres milieux, notamment les organismes communautaires, les centres d'hébergement pour femmes et les milieux prostitutionnels, la réalisation de l'examen physique est impossible faute de salle ou de table d'examen. Or, les personnes rencontrées dans ces milieux sont souvent réticentes à se déplacer en établissement de santé pour bénéficier d'un examen physique et des analyses microbiologiques; il faut donc que l'intervention puisse être faite sur place. Ainsi, les membres ont suggéré d'inscrire dans le PMN que, lorsque possible, un examen physique doit être fait. Cela laisse la possibilité de prendre en charge certaines personnes directement dans leur milieu, même si la réalisation de l'examen est impossible. Cependant, à l'instar du guide de l'ASPC, les membres sont d'avis que l'examen physique devrait toujours être effectué si la présence d'une ITSS ne peut pas être exclue à la suite d'une évaluation des facteurs de risque d'ITSS. Bref, même les personnes rencontrées dans ces milieux devraient subir un examen physique si la possibilité de la

présence d'une ITSS ne peut pas être exclue. Elles devront donc se déplacer vers un milieu de soins qui permet un examen physique.

Concernant l'examen physique lui-même, lorsqu'il est requis, les membres se sont dits en accord avec les éléments présentés dans les documents recensés pour chacun des types d'infections abordés dans le PMN. Ils ont précisé qu'une inspection des organes génitaux externes devrait d'abord être faite afin d'inspecter la vulve, l'urètre et la région périanale (rechercher érythème, œdème, fissures, excoriations, lésions ulcéreuses, vésiculeuses, érosives, pustuleuses ou verruqueuses). Puis, un examen au spéculum devrait être recommandé afin d'inspecter le col utérin et les parois vaginales et de décrire l'aspect des sécrétions vaginales (rechercher sécrétions vaginales, aspect inflammatoire des parois vaginales et du col utérin, exsudat endocervical purulent ou mucopurulent, saignement endocervical (col friable), points hémorragiques sur la muqueuse génitale (col piqueté vasculaire rouge)). Finalement, toujours selon les membres du comité consultatif, un examen bimanuel doit être réalisé dans certaines situations afin d'examiner l'utérus et les structures annexielles. Les documents recensés ne donnent que très peu d'information concernant ce type d'examen. Le guide australien recommande un examen bimanuel en présence de douleurs pelviennes ou de dyspareunie [Australasian Society for HIV Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ASHM), 2022]. Les membres ont quant à eux choisi de fixer des critères plus précis pour la réalisation de cet examen et se sont montrés en faveur de lister les microrragies prémenstruelles, postmenstruelles ou saignements postcoïtaux, les facteurs de risque d'AIP, l'exsudat endocervical purulent ou mucopurulent et le saignement endocervical induit par un coton-tige (col friable) comme indications de l'examen bimanuel (rechercher sensibilité abdominale basse, à une ou aux deux annexes ou à la mobilisation du col utérin, masses ou autres anomalies structurelles). Les membres ont également souhaité préciser que la connaissance de la localisation du placenta est primordiale avant de réaliser l'examen bimanuel chez une personne enceinte. Ce type d'examen devrait d'ailleurs être évité s'il y a une suspicion de perte de liquide amniotique.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ – Examen physique

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'appréciation de la condition de santé, en ce qui a trait à l'examen physique, devrait inclure les éléments suivants :

Lorsque possible, un examen physique doit être réalisé. Toutefois, il devrait toujours être effectué si la présence d'une ITSS ne peut pas être exclue à la suite d'une évaluation des facteurs de risque d'ITSS.

Inspection des organes génitaux externes	
Inspecter : vulve, urètre et région périnéale	Rechercher : érythème, œdème, fissures, excoriations, lésions ulcéreuses, vésiculeuses, érosives, pustuleuses ou verruqueuses
Examen à l'aide du spéculum	
Inspecter : col utérin et parois vaginales Décrire : aspect des sécrétions vaginales	Rechercher : sécrétions vaginales, aspect inflammatoire des parois vaginales et du col utérin, exsudat endocervical purulent ou mucopurulent, saignement endocervical (col friable), points hémorragiques sur la muqueuse génitale (col piqueté vasculaire rouge)
Examen bimanuel	
L'examen bimanuel est indiqué si : • Microrragies prémenstruelles, postmenstruelles ou saignements postcoïtaux; • Facteurs de risque d'AIP; • Exsudat endocervical purulent ou mucopurulent; • Saignement endocervical induit par un coton-tige (col friable). Examiner : utérus et structures annexielles	Rechercher : sensibilité abdominale basse, à une ou aux deux annexes ou à la mobilisation du col utérin, masses ou autres anomalies structurelles
! Chez une personne enceinte : • La connaissance de la localisation du placenta est primordiale avant un examen bimanuel. • En cas de suspicion de perte de liquide amniotique, l'examen bimanuel devrait être évité.	

2.4 PMN – Prélèvements et analyses

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

En présence de pertes vaginales compatibles avec une vaginose bactérienne, une candidose vulvovaginale ou une trichomonase, certains critères cliniques peuvent être évalués au point de service (la mesure du pH et la recherche d'odeur d'amine avec une solution d'hydroxyde de potassium (KOH)) et/ou des analyses microbiologiques peuvent être demandées.

La coloration de Gram est considérée comme la méthode de référence pour établir le diagnostic de la vaginose bactérienne. En explorant par examen microscopique direct, après coloration de Gram, des sécrétions vaginales prélevées, il est possible d'établir le score de Nugent qui divise la flore vaginale en trois groupes. Un score de Nugent de 0 à 3 correspond à un microbiote vaginal normal, à prédominance de lactobacilles, de 4 à 6 à un microbiote intermédiaire et de 7 à 10 à une vaginose bactérienne [Sherrard *et al.*, 2023; Workowski *et al.*, 2021; ACOG, 2020]. Aussi, un examen microscopique à l'état frais pour détecter des cellules cibles (*clue cells*) peut être effectué [WHO, 2021]. La recherche de cellules cibles est un des quatre critères d'Amsel; la présence de trois critères est requise pour poser un diagnostic. Comme trois des critères sont de nature clinique, il est ainsi possible de poser un diagnostic de vaginose bactérienne sans microscopie ni recours à une analyse de laboratoire. Ces trois autres critères d'Amsel sont : 1) un écoulement homogène gris-blanc 2) un pH des sécrétions vaginales > 4,5 et 3) une odeur de poisson (si elle n'est pas reconnaissable, il est possible d'utiliser quelques gouttes de solution de KOH) [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; ACOG, 2020]. La détection d'au moins trois critères d'Amsel aurait été corrélée avec les résultats obtenus par coloration de Gram [Workowski *et al.*, 2021]. En plus de la coloration de Gram et des critères d'Amsel, d'autres analyses sont possibles, mais elles ne sont pas encore disponibles au Québec, comme des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021; ACOG, 2020].

Plusieurs méthodes diagnostiques sont également rapportées pour la candidose vulvovaginale dans les guides recensés. La visualisation au microscope de levures dans les sécrétions vaginales est mentionnée dans plusieurs guides [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; ACOG, 2020; Saxon *et al.*, 2020]. De plus, il est précisé que le pH vaginal est normal en présence d'une candidose vulvovaginale (< 4,5) [Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021]. Ensuite, plusieurs guides présentent la culture comme une autre façon de diagnostiquer une candidose vulvovaginale [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; ACOG, 2020; Saxon *et al.*, 2020]. D'autres analyses microbiologiques sont également possibles, comme des TAAN, mais ceux-ci ne sont pas disponibles actuellement au Québec [Workowski *et al.*, 2021; ACOG, 2020].

L'examen des sécrétions vaginales au microscope, la détection antigénique et la culture sont des tests utilisés pour établir le diagnostic de la trichomonase [Sherrard *et al.*, 2023; 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; ACOG, 2020]. Le guide de la British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) précise que la microscopie demeure un test simple et rapide à réaliser dans toute clinique qui dispose d'un microscope. La spécificité avec un personnel qualifié est élevée, bien que la sensibilité soit aussi faible que de 40 à 60 % pour les échantillons vaginaux dans certaines études. Un résultat négatif doit donc être interprété avec prudence [Sherrard *et al.*, 2022]. L'examen au microscope, en plus d'être peu sensible, doit être réalisé rapidement après le prélèvement afin d'observer la mobilité du parasite. Un des principaux inconvénients de la culture est que celle-ci prend au moins cinq jours [Sherrard *et al.*, 2023; 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; ACOG, 2020]. Le TAAN est le test le plus sensible

pour détecter *T. vaginalis*; c'est donc le test de choix lorsqu'il est disponible [ASPC, 2023; Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Sherrard *et al.*, 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; ACOG, 2020]. Le guide canadien précise qu'un résultat positif à la recherche d'une odeur d'amine est indicatif de la vaginose bactérienne mais pas de la trichomonase, et qu'un résultat de pH > 4,5 est indicatif de la trichomonase ou de la vaginose bactérienne [ASPC, 2023].

Pour les personnes qui ont un système reproducteur féminin, l'infection urogénitale à *C. trachomatis* peut être diagnostiquée avec des prélèvements vaginaux ou endocervicaux ou par l'urine de premier jet. Les TAAN sont les tests les plus sensibles pour ces échantillons et constituent le test recommandé pour détecter une infection à *C. trachomatis* [ASPC, 2023; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021]. Les échantillons vaginaux pour les TAAN peuvent être collectés par un clinicien ou par la personne qui présente des pertes vaginales inhabituelles elle-même (dans un contexte clinique). Les échantillons vaginaux collectés par la personne elle-même sont équivalents en sensibilité et en spécificité à ceux collectés par un clinicien, et ce type de prélèvement est hautement acceptable par les femmes [Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021]. L'infection rectale ou oropharyngée à *C. trachomatis* chez les personnes qui ont des rapports sexuels anaux ou oraux réceptifs est également diagnostiquée par TAAN. Il a été démontré que les TAAN ont une sensibilité et une spécificité améliorées, par rapport à la culture, pour détecter *C. trachomatis* au niveau des sites rectal et oropharyngé. Des tests extragénitaux au site rectal pour *C. trachomatis* peuvent être envisagés pour les femmes sur la base des comportements sexuels signalés et de l'exposition dans le cadre d'une prise de décision partagée [Workowski *et al.*, 2021]. La détection de *C. trachomatis* par culture nécessite des laboratoires et des techniciens très expérimentés; elle est complexe, laborieuse et elle prend du temps. De nos jours, elle est rarement pratiquée dans les pays à revenu intermédiaire ou élevé, sauf à des fins particulières [WHO, 2021]. La culture pour *C. trachomatis* n'est d'ailleurs plus systématiquement disponible au Canada [ASPC, 2023]. En raison des taux élevés d'infection concomitante, il est recommandé de prélever également des échantillons pour établir le diagnostic d'infections gonococciques au moyen de TAAN et d'une culture. Les TAAN peuvent parfois détecter à la fois *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* dans un seul échantillon [ASPC, 2023; ASHM, 2022].

La culture et le TAAN sont disponibles pour détecter l'infection génito-urinaire par *N. gonorrhoeae*. La culture nécessite des échantillons sur écouvillon endocervical. Les TAAN permettent une plus grande variété de types d'échantillons autorisés (écouvillons endocervicaux ou vaginaux et urine de premier jet) et constituent le test de choix pour diagnostiquer la gonorrhée. Cependant, les monographies des produits de chaque fabricant de TAAN doivent être consultées attentivement, car les méthodes de prélèvement et les types d'échantillons varient [ASPC, 2023; ASHM, 2022; PHO, 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020]. La sensibilité du TAAN pour la détection de *N. gonorrhoeae* à partir de sites anatomiques urogénitaux et non génitaux est supérieure à celle de la culture, mais elle varie selon le type de TAAN. Pour les infections urogénitales, le type d'échantillon optimal pour détecter la

gonorrhée à l'aide d'un TAAN est l'échantillon vaginal. Les échantillons collectés par les personnes elles-mêmes peuvent parfois être utilisés à la place des échantillons collectés par le clinicien lorsque des instructions claires ont été fournies [ASPC, 2023; PHO, 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020]. Cependant, il faut garder en tête que la collecte d'échantillons prélevés par la personne elle-même n'a pas pour but de remplacer les examens physiques, particulièrement chez les personnes qui présentent des symptômes suggérant une AIP. Cette pratique devrait d'ailleurs être limitée aux établissements de soins dans lesquels un soutien et des conseils sont disponibles pour expliquer les procédures et les précautions [PHO, 2022]. La culture est cependant encouragée en plus du TAAN, car elle fournit quant à elle de l'information sur la sensibilité aux antimicrobiens, ce qui est important pour l'optimisation du traitement et la surveillance des tendances en matière de résistance aux antimicrobiens. Lorsque des manifestations cliniques suggèrent une ITS, il est recommandé d'effectuer un écouvillonnage pour culture, en plus des prélèvements d'échantillons pour un TAAN [ASPC, 2023; ASHM, 2022; PHO, 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020].

Dans les documents recensés, il est mentionné que les personnes qui présentent une cervicite récurrente ou persistante devraient bénéficier d'un TAAN pour détecter *M. genitalium* accompagné d'un test de résistance, si disponible, et que le prélèvement de choix est le prélèvement de sécrétions vaginales [ASPC, 2023; Soni *et al.*, 2023; ASHM, 2022; HAS, 2022; Jensen *et al.*, 2022; Workowski *et al.*, 2021]. Certains guides mentionnent également que les prélèvements faits chez des partenaires sexuels actuels d'une personne qui a une infection confirmée à *M. genitalium* devraient également être analysés de la même façon [Soni *et al.*, 2023; ASHM, 2022; HAS, 2022; Jensen *et al.*, 2022].

Éléments contextuels

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) rapporte que l'analyse recommandée pour le dépistage de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae* aux sites urogénitaux chez la femme est un TAAN et que le prélèvement vaginal est privilégié (autoprélèvement dans un contexte clinique ou prélevé par le clinicien). Lorsqu'un examen pelvien est requis, un prélèvement endocervical peut être effectué, mais le prélèvement vaginal demeure privilégié. Le prélèvement urinaire est quant à lui acceptable lorsque les deux autres sites de prélèvement sont inaccessibles ou refusés par la personne, en raison de sa plus faible sensibilité, principalement pour la détection de *N. gonorrhoeae*. Une culture de *N. gonorrhoeae* est souhaitable de façon concomitante au TAAN afin d'obtenir la souche pour effectuer un antibiogramme. Le site génital à prélever pour la culture est l'endocol [INSPQ, 2019].

Un document publié en 2016 par l'INSPQ et l'Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec (AMMIQ) mentionne que le diagnostic de la candidose vulvovaginale peut être réalisé par l'observation de levures à l'examen direct. Lorsque l'examen direct est négatif et en l'absence d'une autre étiologie, une mise en culture peut être indiquée dans les cas de vaginites persistantes ou récidivantes, en présence d'un

pH vaginal normal (pH inférieur à 4,5 chez la femme d'âge pubère non ménopausée ni menstruée). Le clinicien doit alors spécifier sur la requête qu'il désire une recherche de levures par culture. Dans le même document, il est indiqué que le diagnostic de laboratoire de la vaginose bactérienne est établi à l'examen direct du frottis coloré au Gram selon les critères d'interprétation de Nugent. La recherche de *Gardnerella vaginalis* par culture (ou autre méthode) n'est pas recommandée [INSPQ et AMMIQ, 2016a].

Un autre document publié en 2016 par l'INSPQ et l'AMMIQ précise que l'examen microscopique à l'état frais, la culture et un test antigénique sont trois méthodes employées pour la détection de *T. vaginalis* dans les laboratoires du Québec, mais avec des sensibilités sous-optimales. En plus d'offrir une meilleure sensibilité comparativement aux autres analyses, les TAAN permettent des conditions de transport plus acceptables [INSPQ et AMMIQ, 2016b].

Un autre document de l'INSPQ, publié en 2022, mentionne deux situations pour lesquelles la recherche de *M. genitalium* est justifiée : chez une personne symptomatique en présence d'un syndrome compatible avec une ITS (urétrite, cervicite, orchépididymite, atteinte inflammatoire pelvienne) persistant ou récidivant malgré un traitement approprié contre les infections à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoeae* et chez le partenaire le plus récent et les partenaires réguliers d'une personne infectée par *M. genitalium*, sans égard à la présence ou non de symptômes [INSPQ, 2022]. Depuis 2014, le TAAN pour la détection de *M. genitalium* est offert par le laboratoire du CHU Sainte-Justine. Des TAAN commerciaux approuvés par Santé Canada sont maintenant disponibles, et certains laboratoires québécois peuvent réaliser l'analyse localement [INSPQ, 2022]. Dans le document de l'INSPQ, il est précisé que la prévalence de la résistance de *M. genitalium* aux antibiotiques est élevée et inquiétante et qu'une recherche de mutations associées à la résistance aux macrolides et aux quinolones est disponible au Laboratoire national de microbiologie (LNM). Les échantillons positifs selon le TAAN pour *M. genitalium* peuvent donc être acheminés au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) pour être analysés au LNM [INSPQ, 2022]. Dans ce même document, il est précisé que le prélèvement de sécrétions vaginales (prélevé par un professionnel de la santé ou autoprélevé) est le prélèvement de choix [INSPQ, 2022].

Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif se sont dits en accord avec l'ensemble de l'information véhiculée dans les documents recensés. Ils ont tout d'abord souhaité résumer les informations extraites dans un tableau comparatif des critères cliniques et de laboratoire compatibles avec la cervicite, la vaginose bactérienne, la candidose vulvovaginale ou la trichomonase. Ce tableau est placé en annexe du protocole. Dans celui-ci, ils ont souhaité préciser les résultats de la mesure du pH et de la recherche de l'odeur d'amine avec une solution de KOH qui sont indicateurs de la présence d'une vaginose bactérienne (pH vaginal > 4,5 et présence d'odeur d'amine), d'une candidose vulvovaginale (pH vaginal ≤ 4,5 et absence d'odeur d'amine) ou d'une trichomonase (pH vaginal > 4,5 et absence d'odeur d'amine). Quant aux critères de laboratoire, les membres ont souhaité préciser les résultats des analyses de laboratoire compatibles

avec une cervicite à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* (présence de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*), une vaginose bactérienne (score de Nugent ≥ 7 (flore vaginale compatible avec une vaginose bactérienne) ou autre résultat d'analyse microbiologique compatible avec une vaginose bactérienne), une candidose vulvovaginale (présence de levures à l'état frais ou à la coloration de Gram ou autre résultat d'analyse microbiologique compatible avec une candidose vulvovaginale) ou une trichomonase (présence de *T. vaginalis*). Dans tous les cas, les membres ont conseillé de mentionner dans le PMN de consulter le répertoire des analyses de laboratoire de l'établissement concerné afin de connaître les tests disponibles localement et leurs particularités (p. ex. sites de prélèvement à privilégier, types d'écouvillons et de milieux de transport acceptés, conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport).

Ensuite, les membres ont voulu dresser une liste de situations qui mènent à vouloir effectuer un prélèvement et une analyse et qui sont susceptibles d'être présentes chez une personne qui présente des pertes vaginales inhabituelles. Ils ont souhaité joindre à cette liste les prélèvements ou les actions à réaliser afin de vérifier la présence de certaines conditions. Ainsi, lorsqu'il y a des pertes vaginales compatibles avec une vaginose bactérienne, une candidose vulvovaginale ou une trichomonase, les membres ont décidé de recommander dans le PMN de faire un prélèvement des sécrétions vaginales pour la mesure du pH et la recherche d'odeur d'amine avec une solution de KOH (si cela est possible au point de service et si les conditions optimales pour le faire sont réunies) et/ou d'effectuer un prélèvement des sécrétions vaginales pour les analyses microbiologiques appropriées. En présence d'un exsudat endocervical purulent ou mucopurulent ou en présence de facteurs de risque pour une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*, les membres se sont inspirés des documents québécois et des guides recensés et ont décidé de recommander un prélèvement vaginal ou endocervical pour la recherche de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* par TAAN et un prélèvement endocervical pour une culture de *N. gonorrhoeae*. De plus, ils ont choisi de spécifier qu'un autoprélèvement vaginal « dans un contexte clinique » ou un prélèvement urinaire pourraient être envisagés si les prélèvements vaginal ou endocervical effectués par un clinicien ne sont pas disponibles et qu'un autoprélèvement « dans un contexte clinique » implique qu'un professionnel de la santé explique à la personne comment faire son prélèvement. Ainsi, les membres ont souhaité mentionner dans le PMN la possibilité d'un autoprélèvement vaginal « dans un contexte clinique » ou d'un prélèvement urinaire lorsque les autres types de prélèvement ne peuvent pas être effectués. S'il y a des signes ou symptômes d'infection pharyngée ou rectale, il faut faire un prélèvement pharyngé ou rectal (selon la localisation des symptômes) pour la recherche de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* par TAAN et un prélèvement pour une culture de *N. gonorrhoeae*. Si les pratiques sexuelles rapportées indiquent une exposition pharyngée ou rectale, sans signe ou symptôme à ces sites ou si la personne présente des facteurs de risque pour d'autres ITSS, les membres ont précisé à nouveau de faire référence, dans le PMN, aux documents du MSSS. En effet, comme mentionné auparavant, les facteurs de risque d'ITSS et les indications de dépistage sont des sujets qui ont fait l'objet de plusieurs travaux du MSSS, dont les outils intitulés *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés* et *Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique*.

En présence d'une cervicite persistante ou récidivante malgré un traitement approprié contre les infections à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoeae*, les membres sont d'avis qu'une infection à *M. genitalium* devrait toujours être recherchée, comme recommandé dans le document de l'INSPQ et dans les guides recensés. Dans ce même contexte, les membres ont également souhaité recommander de rechercher une infection à *T. vaginalis* lorsque cette recherche n'a pas été effectuée auparavant. Dans le cas d'un contact sexuel avec une personne qui présente un syndrome compatible avec une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* ou qui a une infection confirmée à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*, l'outil *Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique* s'avère utile tandis que, dans le cas d'un contact sexuel avec une personne qui a une infection confirmée à *M. genitalium* ou à *T. vaginalis*, la recherche d'une infection à *M. genitalium* ou à *T. vaginalis* (selon l'infection à laquelle la personne a été exposée) doit être recommandée. Le terme *actuel* est celui qui a été retenu par les membres du comité consultatif afin de caractériser le contact sexuel. En effet, dans le cas des personnes qui ont eu un contact sexuel avec une personne atteinte d'une infection confirmée à *M. genitalium*, les guides identifiés parlent eux aussi de partenaires sexuels *actuels* lorsqu'il est question des indications de dépistage de *M. genitalium* [Soni *et al.*, 2023; Australasian Society for HIV Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ASHM), 2022; Haute Autorité de Santé (HAS), 2022; Jensen *et al.*, 2022]. Concernant les personnes qui ont eu un contact sexuel avec une personne atteinte d'une infection confirmée à *T. vaginalis*, les guides recensés mentionnent que le traitement concomitant de tous les partenaires sexuels *actuels* est essentiel pour prévenir les réinfections, et donc que les partenaires identifiés doivent être référés pour recevoir un traitement empirique [ASPC, 2023; Sherrard *et al.*, 2023; Workowski *et al.*, 2021; ACOG, 2020]. Les membres se sont dits en accord avec cette conduite et ils ont décidé de recommander de faire un prélèvement pour la recherche de *T. vaginalis* en plus d'amorcer un traitement empirique (voir la [section 2.5.3](#)). Finalement, s'il y a possibilité d'une grossesse ou présence de microrragies prémenstruelles ou postmenstruelles ou de saignements postcoïtaux, les membres ont choisi d'indiquer dans le PMN d'effectuer un test de grossesse.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – Prélèvements et analyses*

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que la section des prélèvements et analyses devrait inclure les éléments suivants :

Pour de l'information complémentaire sur les critères cliniques et de laboratoire, consulter l'[Annexe II](#).

En présence de :	Effectuer :
Pertes vaginales compatibles avec une vaginose bactérienne, une candidose vulvovaginale ou une trichomonase	- un prélèvement des sécrétions vaginales pour la mesure du pH et la recherche d'odeur d'amine avec une solution d'hydroxyde de potassium (KOH), si cela est possible au point de service et si les conditions optimales pour le faire sont réunies ET/OU - un prélèvement des sécrétions vaginales pour les analyses microbiologiques appropriées¹
Exsudat endocervical purulent ou mucopurulent OU Facteurs de risque pour une infection à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i>	un prélèvement vaginal ou endocervical pour la recherche de <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i> par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)² et un prélèvement endocervical pour une culture de <i>N. gonorrhoeae</i>
Signes ou symptômes d'infection pharyngée ou rectale	un prélèvement pharyngé ou rectal (selon la localisation des symptômes) pour la recherche de <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i> par TAAN et un prélèvement pour une culture de <i>N. gonorrhoeae</i>
Pratiques sexuelles indiquant une exposition pharyngée ou rectale, sans signe ou symptôme à ces sites	la consultation de l'outil Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique
Facteurs de risque pour d'autres ITSS	- l'identification des ITSS à rechercher selon l'outil ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés - le ou les prélèvements pour le dépistage des autres ITSS à rechercher
Cervicite persistante ou récidivante malgré un traitement approprié contre les infections à <i>C. trachomatis</i> et à <i>N. gonorrhoeae</i>	la recherche¹ d'une infection à <i>M. genitalium</i> (toujours) ou à <i>T. vaginalis</i> (lorsque non effectuée auparavant)
Contact sexuel³ avec une personne qui présente un syndrome compatible avec une infection à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> ou qui a une infection confirmée à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i>	la recherche d'une infection à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> selon l'outil Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique
Contact sexuel⁴ avec une personne qui a une infection confirmée à <i>M. genitalium</i> ou à <i>T. vaginalis</i>	la recherche¹ d'une infection à <i>M. genitalium</i> ou à <i>T. vaginalis</i> (selon l'infection à laquelle la personne a été exposée)
Possibilité de grossesse ou microrragies prémenstruelles ou postmenstruelles ou saignements postcoïtaux	un test de grossesse

1. Consulter le répertoire des analyses de laboratoire de l'établissement concerné.

2. Un autoprélèvement vaginal « dans un contexte clinique » ou un prélèvement urinaire pourraient être envisagés si le prélèvement vaginal ou endocervical ne peut pas être effectué. Un autoprélèvement « dans un contexte clinique » implique qu'un professionnel de la santé explique à la personne comment effectuer son prélèvement.

3. Les partenaires à joindre sont ceux 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 d'un 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).

4. Les partenaires à joindre sont les partenaires sexuels actuels.

*Pour tous les types de prélèvements, se référer au laboratoire de l'établissement concerné afin de connaître les particularités propres aux tests utilisés localement (p. ex. sites de prélèvement à privilégier, types d'écouvillons et de milieux de transport acceptés, conditions à respecter pour le prélèvement, la conservation et le transport).

ANNEXE II

Critères	CERVICITE À <i>C. TRACHOMATIS</i> OU À <i>N. GONORRHOEAE</i>	VAGINOSE BACTÉRIENNE	CANDIDOSE VULVOVAGINALE ¹	TRICHOMONASE
Critères cliniques				
pH vaginal	Sans objet	pH vaginal > 4,5	pH vaginal ≤ 4,5	pH vaginal > 4,5
Odeur d'amine (avec KOH)	Sans objet	Présente	Absente	Absente
Critères de laboratoire				
Résultat	Présence de : <i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i>	Score de Nugent ≥ 7 (flore vaginale compatible avec une vaginose bactérienne) OU Autre résultat d'analyse microbiologique compatible avec une vaginose bactérienne	Présence de : levures à l'état frais ou à la coloration de Gram OU Autre résultat d'analyse microbiologique compatible avec une candidose vulvovaginale	Présence de : <i>T. vaginalis</i>

1. Facteur prédisposant : utilisation récente d'antibiotiques.

2.5 PMN – Conduite thérapeutique

2.5.1 Pertes vaginales compatibles avec la vaginose bactérienne

2.5.1.1 Indications de traitement

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

La présence de symptômes de vaginose bactérienne est l'indication principale de traitement dans les guides recensés [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021; ACOG, 2020]. Le traitement des partenaires n'est pas recommandé pour le moment [ASHM, 2022].

Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif ont souhaité recommander des indications de traitement qui combinent les critères cliniques et de laboratoire et les manifestations cliniques. Comme mentionné à la [section 2.4](#), les critères d'Amsel sont une façon fiable d'identifier la vaginose bactérienne. Les membres ont donc choisi de faire de la présence des trois critères d'Amsel au moment de la visite initiale la première indication de traitement de la vaginose bactérienne. Toujours selon les membres, la deuxième indication de traitement de la vaginose bactérienne, qui elle est valide à la suite de la réception des résultats des analyses de laboratoire, doit combiner des manifestations

cliniques et un résultat d'analyse microbiologique compatibles avec cette infection. Les membres du comité consultatif ont suggéré de préciser que, selon le répertoire des analyses de laboratoire de l'établissement concerné, un score de Nugent ≥ 7 ou un autre résultat d'analyse microbiologique compatible avec une vaginose bactérienne sont appropriés pour identifier l'infection.

2.5.1.2 Choix du traitement pharmacologique

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les traitements recommandés pour la vaginose bactérienne dans les documents recensés sont : métronidazole 500 mg PO BID durant 7 jours ou métronidazole 1 applicateur (5 g) de gel 0,75 % intravaginal DIE x 5 jours ou clindamycine 1 applicateur (5 g) de crème 2 % intravaginal DIE x 7 jours [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; ACOG, 2020]. Certains guides mentionnent également le métronidazole en dose unique (2 g PO, dose unique) comme autre option de traitement [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; WHO, 2021].

En présence d'une grossesse, les options de traitement recommandées dans les guides sont les mêmes que sans grossesse [ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021]. Parfois, il est précisé que l'administration du métronidazole serait idéalement à éviter au premier trimestre lorsque cela est possible [WHO, 2021] ou que le traitement à privilégier pour les personnes enceintes serait la clindamycine [Sherrard *et al.*, 2023]. En cas d'allaitement actif, un guide précise que le métronidazole est sécrété dans le lait maternel, mais que l'administration du métronidazole à faible dose serait compatible avec l'allaitement [Workowski *et al.*, 2021], alors qu'un autre guide recommande de privilégier les traitements intravaginaux vu la sécrétion du médicament dans le lait maternel [ASHM, 2022].

En ce qui concerne les traitements recommandés en présence d'allergie médicamenteuse, un des guides recensés mentionne que la crème intravaginale de clindamycine est à privilégier en cas d'allergie ou d'intolérance au métronidazole et que le gel intravaginal de métronidazole peut être envisagé pour les personnes qui ne sont pas allergiques au métronidazole mais qui ne tolèrent pas sa forme orale [Workowski *et al.*, 2021]. Un deuxième guide mentionne simplement qu'en cas d'allergie aux nitroimidazoles, il faut utiliser la clindamycine [ASHM, 2022].

Éléments contextuels

Dans la monographie de l'Association des pharmaciens du Canada (APhC), il est mentionné que le métronidazole traverse la barrière placentaire et que l'usage de la forme orale n'est pas recommandé au premier trimestre de la grossesse, même si les résultats des études de cohorte suggèrent que cet antibiotique ne serait pas tératogène. La monographie indique que le métronidazole est largement distribué dans le lait maternel et que, si une mère qui allaite est traitée avec une dose orale unique de 2 g de métronidazole, une interruption de l'allaitement durant 12 à 24 heures est recommandée. Cependant, il est précisé que l'administration de doses de métronidazole allant jusqu'à

200 à 400 mg 3 fois par jour durant une période allant jusqu'à 7 à 10 jours est considérée comme compatible avec l'allaitement et qu'il est peu probable que l'usage maternel de métronidazole intravaginal pendant l'allaitement ait un effet sur le bébé allaité [APhC, 2013].

Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif ont suggéré de recommander les trois mêmes traitements que ceux mentionnés dans les guides, soit métronidazole 500 mg PO BID durant 7 jours ou métronidazole 1 applicateur (5 g) de gel 0,75 % intravaginal DIE x 5 jours ou clindamycine 1 applicateur (5 g) de crème 2 % intravaginal DIE x 7 jours. Ils ont suggéré que soit ajoutée une mention selon laquelle les traitements intravaginaux sont des médicaments d'exception au niveau du Régime public d'assurance médicaments (RPAM) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et que les indications reconnues pour le paiement dans le cadre du RPAM soient précisées en note en bas du tableau. À propos du schéma unidose de métronidazole (2 g PO, dose unique), ils ont précisé que, selon eux, le seul moment où celui-ci devrait être envisagé est lorsque des problèmes d'adhésion au traitement sont anticipés. Les membres ont également mentionné que le fait que deux des traitements recommandés soient des médicaments d'exception agit comme un frein à leur accessibilité et peut retarder l'amorce du traitement. Cela représente également un fardeau administratif.

Concernant la grossesse et l'allaitement, les membres ont souhaité mentionner la même information que celle présentée dans les guides, soit que les options de traitement en présence d'une grossesse sont les mêmes que sans grossesse (sauf lors du premier trimestre au cours duquel le métronidazole devrait être évité) et qu'idéalement il faut privilégier les traitements intravaginaux chez les femmes qui allaitent.

En ce qui a trait aux allergies médicamenteuses, les membres ont suggéré de mentionner que la crème de clindamycine intravaginale est à privilégier en cas d'allergie ou d'intolérance au métronidazole et que le gel de métronidazole intravaginal peut être envisagé chez les femmes qui ne sont pas allergiques au métronidazole mais qui ne tolèrent pas ce médicament par voie orale, comme ce qui est recommandé dans les guides recensés. Ils ont également proposé de préciser qu'à l'inverse le métronidazole est à privilégier en cas d'allergie ou d'intolérance à la clindamycine.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CONDUITE THÉRAPEUTIQUE – Pertes vaginales compatibles avec la vaginose bactérienne

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que la conduite thérapeutique en présence de pertes vaginales compatibles avec la vaginose bactérienne devrait inclure les éléments suivants :

Indications de traitement	
Indication 1 : au moment de la visite initiale	Présence des trois critères d'Amsel* suivants : • Pertes vaginales homogènes, texture laiteuse; • pH vaginal > 4,5; • Dégagement d'une odeur d'amine à la suite de l'ajout d'hydroxyde de potassium (KOH). <i>* La présence de cellules cibles (clue cells) à l'examen microscopique est aussi un critère d'Amsel.</i>
Indication 2 : à la suite de la réception des résultats des analyses de laboratoire	Manifestations cliniques compatibles avec une vaginose bactérienne (consulter l'Annexe I) ET Résultat d'analyse microbiologique : score de Nugent ≥ 7 ou autre résultat d'analyse microbiologique compatible avec une vaginose bactérienne
Choix du traitement pharmacologique	
Médicament	Posologie
Clindamycine intravaginal	1 applicateur (5 g) de crème 2 % intravaginal HS x 7 jours (RPAM : médicament d'exception) ¹
Métronidazole intravaginal	1 applicateur (5 g) de gel 0,75 % intravaginal HS x 5 jours (RPAM : médicament d'exception) ²
Métronidazole oral	500 mg PO BID x 7 jours
Grossesse ou allaitement	
Grossesse : les options de traitement en présence d'une grossesse sont les mêmes que sans grossesse, sauf lors du premier trimestre au cours duquel le métronidazole devrait être évité. Allaitement : privilégier les traitements intravaginaux (le métronidazole est sécrété dans le lait maternel).	
Allergie médicamenteuse ou intolérance	
La crème de clindamycine intravaginale est à privilégier en cas d'allergie ou d'intolérance au métronidazole. Le gel de métronidazole intravaginal peut être envisagé chez les femmes qui ne sont pas allergiques au métronidazole, mais qui ne tolèrent pas le métronidazole par voie orale. À l'inverse, le métronidazole est à privilégier en cas d'allergie ou d'intolérance à la clindamycine.	
Autre option de traitement – Problème anticipé d'adhésion au traitement	
Le schéma thérapeutique suivant peut être envisagé : métronidazole 2 g PO, dose unique	

1. Les indications reconnues pour le paiement dans le cadre du Régime public d'assurance médicaments (RPAM) sont : 1) pour le traitement de la vaginose bactérienne lors du premier trimestre de la grossesse, 2) lorsque le métronidazole intravaginal est inefficace, contre-indiqué ou mal toléré.

2. Les indications reconnues pour le paiement dans le cadre du RPAM sont : 1) pour le traitement de la vaginose bactérienne chez la femme enceinte lors des deuxième et troisième trimestres de la grossesse, 2) pour le traitement de la vaginose bactérienne en cas d'intolérance au métronidazole par la voie orale.

2.5.2 Pertes vaginales compatibles avec la candidose vulvovaginale

2.5.2.1 Indications de traitement

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Peu de documents se prononcent sur les indications de traitement en présence d'une candidose vulvovaginale. Un guide mentionne que seules les personnes symptomatiques dont l'infection a été objectivée par une analyse de laboratoire devraient être traitées et que le traitement n'est pas recommandé pour les personnes asymptomatiques ni pour les partenaires masculins asymptomatiques [Sherrard *et al.*, 2023]. Un autre guide se prononce quant à lui sur le traitement empirique de la candidose vulvovaginale. Dans celui-ci, il est précisé qu'un traitement empirique de la candidose vulvovaginale aiguë, basé sur les symptômes rapportés, peut être administré dans un contexte non spécialisé et que, si les symptômes ne disparaissent pas ou s'ils réapparaissent, un examen physique et des tests microbiologiques doivent être effectués [Saxon *et al.*, 2020].

Perspective des cliniciens

À l'instar de ce qui est proposé dans le guide de la BASHH, les membres du comité consultatif étaient en faveur de la possibilité de traiter la candidose vulvovaginale de façon empirique, mais ils ont précisé que la place du traitement empirique doit être bien balisée. En effet, selon eux, en présence d'une histoire compatible avec une candidose vulvovaginale (en fonction des antécédents médicaux et des symptômes rapportés), il est possible de prescrire un traitement empirique (sans examen physique, mesure du pH, recherche d'odeur d'amine avec une solution de KOH ni prélèvement pour des analyses de laboratoire). Cependant, si les symptômes empiraient ou s'ils persistent ou réapparaissent après le traitement, un examen physique et des analyses de laboratoire doivent être effectués avant de proposer un nouveau traitement. Ils ont insisté sur le fait qu'une évaluation plus approfondie doit être faite rapidement lorsque le traitement ne semble pas agir et que la répétition du traitement serait inappropriée dans cette situation, puisque les pertes vaginales inhabituelles pourraient être attribuables à d'autres causes. Les membres ont également mentionné que, lorsque la possibilité de la présence d'une ITSS concomitante ne peut pas être exclue (selon l'évaluation des facteurs de risque), un examen physique et des analyses de laboratoire pourraient être nécessaires en concomitance avec le traitement empirique de la candidose vulvovaginale.

Les membres du comité consultatif ont ensuite souhaité recommander des indications de traitement de la candidose vulvovaginale qui combinent les critères cliniques et de laboratoire et les manifestations cliniques. Comme mentionné à la [section 2.4](#), la mesure du pH et la recherche d'odeur d'amine avec une solution de KOH peuvent permettre d'identifier la candidose vulvovaginale au point de service. Les membres ont donc suggéré que la deuxième indication de traitement soit la combinaison de la présence de manifestations cliniques et de critères cliniques compatibles avec une candidose vulvovaginale au moment de la visite initiale. Toujours selon les membres, la troisième indication de traitement de la candidose vulvovaginale, qui elle est valide à la suite de la

réception des résultats des analyses de laboratoire, doit combiner des manifestations cliniques compatibles avec la candidose vulvovaginale et la présence de levures à l'état frais ou à la coloration de Gram ou d'un autre résultat d'analyse microbiologique compatible avec une candidose vulvovaginale.

2.5.2.2 Choix du traitement pharmacologique

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les guides recensés mentionnent tous que le traitement de la candidose vulvovaginale peut être soit oral, soit intravaginal. Le traitement oral recommandé est le fluconazole (150 mg, dose unique). Les traitements intravaginaux préconisés sont différents antifongiques azolés topiques (p. ex. clotrimazole, miconazole, terconazole) dont la disponibilité et la formulation (p. ex. crème, comprimé, ovule) varient selon les pays. Le schéma posologique recommandé pour chacun des agents dépend de sa concentration et de sa formulation [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; ACOG, 2020; Saxon *et al.*, 2020]. Les traitements intravaginaux et les traitements oraux démontreraient une efficacité et une innocuité comparables pour la prise en charge de la candidose vulvovaginale aigüe [Sherrard *et al.*, 2023; ACOG, 2020; Saxon *et al.*, 2020].

En présence d'une grossesse, les guides recensés recommandent d'administrer les traitements intravaginaux et ils précisent de les utiliser pour une plus longue durée de traitement (au moins 7 jours) [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; Saxon *et al.*, 2020]. Le fluconazole oral ne devrait pas être administré à une personne enceinte [ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021; Saxon *et al.*, 2020]. En ce qui concerne l'allaitement, les traitements intravaginaux devraient également être privilégiés, selon les mêmes durées que chez les personnes non enceintes [Saxon *et al.*, 2020].

Selon les guides sélectionnés, une allergie aux antifongiques azolés est rare. L'essai d'un autre agent pourrait être envisagé [ASHM, 2022; ACOG, 2020; Saxon *et al.*, 2020].

Éléments contextuels

Les produits intravaginaux commercialisés au Canada sont : clotrimazole (crème 1 %, crème 2 %, crème 10 %, comprimé 200 mg, comprimé 500 mg), miconazole (crème 2 %, crème 4 %, ovule 100 mg, ovule 400 mg, ovule 1 200 mg) et terconazole (crème 0,4 %). Tous sont des médicaments en vente libre, sauf le terconazole.

Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif ont affirmé être en accord avec l'ensemble des recommandations et informations contenues dans les documents retenus. Les membres ont souhaité recommander d'administrer les traitements intravaginaux préférentiellement le soir afin d'augmenter le temps de contact avec les tissus vaginaux, comme spécifié dans les monographies [APhC, 2022]. Le fluconazole oral (150 mg dose unique) est également disponible ici pour le traitement de la candidose vulvovaginale. Selon les membres du comité, le choix du mode de traitement (oral ou intravaginal) dépendra donc

en grande partie des préférences de la personne atteinte, puisque l'efficacité et l'innocuité sont similaires, sauf que les formulations intravaginales de plus courte durée causent généralement plus d'irritation cutanée. Ils ont également mentionné qu'avec l'ensemble des traitements recommandés il est possible d'ajouter un traitement concomitant de crème externe en application locale sur les parties génitales irritées, une à deux fois par jour durant un maximum de sept jours.

Les membres du comité consultatif ont précisé que, pour les personnes enceintes ou qui allaitent, seulement les traitements intravaginaux sont recommandés. En cas de grossesse, un traitement de plus longue durée devrait être privilégié (minimum de 7 jours), alors qu'en présence d'un allaitement actif les durées de traitement recommandées aux personnes non enceintes peuvent être employées.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CONDUITE THÉRAPEUTIQUE – Pertes vaginales compatibles avec la candidose vulvovaginale

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que la conduite thérapeutique en présence de pertes vaginales compatibles avec la candidose vulvovaginale devrait inclure les éléments suivants :

Indications de traitement		
Indication 1 : au moment de la visite initiale	Histoire compatible avec une candidose vulvovaginale (en fonction des antécédents médicaux et des symptômes rapportés) : il est possible de prescrire un traitement empirique (sans examen physique, mesure du pH, recherche d'odeur d'amine avec une solution de KOH ni prélèvement pour des analyses de laboratoire). Toutefois : • Si les symptômes empirent ou s'ils persistent ou réapparaissent après le traitement, un examen physique et des analyses de laboratoire doivent être effectués avant de proposer un nouveau traitement. • Selon l'évaluation des facteurs de risque d'ITSS de la personne, un examen physique et des analyses de laboratoire pourraient être nécessaires parallèlement avec le traitement empirique de la candidose vulvovaginale si la possibilité de la présence d'une ITSS concomitante ne peut pas être exclue.	
Indication 2 : au moment de la visite initiale	Manifestations cliniques compatibles avec une candidose vulvovaginale (consulter l'annexe I) ET Critères cliniques compatibles avec une candidose vulvovaginale (consulter l'annexe II)	
Indication 3 : à la suite de la réception des résultats des analyses de laboratoire	Manifestations cliniques compatibles avec une candidose vulvovaginale (consulter l'annexe I) ET Résultat d'analyse microbiologique : présence de levures à l'état frais ou à la coloration de Gram ou autre résultat d'analyse microbiologique compatible avec une candidose vulvovaginale	
Choix du traitement pharmacologique		
Médicament	Posologie ¹	Crème externe au besoin pendant maximum 7 jours ³
Clotrimazole intravaginal	1 applicateur (5 g) de crème : 1 % HS x 6 jours, 2 % HS x 3 jours ou 10 % HS dose unique	Clotrimazole 1 %, DIE - BID

	1 comprimé : 200 mg HS x 3 jours ou 500 mg HS dose unique	
Miconazole intravaginal	1 applicateur (5 g) de crème : 2 % HS x 7 jours ou 4 % HS x 3 jours 1 ovule : 100 mg HS x 7 jours, 400 mg HS x 3 jours ou 1 200 mg HS dose unique	Miconazole 2 %, DIE - BID
Terconazole intravaginal²	1 applicateur (5 g) de crème : 0,4 % HS x 7 jours	Terconazole 0,4 %, DIE - BID
Fluconazole oral	150 mg dose unique	Clotrimazole 1 % ou Miconazole 2 % DIE - BID
Grossesse ou allaitement		
Grossesse et allaitement : Seulement les traitements intravaginaux sont recommandés. Grossesse : Une plus longue durée de traitement devrait être privilégiée (minimum de 7 jours). Allaitement : les durées de traitement recommandées s'il n'y a pas de grossesse peuvent être employées.		
Allergie médicamenteuse		
Une allergie aux antifongiques azolés est rare; le cas échéant, consulter un collègue expérimenté.		
1. Les formulations intravaginales de plus courte durée causent généralement plus d'irritation cutanée. 2. Ce produit n'est pas un médicament en vente libre. 3. En application locale sur les parties génitales irritées.		

2.5.3 Pertes vaginales compatibles avec la trichomonase ou personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel actuel d'une personne qui a une infection à *T. vaginalis* objectivée par une analyse en laboratoire

2.5.3.1 Indications de traitement

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents recensés spécifient qu'un résultat d'analyse microbiologique indiquant la présence de *T. vaginalis* (qu'il y ait des symptômes ou non) est la principale indication de traitement de la trichomonase [Sherrard *et al.*, 2023; Workowski *et al.*, 2021].

Le traitement concomitant de tous les partenaires sexuels est essentiel pour prévenir les réinfections. Les partenaires doivent être référés pour un traitement empirique [ASPC, 2023; Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Sherrard *et al.*, 2022; Workowski *et al.*, 2021; ACOG, 2020]. La majorité des documents mentionnent que le traitement pharmacologique des partenaires sexuels concerne exclusivement les partenaires actuels [ASPC, 2023; Sherrard *et al.*, 2023; Workowski *et al.*, 2021; ACOG, 2020], alors qu'un guide précise que les partenaires actuels et tout partenaire dans les quatre semaines précédant la présentation doivent être traités pour la trichomonase, quels que soient les résultats des investigations [Sherrard *et al.*, 2022].

Perspective des cliniciens

Pour la personne qui présente des pertes vaginales compatibles avec la trichomonase, les membres du comité consultatif ont souhaité recommander une indication de traitement qui combine les critères de laboratoire et la symptomatologie, soit des manifestations cliniques compatibles avec une trichomonase et un résultat d'analyse microbiologique démontrant la présence de *T. vaginalis*.

Pour le partenaire sexuel asymptomatique, les membres ont suggéré de se conformer à la façon d'identifier les partenaires qui a été suggérée dans la majorité des documents retenus, soit de ne retenir que les partenaires sexuels actuels. Les membres se sont dits d'avis qu'un traitement empirique de tous les partenaires sexuels actuels asymptomatiques est effectivement requis pour éviter la réinfection. Ils ont cependant souhaité préciser que, lorsque la recherche de *T. vaginalis* est effectuée à l'aide d'un TAAN, il est possible d'attendre l'obtention des résultats des analyses de laboratoire avant de traiter si la personne démontre la motivation et la possibilité de se procurer un traitement advenant un résultat d'analyse positif. En effet, selon eux, lorsque la recherche de *T. vaginalis* est effectuée à l'aide d'un TAAN (le test le plus sensible), le fait de retarder le traitement chez les partenaires motivés à se le procurer advenant un résultat positif permet un usage plus optimal des antibiotiques en évitant de traiter inutilement les partenaires sexuels qui ne sont pas infectés par *T. vaginalis*.

2.5.3.2 Choix du traitement pharmacologique

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Dans les documents recensés, il est précisé que les nitroimidazoles oraux sont les seuls agents recommandés pour le traitement de la trichomonase et que, bien qu'une dose unique de métronidazole ait longtemps été le schéma thérapeutique favorisé pour traiter la trichomonase, les données récentes montrent qu'un traitement de sept jours est plus efficace [Sherrard *et al.*, 2022; Workowski *et al.*, 2021; ACOG, 2020]. Ainsi, cinq des sept documents qui abordent le traitement de la trichomonase recommandent le schéma multidose de métronidazole comme premier choix chez les femmes (500 mg PO BID durant 7 jours) [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Sherrard *et al.*, 2022; Workowski *et al.*, 2021; ACOG, 2020]. Deux des sept documents placent quant à eux les schémas multidose (500 mg PO BID durant 7 jours) et unidose (2g PO dose unique) de métronidazole comme deux premiers choix de traitement équivalents [ASPC, 2023; WHO, 2021]. La place du schéma unidose de métronidazole varie dans les cinq autres guides; c'est un traitement alternatif pour tous dans trois d'entre eux [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Sherrard *et al.*, 2022], c'est le traitement recommandé en premier choix chez les hommes (mais ce n'est pas un choix de traitement chez les femmes) dans l'un d'entre eux [Workowski *et al.*, 2021], et le schéma unidose de métronidazole n'est pas présenté comme une option de traitement dans le cinquième guide [ACOG, 2020]. Selon les guides recensés, le métronidazole intravaginal ne serait pas efficace pour le traitement de la trichomonase [ASPC, 2023; Sherrard *et al.*, 2022; Workowski *et al.*, 2021; ACOG, 2020].

Dans les guides retenus, en raison de l'absence d'une autre option de traitement efficace, il est mentionné que les personnes enceintes symptomatiques, quel que soit le stade de leur grossesse, doivent être testées et traitées par le métronidazole en raison des effets nocifs potentiels de la trichomonase sur les issues de la grossesse [ASPC, 2023; Sherrard *et al.*, 2023; 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021]. En présence d'allaitement actif, les guides mentionnent que le métronidazole est sécrété dans le lait maternel et que son usage à haute dose devrait être évité [ASHM, 2022; Sherrard *et al.*, 2022; Workowski *et al.*, 2021].

Concernant les allergies médicamenteuses, comme seuls les antibiotiques de la classe des nitroimidazoles sont efficaces pour traiter la trichomonase, un guide mentionne que les personnes qui ont une réaction d'hypersensibilité de type IgE-médiée aux nitroimidazoles doivent être prises en charge par désensibilisation au métronidazole selon les schémas thérapeutiques publiés et en consultation avec un allergologue. Le traitement optimal pour les personnes atteintes de *T. vaginalis* qui ne peuvent pas être désensibilisées n'a pas été systématiquement étudié. Il est basé sur des rapports de cas, dont certains rapportent l'usage de la paromomycine ou de l'acide borique [Workowski *et al.*, 2021]. Dans d'autres guides, il est précisé qu'il importe de s'assurer d'être en présence d'une réelle allergie et, si c'est le cas, une désensibilisation au métronidazole pourrait être envisagée [ASHM, 2022; Sherrard *et al.*, 2022; ACOG, 2020].

Finalement, en ce qui concerne le traitement pharmacologique des partenaires sexuels actuels asymptomatiques, les guides recensés mentionnent simplement de les traiter, sans prendre position à propos d'un schéma thérapeutique de métronidazole à recommander en particulier (unidose ou multidose) [ASPC, 2023; Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Sherrard *et al.*, 2022; Workowski *et al.*, 2021; ACOG, 2020].

Éléments contextuels

En présence d'une grossesse, dans la monographie de l'APhC, il est mentionné que le métronidazole oral traverse la barrière placentaire et que son usage n'est pas recommandé au premier trimestre de la grossesse, même si les résultats des études de cohorte suggèrent que cet antibiotique ne serait pas tératogène. La monographie indique que le métronidazole est largement distribué dans le lait maternel et que, si une mère qui allaite est traitée avec une dose orale unique de 2 g de métronidazole, une interruption de l'allaitement durant 12 à 24 heures est recommandée. Cependant, il est précisé que l'usage de doses de métronidazole allant jusqu'à 200 à 400 mg 3 fois par jour durant une période allant jusqu'à 7 à 10 jours est considéré comme compatible avec l'allaitement [APhC, 2013].

Perspective des cliniciens

Pour les personnes qui présentent des pertes vaginales compatibles avec la trichomonase, les membres du comité consultatif ont souhaité recommander le schéma multidose de métronidazole comme premier choix de traitement (500 mg PO BID durant 7 jours), à l'instar de ce qui est mentionné dans les guides sur le sujet. Concernant le schéma unidose de métronidazole (2 g PO dose unique), les membres ont souhaité le

conserver comme option de traitement, même s'il semble moins efficace que le schéma multidose. En effet, les membres du comité ont mentionné que, lorsque des problèmes d'adhésion au traitement sont anticipés, le traitement unidose est très avantageux. Ils ont donc demandé de placer le traitement unidose en deuxième choix de traitement.

Les membres étaient en accord avec l'ensemble de l'information trouvée dans les guides concernant le traitement de la trichomonase en présence d'une grossesse, d'un allaitement actif ou d'une allergie médicamenteuse. C'est pourquoi ils ont suggéré de recommander l'usage du métronidazole dans un contexte de grossesse ou d'allaitement (vu l'absence d'une autre option) et une désensibilisation au métronidazole dans un contexte d'allergie. Pour les allergies, les membres du comité ont suggéré de s'inspirer des écrits du guide des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) pour rédiger notre recommandation afin de parler plus en détails de la désensibilisation et de la possibilité de traitements de remplacement qui a été mentionnée dans certains rapports de cas.

Pour les partenaires sexuels actuels asymptomatiques, les membres ont préféré ne pas privilégier un schéma de traitement par rapport à un autre (métronidazole multidose versus métronidazole unidose). Les auteurs des guides recensés n'ont pas ordonné les schémas de traitement avec le métronidazole eux non plus. Ainsi, pour les partenaires asymptomatiques, le métronidazole multidose et le métronidazole unidose sont présentés dans le PMN comme deux options équivalentes. Les raisons qui sous-tendent la décision de ne pas privilégier le schéma multidose, comme cela est fait chez la personne atteinte de trichomonase, sont les suivantes : plusieurs des partenaires asymptomatiques de personnes présentant des pertes vaginales inhabituelles sont des hommes et, dans le guide des CDC, le traitement recommandé en premier choix chez les hommes est le métronidazole unidose [Workowski *et al.*, 2021], et plusieurs personnes qui n'ont pas de symptômes accepteront beaucoup mieux un traitement unidose que multidose.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CONDUITE THÉRAPEUTIQUE – Pertes vaginales compatibles avec la trichomonase ou personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel actuel d’une personne qui présente une infection à *T. vaginalis* objectivée par une analyse en laboratoire

L’analyse de l’ensemble de l’information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que la conduite thérapeutique en présence de pertes vaginales compatibles avec la trichomonase ou en présence d’une personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel actuel d’une personne qui a une infection à *T. vaginalis* objectivée par une analyse en laboratoire devrait inclure les éléments suivants :

Indications de traitement		
Personne qui présente des pertes vaginales compatibles avec la trichomonase	Manifestations cliniques compatibles avec une trichomonase (consulter l’annexe I) ET Résultat d’analyse microbiologique démontrant la présence de <i>T. vaginalis</i> .	
Partenaire sexuel actuel asymptomatique	La prise en charge des partenaires sexuels actuels des personnes pour lesquelles une infection à <i>T. vaginalis</i> a été objectivée par une analyse en laboratoire devrait inclure, entre autres : • un prélèvement pour la recherche de <i>T. vaginalis</i> ET • un traitement empirique¹ (avant l’obtention des résultats des analyses de laboratoire).	
Choix du traitement pharmacologique		
Situation clinique	Médicament	Posologie
Personne qui présente des pertes vaginales compatibles avec la trichomonase	Métronidazole	1^{er} choix : 500 mg PO BID x 7 jours 2^e choix : 2 g PO dose unique
Partenaire sexuel actuel asymptomatique	Métronidazole	500 mg PO BID x 7 jours OU 2 g PO dose unique
Grossesse ou allaitement		
Grossesse : en raison des risques associés à une infection à <i>T. vaginalis</i> sur les issues de la grossesse, les personnes enceintes devraient être traitées. L’usage du métronidazole devrait être évité au premier trimestre, mais comme il n’y a pas d’autre option, le traitement recommandé durant tous les trimestres de la grossesse est : métronidazole 500 mg PO BID x 7 jours. Allaitement : le métronidazole est sécrété dans le lait maternel. Comme il n’y a pas d’autre option, le traitement recommandé en période d’allaitement est : métronidazole 500 mg PO BID x 7 jours. Un fractionnement de la dose totale en un plus grand nombre de prises quotidiennes ou le fait de différer l’allaitement après le traitement de la mère pourraient contribuer à diminuer la concentration du médicament dans le lait maternel.		
Allergies médicamenteuses		
Les nitroimidazoles oraux (métronidazole, tinidazole) représentent la seule classe d’antibiotiques connue pour être efficace contre l’infection à <i>T. vaginalis</i> . Les personnes qui présentent une réaction d’hypersensibilité de type IgE-médiée aux nitroimidazoles doivent être prises en charge par désensibilisation au métronidazole selon les schémas thérapeutiques publiés, le tout en collaboration avec un collègue expérimenté. Le traitement optimal pour les personnes qui ne peuvent pas être désensibilisées n’a pas été systématiquement étudié ; il est basé sur des rapports de cas, dont certains rapportent l’usage de la paromomycine ou de l’acide borique.		

1. Lorsque la recherche de *T. vaginalis* est effectuée à l’aide d’un TAAN, il est possible d’attendre l’obtention des résultats des analyses de laboratoire avant de traiter si la personne démontre la motivation et la possibilité de se procurer un traitement advenant un résultat d’analyse positif.

2.5.4 Exsudat endocervical purulent ou mucopurulent suggestif d'une cervicite

La conduite thérapeutique en cas de cervicite fait l'objet d'un GUO de l'INESSS, soit le guide d'usage optimal ITSS – Approche syndromique [INESSS, 2020b]. Toute l'information pertinente sur les indications de traitement, sur le choix du traitement pharmacologique et sur les interventions auprès des partenaires s'y trouve, et c'est pourquoi le présent PMN y fait référence. Les recommandations contenues dans ce GUO reposent principalement sur une revue systématique de guides de pratique clinique (GPC), consensus d'experts, conférences consensuelles, lignes directrices et tout autre document qui présente des recommandations cliniques et sur la perspective des différentes parties prenantes consultées au moment de l'élaboration de celui-ci.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CONDUITE THÉRAPEUTIQUE – Exsudat endocervical purulent ou mucopurulent suggestif d'une cervicite

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que la conduite thérapeutique en présence d'un exsudat endocervical purulent ou mucopurulent suggestif d'une cervicite devrait inclure les éléments suivants :

Traitement	Exsudat endocervical purulent ou mucopurulent suggestif d'une cervicite
Indication de traitement	Amorcer un traitement pharmacologique avant l'obtention des résultats de l'analyse microbiologique.
Choix du traitement pharmacologique et intervention auprès des partenaires	Consulter le guide d'usage optimal ITSS – approche syndromique .

2.5.5 Résultat d'analyse positif à *C. trachomatis*, à *N. gonorrhoeae* ou à *M. genitalium*

La conduite thérapeutique associée à la présence d'un résultat d'analyse positif à *C. trachomatis*, à *N. gonorrhoeae* ou à *M. genitalium* fait l'objet de deux GUO de l'INESSS, soit le guide d'usage optimal ITSS – Infection non compliquée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* [INESSS, 2020a] et le guide d'usage optimal ITSS – Infection confirmée à *Mycoplasma genitalium* [INESSS, 2023]. Toute l'information pertinente sur les indications de traitement, sur le choix du traitement pharmacologique et sur les interventions auprès des partenaires s'y trouve, et c'est pourquoi le présent PMN y fait référence. Les recommandations contenues dans ces GUO reposent principalement sur des revues systématiques de GPC, consensus d'experts, conférences consensuelles, lignes directrices et tout autre document qui présente des recommandations cliniques et sur la perspective des différentes parties prenantes consultées au moment de leur élaboration. De plus, pour le guide d'usage optimal ITSS – Infection non compliquée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*, un aspect du traitement des infections gonococciques, soit la pertinence de la double thérapie, a soulevé des questions pour lesquelles la consultation des études primaires a été nécessaire.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CONDUITE THÉRAPEUTIQUE – Résultat d'analyse positif à *C. trachomatis*, à *N. gonorrhoeae* ou à *M. genitalium*

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que la conduite thérapeutique en présence d'un résultat d'analyse positif à *C. trachomatis*, à *N. gonorrhoeae* ou à *M. genitalium* devrait inclure les éléments suivants :

Traitement	Résultat d'analyse positif à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i>	Résultat d'analyse positif à <i>M. genitalium</i>
Indications de traitement	Amorcer un traitement pharmacologique.	
Choix du traitement pharmacologique et intervention auprès des partenaires	Consulter le guide d'usage optimal ITSS – Infection non compliquée à <i>Chlamydia trachomatis</i> ou à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> .	Consulter le guide d'usage optimal ITSS – Infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i> .

2.5.6 Personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel 1) d'une personne qui présente un syndrome compatible avec une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*, 2) d'une personne qui a une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* objectivée par une analyse en laboratoire ou 3) d'une personne qui a une infection à *M. genitalium* objectivée par une analyse en laboratoire

La conduite thérapeutique pour une personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel d'une personne qui présente un syndrome compatible avec une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*, d'une personne qui a une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* objectivée par une analyse en laboratoire ou d'une personne qui a une infection à *M. genitalium* objectivée par une analyse en laboratoire fait l'objet d'un algorithme de l'INESSS, soit l'Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques [INESSS, 2021] et d'un GUO de l'INESSS, soit le guide d'usage optimal ITSS – Infection confirmée à *Mycoplasma genitalium* [INESSS, 2023]. Toute l'information pertinente sur les indications de traitement et sur le choix du traitement pharmacologique s'y trouve, et c'est pourquoi le présent PMN y fait référence. Les recommandations contenues dans ces documents reposent principalement sur des revues systématiques de GPC, consensus d'experts, conférences consensuelles, lignes directrices et tout autre document présentant des recommandations cliniques ainsi que sur la perspective des différentes parties prenantes consultées au moment de leur élaboration.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CONDUITE THÉRAPEUTIQUE –
Personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel 1) d'une personne qui présente un syndrome compatible avec une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*, 2) d'une personne qui a une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* objectivée par une analyse en laboratoire ou 3) d'une personne qui a une infection à *M. genitalium* objectivée par une analyse en laboratoire

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que la conduite thérapeutique en présence d'une personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel d'une personne qui présente un syndrome compatible avec une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*, d'une personne qui a une infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* objectivée par une analyse en laboratoire ou d'une personne qui a une infection à *M. genitalium* objectivée par une analyse en laboratoire devrait inclure les éléments suivants :

Traitement	Partenaire sexuel asymptomatique d'une personne qui a		
	un syndrome compatible avec une infection à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> ¹	une infection à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> objectivée par une analyse en laboratoire ¹	une infection à <i>M. genitalium</i> objectivée par une analyse en laboratoire ²
Indications de traitement	Amorcer un traitement pharmacologique avant l'obtention des résultats d'analyse microbiologique du partenaire sexuel asymptomatique.		Amorcer un traitement pharmacologique à la suite de l'obtention d'un résultat d'analyse microbiologique positif à <i>M. genitalium</i> chez le partenaire sexuel asymptomatique.
Choix du traitement pharmacologique	Consulter l' Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques .		Consulter le guide d'usage optimal ITSS – Infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i> .

1. Les partenaires à joindre sont ceux 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 d'un 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).

2. Les partenaires à joindre sont les partenaires sexuels actuels.

2.5.7 Conduite thérapeutique à la suite de l'obtention des résultats des analyses de laboratoire

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

En présence d'un résultat d'analyse de laboratoire positif pour *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium* ou *T. vaginalis*, les documents retenus recommandent un traitement pharmacologique qui cible l'infection identifiée indépendamment de la présence ou non de symptômes [ASPC, 2023; Sherrard *et al.*, 2023; Soni *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Jensen *et al.*, 2022; PHO, 2022; Workowski *et al.*, 2021; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020].

Par ailleurs, en présence d'un résultat d'analyse de laboratoire compatible avec une vaginose bactérienne ou une candidose vulvovaginale, les guides retenus recommandent un traitement pharmacologique qui cible l'infection identifiée seulement en présence de symptômes [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021; WHO, 2021; ACOG, 2020; Saxon *et al.*, 2020].

Dans les cas de grossesse, le guide des CDC mentionne que le traitement de la vaginose bactérienne est recommandé pour toutes les personnes enceintes symptomatiques, puisque cette infection a été associée à des issues défavorables de la grossesse, y compris des risques de rupture prématurée des membranes, de naissance prématurée, d'infection intra-amniotique ou d'endométrite post-partum [Workowski *et al.*, 2021].

Perspective des cliniciens

Lorsque les résultats obtenus confirment l'infection traitée empiriquement chez une personne asymptomatique au moment de leur réception, les membres ont mentionné de simplement effectuer le suivi. Si la personne est toujours symptomatique à la réception des résultats, les membres ont spécifié que les délais d'amélioration varient en fonction de l'infection documentée, mais que sans amélioration plus de trois jours après le début du traitement l'état de la personne devrait être réévalué.

Lorsque les résultats obtenus démontrent la présence d'une infection différente de celle traitée empiriquement, mais faisant partie du PMN, les membres ont confirmé que les recommandations contenues dans les guides retenus et présentées ci-haut sont adéquates, soit un traitement pharmacologique ciblant l'infection identifiée indépendamment de la présence ou non de symptômes en présence d'un résultat d'analyse de laboratoire positif pour *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium* ou *T. vaginalis* et un traitement pharmacologique ciblant l'infection identifiée seulement en présence de symptômes lorsque le résultat de l'analyse de laboratoire est compatible avec une vaginose bactérienne ou une candidose vulvovaginale (la personne asymptomatique doit cependant être informée du résultat positif). Les membres du comité ont mentionné une exception, soit la vaginose bactérienne chez une personne enceinte qui a eu un épisode de pertes vaginales inhabituelles; selon eux, elle devrait toujours être traitée, indépendamment de la présence ou non de symptômes au moment

de la réception des résultats des analyses de laboratoire. Selon eux, cela pourrait permettre de prévenir la survenue d'issues indésirables de la grossesse. Finalement, les membres ont précisé que, pour les personnes toujours symptomatiques, les symptômes rapportés au moment de la réception des résultats des analyses de laboratoire doivent être les mêmes que ceux mentionnés ou objectivés lors de l'évaluation initiale.

Lorsque les résultats obtenus ne démontrent pas la présence de l'infection traitée empiriquement et si aucune analyse microbiologique pour une autre infection faisant partie du PMN n'a été demandée ou n'est positive, les cliniciens ont mentionné que, sans symptômes lors de la réception des résultats, il faut simplement informer la personne du résultat et lui dire que son état devra être réévalué s'il y a réapparition des symptômes. En présence de symptômes au moment de la réception des résultats, l'état de la personne devra faire l'objet d'une réévaluation.

Face à des résultats qui démontrent la présence d'une infection faisant partie du PMN, mais qui n'a pas été traitée empiriquement, les membres du comité consultatif ont conclu que la conduite recommandée devrait être la même que celle préconisée lorsque les résultats obtenus démontrent la présence d'une infection différente de celle traitée empiriquement, mais faisant partie du PMN.

Finalement, les membres ont souhaité recommander de consulter un collègue expérimenté lorsque les résultats obtenus démontrent la présence de résistance à l'antibiotique administré, puisque cela implique une prise en charge complexe.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CONDUITE THÉRAPEUTIQUE – Conduite thérapeutique à la suite de l'obtention des résultats des analyses de laboratoire

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que la conduite thérapeutique à la suite de l'obtention des résultats des analyses de laboratoire devrait inclure les éléments suivants :

Résultats des analyses de laboratoire	Personne asymptomatique au moment de la réception des résultats des analyses de laboratoire	Personne symptomatique au moment de la réception des résultats des analyses de laboratoire
Confirment l'infection traitée empiriquement.	Effectuer le suivi (consulter la section 5).	Évaluer l'évolution des symptômes et leur durée. Les délais attendus d'amélioration varient selon l'infection documentée. S'il n'y a pas d'amélioration plus de 3 jours après le début du traitement, l'état de la personne doit être réévalué.
Démontrent la présence d'une infection différente de celle traitée empiriquement, mais faisant partie de ce protocole	• Présence de <i>C. trachomatis</i>, <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>M. genitalium</i> ou <i>T. vaginalis</i> : traiter l'infection identifiée. • Résultat obtenu compatible avec une vaginose bactérienne* ou une candidose vulvovaginale : informer la personne du résultat, mais ne pas proposer de nouveau traitement.	Commencer un nouveau traitement ciblant l'infection identifiée (si les symptômes sont les mêmes que lors de l'évaluation initiale).
Ne démontrent pas la présence de l'infection traitée empiriquement et aucune analyse microbiologique pour une autre infection faisant partie de ce protocole n'a été demandée ou n'est positive	Informer la personne du résultat et lui dire que son état devra être réévalué s'il y a réapparition des symptômes.	L'état de la personne doit être réévalué.
Démontrent la présence d'une infection faisant partie de ce protocole, mais qui n'a pas été traitée empiriquement.	• Présence de <i>C. trachomatis</i>, <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>M. genitalium</i> ou <i>T. vaginalis</i> : traiter l'infection identifiée. • Résultat obtenu compatible avec une vaginose bactérienne* ou une candidose vulvovaginale : informer la personne du résultat, mais ne pas proposer de nouveau traitement.	Commencer un traitement ciblant l'infection identifiée (si les symptômes sont les mêmes que lors de l'évaluation initiale).
Démontrent la présence de résistance à l'antibiotique administré	Consulter un collègue expérimenté.	

*! Chez une personne enceinte : toujours traiter la vaginose bactérienne, que la personne soit symptomatique ou non au moment de l'obtention des résultats.

2.6 PMN – Information à transmettre

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

En présence d'une cervicite, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une consultation de contrôle au jour 3 (après le début du traitement) s'il y a persistance des symptômes [HAS, 2021]. Pour la vaginose bactérienne et la candidose vulvovaginale, un suivi est conseillé seulement en présence de symptômes persistants ou récurrents [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021; ACOG, 2020; Saxon *et al.*, 2020].

Dans le cas des traitements intravaginaux, les produits à base d'huile peuvent affaiblir les condoms et les diaphragmes en latex; ils sont donc susceptibles de diminuer leur efficacité [Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021].

Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif ont souhaité donner aux personnes qui présentent des pertes vaginales inhabituelles des balises en ce qui concerne le délai avant la réduction attendue des symptômes après le début du traitement. Très peu d'information a été trouvée dans les guides concernant cet aspect, sauf dans le guide de la HAS qui conseille une réévaluation de l'état de la personne après trois jours si les symptômes persistent [HAS, 2021]. Face à cela, les membres ont choisi de parler d'une réévaluation si les symptômes empirent, s'ils persistent au-delà de 48 à 72 heures après le début du traitement ou s'ils réapparaissent après la fin du traitement, à l'exemple de ce qui est recommandé dans le GUO de l'INESSS sur l'approche syndromique dans la section sur la cervicite [INESSS, 2020b]. Les membres ont précisé que le délai de 48 à 72 heures et les raisons qui mènent à une réévaluation s'appliquent à toutes les infections abordées dans le PMN, sans exception.

Les membres ont également choisi de rappeler dans le PMN que toute l'information à transmettre concernant, par exemple, la période d'abstinence, la notification des partenaires et la déclaration obligatoire se trouve dans les GUO qui correspondent à l'infection présumée ou identifiée.

Finalement, les membres ont décidé de mentionner à la personne qui présente des pertes vaginales inhabituelles et qui est traitée avec un agent intravaginal que les produits à base d'huile peuvent réduire l'efficacité des condoms et diaphragmes en latex ainsi que celle des spermicides vaginaux.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – INFORMATION À TRANSMETTRE

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que l'information à transmettre aux personnes qui présentent des pertes vaginales inhabituelles devrait être la suivante :

- ▶ Mentionner à la personne que son état devra être réévalué si les symptômes empirent, s'ils persistent au-delà de 48 à 72 heures après le début du traitement ou s'ils réapparaissent après la fin du traitement.
- ▶ De nombreux agents topiques et intravaginaux sont à base d'huile et peuvent réduire l'efficacité des condoms et diaphragmes en latex et celle des spermicides vaginaux.
- ▶ Consulter le [guide d'usage optimal ITSS – Infection non compliquée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*](#), le [guide d'usage optimal ITSS – Approche syndromique](#) ou le [guide d'usage optimal – Infection confirmée à *Mycoplasma genitalium*](#) afin de connaître les autres renseignements à transmettre, p. ex. ceux concernant la période d'abstinence, la notification des partenaires et la déclaration obligatoire.

2.7 PMN – Suivi

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Lorsqu'une infection à *C. trachomatis* est objectivée, la réalisation d'un test de contrôle est recommandée seulement dans certaines situations [ASPC, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021]. Le test de contrôle devrait généralement être fait dans tous les cas d'infection à *N. gonorrhoeae* [ASPC, 2023; ASHM, 2022; PHO, 2022; Fifer *et al.*, 2020; Unemo *et al.*, 2020]. En présence d'une infection à *T. vaginalis* [ASPC, 2023; Sherrard *et al.*, 2023; ASHM, 2022; Sherrard *et al.*, 2022] ou à *M. genitalium* [ASPC, 2023; ASHM, 2022; Workowski *et al.*, 2021], un test de contrôle n'est pas recommandé, sauf si la personne demeure symptomatique après le traitement ou si les symptômes réapparaissent. Pour la vaginose bactérienne [ASHM, 2022] et la candidose vulvovaginale [ASHM, 2022; Saxon *et al.*, 2020], un test de contrôle n'est pas recommandé.

Perspective des cliniciens

Dans le GUO Infection non compliquée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* de l'INESSS, de l'information et des recommandations sur les tests de contrôle sont présentes [INESSS, 2020a]. En conséquence, les membres ont souhaité faire une référence à ce document dans le PMN. En ce qui concerne les infections à *M. genitalium* ou à *T. vaginalis*, les membres ont été en accord avec les documents recensés et ont proposé de spécifier dans le PMN qu'un test de contrôle n'est pas recommandé, à moins que la personne ne demeure symptomatique après le traitement

ou si les symptômes réapparaissent. D'ailleurs, à l'instar de la recommandation contenue dans le GUO – Infection confirmée à *Mycoplasma genitalium* de l'INESSS [INESSS, 2023], les membres ont souhaité spécifier dans le PMN que, s'il y a persistance ou récurrence des symptômes, il faudra répéter les analyses microbiologiques visant la détection de *M. genitalium* minimalement trois semaines après la fin du traitement et que la conduite devrait être la même en présence d'une infection à *T. vaginalis*. Finalement, pour la vaginose bactérienne et la candidose vulvovaginale, les membres ont été en accord avec les documents recensés et ont proposé de spécifier dans le PMN qu'un test de contrôle n'est pas recommandé en présence de pertes vaginales inhabituelles compatibles avec ces types d'infection.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – SUIVI

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que le suivi devrait inclure les éléments suivants :

- ▶ Effectuer, au besoin, un test de contrôle selon les recommandations contenues dans le [guide d'usage optimal ITSS – Infection non compliquée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*](#).
- ▶ Pour les infections à *M. genitalium* ou à *T. vaginalis*, un test de contrôle systématique, s'il n'y a pas de symptôme, n'est pas recommandé. S'il y a persistance ou récurrence des symptômes, répéter les analyses microbiologiques visant la détection de *M. genitalium* ou de *T. vaginalis* minimalement trois semaines après la fin du traitement.
- ▶ Un test de contrôle n'est pas recommandé en présence de pertes vaginales inhabituelles compatibles avec la vaginose bactérienne ou la candidose vulvovaginale.

2.8 PMN – Situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire

2.8.1 Au moment de l'évaluation

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information sur des situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire au moment de l'évaluation.

Perspective des cliniciens

Les membres du comité consultatif ont insisté sur l'importance de porter une attention particulière aux situations suivantes : immunosuppression, grossesse, allaitement, symptômes d'une infection compliquée (douleur abdominale basse, dyspareunie

profonde ou altération de l'état général avec fièvre), lésions anogénitales verruqueuses *de novo* compatibles avec des condylomes, lésions anogénitales ulcéreuses, vésiculeuses, érosives ou pustuleuses, sensibilité abdominale basse, à une ou aux deux annexes ou à la mobilisation du col utérin ou masses ou autres anomalies structurelles à l'examen bimanuel, signes ou symptômes à d'autres sites exposés et présence de quatre épisodes ou plus de vaginose bactérienne ou de candidose vulvovaginale au cours des douze derniers mois (à la suite d'une évaluation à chacun des épisodes). En effet, selon les membres du comité, il faut garder en tête que la grossesse, l'allaitement, l'immunosuppression et la présence de signes ou symptômes à d'autres sites exposés peuvent avoir un impact sur la conduite thérapeutique, dont le choix du traitement. De plus, en présence de symptômes d'une infection compliquée ou de sensibilité abdominale basse, à une ou aux deux annexes ou à la mobilisation du col utérin, de masses ou d'autres anomalies structurelles à l'examen bimanuel, la possibilité d'une AIP doit être évaluée. Si des lésions anogénitales sont présentes, elles peuvent indiquer un autre problème. De plus, les infections récurrentes ou persistantes devraient, selon les membres, faire l'objet d'investigations supplémentaires.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – SITUATIONS QUI EXIGENT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE, UNE RÉÉVALUATION OU UNE INVESTIGATION SUPPLÉMENTAIRE – Au moment de l'évaluation

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir qu'au moment de l'évaluation, les situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire devraient inclure les éléments suivants :

- ▶ Immunosuppression
- ▶ Grossesse ou allaitement
- ▶ Symptômes d'une infection compliquée : douleur abdominale basse, dyspareunie profonde ou altération de l'état général avec fièvre
- ▶ Lésions anogénitales verruqueuses *de novo* compatibles avec des condylomes
- ▶ Lésions anogénitales ulcéreuses, vésiculeuses, érosives ou pustuleuses
- ▶ À l'examen bimanuel (si réalisé) : sensibilité abdominale basse, à une ou aux deux annexes ou à la mobilisation du col utérin, masses ou autres anomalies structurelles
- ▶ Signes ou symptômes à d'autres sites exposés
- ▶ Quatre épisodes ou plus de vaginose bactérienne ou de candidose vulvovaginale au cours des 12 derniers mois (à la suite d'une évaluation pour chacun des épisodes)

2.8.2 Pendant ou après le traitement

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information sur des situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire pendant ou après le traitement.

Perspective des cliniciens

Les membres ont voulu identifier des situations auxquelles il faudrait prêter plus d'attention lorsqu'elles sont présentes pendant ou après le traitement, soit une intolérance à la médication ou la persistance des symptômes 48 à 72 heures après le début du traitement. Comme l'intolérance à la médication peut mener à l'arrêt du traitement, il importe, selon les membres, que la tolérance à la médication soit évaluée. En cas d'intolérance, des moyens doivent être employés afin de s'assurer de la complétion du traitement. Les membres ont également précisé que, si les symptômes initiaux empirent, s'ils persistent au-delà de 48 à 72 heures après le début du traitement ou s'ils réapparaissent après la fin du traitement, l'état de la personne doit être réévalué.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – SITUATIONS QUI EXIGENT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE, UNE RÉÉVALUATION OU UNE INVESTIGATION SUPPLÉMENTAIRE – Pendant ou après le traitement

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que, pendant ou après le traitement, les situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire devraient inclure les éléments suivants :

- ▶ Intolérance à la médication
- ▶ Persistance des symptômes 48 à 72 heures après le début du traitement

2.8.3 À la suite de l'obtention des résultats des analyses microbiologiques

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information sur des situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire à la suite de l'obtention des résultats des analyses microbiologiques.

Perspective des cliniciens

Après l'obtention des résultats des analyses microbiologiques, certaines situations nécessitent particulièrement l'attention du professionnel de la santé qui les reçoit, soit un résultat indiquant la présence de résistance de *N. gonorrhoeae* ou de *M. genitalium* au traitement administré, un résultat d'analyse positif au dépistage des ITSS autres que *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium* ou *T. vaginalis*, un résultat d'analyse

négatif à l'infection suspectée pour laquelle un traitement a été entrepris chez une personne toujours symptomatique au moment de l'obtention des résultats, un résultat d'analyse positif à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* à d'autres sites exposés chez une personne qui a reçu un traitement pharmacologique pour un syndrome compatible avec une cervicite, un résultat d'analyse positif pour *C. trachomatis* avec un génotype associé à la lymphogranulomatose vénérienne (LGV), un résultat d'analyse microbiologique compatible avec une vaginose bactérienne ou une infection à *M. genitalium* chez une personne enceinte et un résultat d'analyse positif à un test de contrôle de l'efficacité du traitement. Selon les membres, en présence d'un résultat d'analyse positif à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* à d'autres sites exposés, d'un résultat d'analyse positif pour *C. trachomatis* avec un génotype associé à la LGV ou de la présence de résistance de *N. gonorrhoeae* ou de *M. genitalium* au traitement administré, il importe d'ajuster le traitement prescrit au besoin. De plus, si une personne est toujours symptomatique et qu'elle a obtenu un résultat d'analyse négatif à l'infection suspectée, son état doit être réévalué. Toujours selon les membres, la présence d'une vaginose bactérienne ou d'une infection à *M. genitalium* chez une personne enceinte doit faire l'objet d'un suivi particulier en raison de leur effet potentiel sur les issues de la grossesse. À la réception d'un résultat d'analyse positif à un test de contrôle ou au dépistage d'une ITSS autre qu'une infection à *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium* ou *T. vaginalis*, les membres ont spécifié que l'ITSS identifiée doit être prise en charge avec attention afin d'administrer le traitement approprié.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – SITUATIONS QUI EXIGENT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE, UNE RÉÉVALUATION OU UNE INVESTIGATION SUPPLÉMENTAIRE – À la suite de l’obtention des résultats des analyses microbiologiques

L’analyse de l’ensemble de l’information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de retenir que, à la suite de l’obtention des résultats des analyses microbiologiques, les situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire devraient inclure les éléments suivants :

- ▶ Résultat indiquant la présence de résistance de *N. gonorrhoeae* ou de *M. genitalium* au traitement administré
- ▶ Résultat d’analyse positif au dépistage des ITSS autres que les infections à *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium* ou *T. vaginalis*
- ▶ Résultat d’analyse négatif à l’infection suspectée pour laquelle un traitement a été entrepris chez une personne toujours symptomatique au moment de l’obtention des résultats
- ▶ Résultat d’analyse positif à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* à d’autres sites exposés chez une personne qui a reçu un traitement pharmacologique pour un syndrome compatible avec une cervicite
- ▶ Résultat d’analyse positif pour *C. trachomatis* avec un génotype associé à la lymphogranulomatose vénérienne (LGV)
- ▶ Résultat d’analyse microbiologique compatible avec une vaginose bactérienne ou une infection à *M. genitalium* chez une personne enceinte
- ▶ Résultat d’analyse positif à un test de contrôle de l’efficacité du traitement

2.9 Modèle d’OC – Exemples de contre-indications à l’application de l’ordonnance

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information sur des éléments qui pourraient être des exemples de contre-indications à l’application du modèle d’OC.

Perspective des cliniciens

Dans le modèle d’OC, les éléments listés dans la section sur les contre-indications sont des exemples de ce que pourraient être des contre-indications à l’application de l’ordonnance pour un groupe précis de professionnels habilités. La même contre-

indication que celle spécifiée pour l'application du PMN, soit les personnes de moins de 14 ans, est incluse dans cette section en plus de quelques exemples choisis par les membres du comité consultatif parmi les éléments listés dans la section sur les situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire du PMN, soit la grossesse, l'immunosuppression et la présence de quatre épisodes ou plus de vaginose bactérienne ou de candidose vulvovaginale au cours des douze derniers mois (à la suite d'une évaluation de chacun des épisodes). Pour eux, ces éléments sont susceptibles d'impliquer une prise en charge plus complexe des pertes vaginales inhabituelles. De plus, ils ont choisi d'ajouter l'exemple de la présence d'une contre-indication à l'usage du médicament recommandé en l'absence de traitement de remplacement approprié, car cela implique généralement une prise en charge par un collègue expérimenté. Finalement, les membres ont souhaité également donner l'exemple de saignements utérins anormaux en présence de ménopause, de persistance des saignements depuis six mois ou plus ou d'antécédent d'un cancer gynécologique, situations qui pourraient indiquer un problème plus grave.

INFORMATIONS CLINIQUES – Exemples de contre-indications à l'application de l'ordonnance dans le modèle d'OC

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de dresser la liste suivante d'exemples de contre-indications à l'application de l'ordonnance collective :

- ▶ Même contre-indication que celle spécifiée pour l'application du Protocole médical national N°888040, soit :
 - Personne de moins de 14 ans
- ▶ Grossesse
- ▶ Immunosuppression
- ▶ Présence de saignements utérins anormaux, si :
 - Ménopause
 - Persistance des saignements depuis six mois ou plus
 - Antécédent d'un cancer gynécologique
- ▶ Présence d'une contre-indication à l'usage du médicament recommandé et aucun traitement alternatif approprié
- ▶ Quatre épisodes ou plus de vaginose bactérienne ou de candidose vulvovaginale au cours des 12 derniers mois (à la suite d'une évaluation de chacun des épisodes)

2.10 Modèle d'OC – Exemples de limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire

Information et recommandations cliniques tirées des documents retenus

Les documents retenus ne donnent aucune information sur des éléments qui pourraient être des exemples de limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire.

Perspective des cliniciens

Dans le modèle d'OC, les éléments listés dans cette section sont des exemples de limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire pour un groupe précis de professionnels habilités. Les membres du comité consultatif ont souhaité s'inspirer de la section *Situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire* du PMN. En effet, cette section regroupe des situations auxquelles l'ensemble des professionnels de la santé qui appliquent le PMN devraient prêter plus d'attention lorsqu'elles sont présentes. Or, certaines de ces situations peuvent devenir des exemples de motifs de consultation obligatoire pour un groupe précis de professionnels habilités. Ainsi, les membres ont décidé de lister dans le modèle d'OC la presque totalité des éléments de la section 6 du PMN comme exemples de limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire, à l'exception des éléments suivants : immunosuppression, grossesse ou allaitement, quatre épisodes ou plus de vaginose bactérienne ou de candidose vulvovaginale au cours des 12 derniers mois (à la suite d'une évaluation de chacun des épisodes) et intolérance à la médication. Les membres ont préféré placer l'immunosuppression, la grossesse et la vaginose bactérienne ou la candidose vulvovaginale récurrentes sur la liste des exemples de contre-indications à l'application de l'ordonnance en raison de la prise en charge plus complexe que ces situations impliquent. Quant à l'allaitement et à l'intolérance à la médication, les membres ont souhaité ne pas les placer dans la liste d'exemples de limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire, puisque ce sont des éléments qui, selon eux, sont gérés assez facilement par la majorité des professionnels. Ceux qui éprouvent de la difficulté peuvent, entre autres, consulter un pharmacien pour les appuyer, mais chose certaine, pour les membres, une nouvelle consultation avec le prescripteur n'est pas nécessairement requise dans ces situations.

INFORMATIONS CLINIQUES – Exemples de limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire*

L'analyse de l'ensemble de l'information recensée et le processus itératif avec le comité consultatif permettent de dresser la liste suivante d'exemples de limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire :

► Au moment de l'évaluation

- Symptômes d'une infection compliquée : douleur abdominale basse, dyspareunie profonde ou altération de l'état général avec fièvre
- Lésions anogénitales verruqueuses *de novo* compatibles avec des condylomes
- Lésions anogénitales ulcéreuses, vésiculeuses, érosives ou pustuleuses
- À l'examen bimanuel (si réalisé) : sensibilité abdominale basse, à une ou aux deux annexes ou à la mobilisation du col utérin, masses ou autres anomalies structurelles
- Signes ou symptômes à d'autres sites exposés

► Pendant ou après le traitement

- Persistance des symptômes 48 à 72 heures après le début du traitement

► À la suite de l'obtention des résultats des analyses microbiologiques

- Résultat indiquant la présence de résistance de *N. gonorrhoeae* ou de *M. genitalium* au traitement administré
- Résultat d'analyse positif au dépistage des ITSS autres que *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium* ou *T. vaginalis*
- Résultat d'analyse négatif à l'infection suspectée pour laquelle un traitement a été entrepris chez une personne toujours symptomatique au moment de l'obtention des résultats
- Résultat d'analyse positif à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* à d'autres sites exposés chez une personne qui a reçu un traitement pharmacologique pour un syndrome compatible avec une cervicite
- Résultat d'analyse positif pour *C. trachomatis* avec un génotype associé à la lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

- Résultat d'analyse microbiologique compatible avec une vaginose bactérienne ou une infection à *M. genitalium* chez une personne enceinte
- Résultat d'analyse positif à un test de contrôle de l'efficacité du traitement

* Selon les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement, de même que l'aisance et les compétences du professionnel habilité qui applique l'ordonnance collective, il est possible de devoir faire appel à un prescripteur autorisé en présence des limites et situations ci-énumérées pour la poursuite de la prise en charge clinique ou par principe de précaution.

FORCES ET LIMITES

Les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une recherche systématique de la littérature scientifique ou grise, une évaluation critique des documents pertinents par deux professionnels scientifiques ainsi qu'une consultation des parties prenantes engagées dans la prise en charge des pertes vaginales inhabituelles.

Le comité consultatif mandaté pour valider les aspects scientifiques et fournir des éléments contextuels ou la perspective clinique nécessaire 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 obstétricienne-gynécologue, une médecin de famille et une infirmière) a permis de vérifier en amont de sa publication la clarté et l'utilité des outils, et d'identifier des enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité relatifs aux recommandations transmises dans les outils cliniques. Afin de s'assurer que les outils cliniques découlant des travaux soient clairs, utiles à la pratique et adaptés 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 16 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 – comme les données sur l'antibiorésistance. Par ailleurs, bien que la stratégie de recherche inclut des dates de publication récentes, les documents retenus se basent sur des études et des documents moins récents qui devraient parfois être actualisés. Aussi, l'INESSS n'a pas effectué une évaluation et une 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.

Bien que 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 concernent principalement les professionnels de la santé de première ligne, la perspective des personnes qui présentent des pertes vaginales inhabituelles n'a pas été colligée, ni celle de citoyens. Enfin, la perspective des ordres, fédérations et association professionnelles, par le biais d'un comité de suivi, n'a pas été colligée dans le cadre de ces travaux.

ENJEUX ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX

Les pertes vaginales inhabituelles, qui sont courantes et qui résultent parfois d'ITS, occasionnent de très nombreuses consultations chez des cliniciens. Sans se substituer au jugement clinique, les outils découlant des présents travaux devraient permettre de soutenir les professionnels habilités dans l'application des mesures diagnostiques et dans le choix du traitement pharmacologique et, ultimement, d'améliorer l'expérience de soins des personnes qui présentent des pertes vaginales inhabituelles et de favoriser le travail interprofessionnel des cliniciens. De plus, le PMN et le modèle d'OC permettront d'harmoniser les pratiques au Québec et de soutenir les nombreux professionnels qui ont pour mandat d'élaborer ou de mettre à jour des OC locales.

Certains enjeux d'applicabilité ont néanmoins été soulignés par les cliniciens consultés au cours du projet, notamment en ce qui a trait à l'examen physique. L'application d'une ordonnance collective par un professionnel habilité sous-entend qu'il a les compétences nécessaires pour exécuter cette ordonnance, donc, dans le cadre de l'application de ce PMN, qu'il a, par exemple, la formation nécessaire pour réaliser l'examen physique. Or, l'examen au spéculum et l'examen bimanuel sont des procédures plutôt complexes, et l'accès à la formation, puis à l'accompagnement en cas de besoin, n'est pas toujours facile. De plus, entre autres dans les pharmacies communautaires, dans les milieux scolaires et dans quelques autres milieux, notamment les organismes communautaires, les centres d'hébergement pour femmes et les milieux prostitutionnels, la réalisation de l'examen physique est parfois impossible faute de salle ou de table d'examen. Or, les personnes rencontrées dans ces milieux sont souvent réticentes à se déplacer pour subir un examen physique et des analyses microbiologiques en établissement de santé, ce qui représente un autre enjeu d'applicabilité.

La mise à jour du PMN et du modèle d'OC sur les pertes vaginales inhabituelles 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, ces outils devraient permettre un rehaussement et une harmonisation de la pratique et contribuer à la prise en charge efficace des personnes qui présentent des pertes vaginales inhabituelles et, dans certaines situations, de leurs partenaires sexuels asymptomatiques.

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

- de la diffusion du PMN et du modèle d'OC mis à jour;
- de l'adhésion aux changements et de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés;
- de l'engagement des gestionnaires de groupes de médecine familiale, des directions de soins infirmiers et des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens à adopter ou adapter le modèle d'OC de l'INESSS associé au PMN;

- de l'établissement de conditions gagnantes au travail interprofessionnel dans les différents milieux de soins, notamment en première ligne;
- 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, soit en 2028, selon l'avancement des données scientifiques et l'évolution des pratiques cliniques, l'inscription de nouveaux médicaments aux listes ou des changements significatifs dans les critères de remboursement au régime public d'assurance médicaments ainsi que les besoins du réseau de la santé et des services sociaux au regard de travaux futurs relatifs à la prise en charge des pertes vaginales inhabituelles. Le cas échéant, une revue exploratoire des positions et des recommandations issues de la littérature sera effectuée afin de vérifier si de nouvelles mises à jour sont disponibles. Une revue exploratoire de la littérature scientifique 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 mise à jour du PMN.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Infections transmissibles sexuellement et par le sang : Guides à l'intention des professionnels de la santé. 2023. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes.html>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Vaginitis in Nonpregnant Patients. *Obstetrics and gynecology* 2020;135(1):e1-e17.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). Vaginal Symptoms, Hygiene and Infections. 2022. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca/>.
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). METRONIDAZOLE - CPhA Monograph. 2013. 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;
- BC Centre for Disease Control (BCCDC). Sexually Transmitted Infections. 2020;
- 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* 2010;182(18):E839-42.
- 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.
- 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. 2020. Disponible à : https://yukon.ca/sites/yukon.ca/files/hss/hss-imgs/sti_guidelines_2020_web_final.pdf.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Diagnostic biologique des mycoplasmes urogénitaux dans les infections génitales basses - Rapport d'évaluation. 2022. Disponible à : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3356494/fr/diagnostic-biologique-des-mycoplasmes-urogenitaux-dans-les-infections-genitales-basses-rapport-d-evaluation.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Choix et durée de l'antibiothérapie : Urétrites et cervicites non compliquées. 2021. Disponible à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038472/fr/choix-et-duree-de-l-antibiotherapie-uretrites-et-cervicites-non-compliquees.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Guide d'usage optimal ITSS – Infection confirmée à *Mycoplasma genitalium*. 2023. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/mise-a-jour-du-guide-dusage-optimal-sur-les-infections-transmissibles-sexuellement-et-par-le-sang-infection-confirnee-a-mycoplasma-genitalium.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques. 2021. 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). Guide d'usage optimal ITSS – Infection non compliquée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*. 2020a. 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). Guide d'usage optimal ITSS – approche syndromique. 2020b. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/guides-dusage-optimal-sur-le-traitement-pharmacologique-des-itss.html>.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Guide de pratique - Prélèvements et analyses de laboratoire pour la recherche de *M. genitalium*. 2022. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/guide-pratique-prelevements-analyses-laboratoire-recherche-m-genitalium>.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*. 2019. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2622>.
- Institut national de santé publique du Québec et Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec (INSPQ et AMMIQ). Analyses de laboratoire pour le diagnostic d'infections vaginales. 2016a. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/guides-de-pratique-pour-les-analyses-de-laboratoire-en-lien-avec-les-itss>.
- Institut national de santé publique du Québec et Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec (INSPQ et AMMIQ). Tests diagnostiques de l'infection génitale au *Trichomonas vaginalis*. 2016b. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/guides-de-pratique-pour-les-analyses-de-laboratoire-en-lien-avec-les-itss-0>.

- Jensen JS, Cusini M, Gomberg M, Moi H, Wilson J, Unemo M. 2021 European guideline on the management of *Mycoplasma genitalium* infections. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* : JEADV 2022;36(5):641-50.
- 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. *Syst Rev* 2021;10(1):89.
- Public Health Ontario (PHO). Ontario Gonorrhea Testing and Treatment Guide, 2nd Edition. 2022. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/G/2018/guide-gonorrhea-testing-treatment.pdf?rev=25d4775b429e41678feabb49da5adfe3&sc_lang=en.
- Saxon C, Edwards A, Rautemaa-Richardson R, Owen C, Nathan B, Palmer B, et al. British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of vulvovaginal candidiasis (2019). *International journal of STD & AIDS* 2020;31(12):1124-44.
- Sherrard J, Pitt R, Hobbs KR, Maynard M, Cochrane E, Wilson J, Tipple C. British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) United Kingdom national guideline on the management of *Trichomonas vaginalis* 2021. *International journal of STD & AIDS* 2022;33(8):740-50.
- Sherrard J, Wilson J, Donders G, Mendling W, Jensen JS. 2018 European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge - Minor revision 2023. 2023. Disponible à : <https://iusti.org/treatment-guidelines/>.
- Soni S, Horner P, Rayment M, Pinto-Sander N, Naous N, Parkhouse A, et al. British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of infection with *Mycoplasma genitalium* (2018) - Update 2023. 2023. Disponible à : <https://www.bashh.org/guidelines>.
- Tyndall J. AACODS Checklist. 2010. Disponible à : <https://fac.flinders.edu.au/dspace/api/core/bitstreams/e94a96eb-0334-4300-8880-c836d4d9a676/content>.
- 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.
- 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.
- World Health Organization (WHO). Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. 2021;

ANNEXE I

Méthodologie

Question décisionnelle

Est-ce que les pratiques cliniques et les recommandations concernant les mesures diagnostiques et le traitement pharmacologique pour les personnes présentant des pertes vaginales inhabituelle ont évolué depuis 2018?

Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation ont été déterminées selon les aspects à mettre à jour dans le protocole médical national. Elles ont été formulées, de manière générale, en tenant compte des éléments du modèle PIPOH (population, interventions d'intérêts, professionnels à qui s'adressent les travaux, objectif escompté par les interventions ciblées (paramètres d'intérêt; *outcome*) et le milieu ou le contexte clinique dans lequel s'appliquent les interventions (*health care setting*)).

Situation clinique/contre-indication

- Quels sont les critères pour définir la situation clinique qui fait l'objet du protocole?
- Quelles sont les contre-indications à l'application du protocole?

Appréciation de la condition de santé

- Quelles sont les caractéristiques des pertes vaginales inhabituelles à rechercher lors de l'appréciation de la condition de santé?
- Quels sont les symptômes et signes compatibles avec d'autres conditions cliniques à rechercher lors de l'appréciation de la condition de santé?
- Quels sont les antécédents médicaux, facteurs de risques et éléments de l'histoire médicamenteuse pertinents à rechercher lors de l'appréciation de la condition de santé?
- Quels sont les examens physiques à réaliser?

Prélèvements et analyses

- Quelles sont les analyses à réaliser en fonction des signes et symptômes et des facteurs de risque?

Conduite thérapeutique

- Quelles sont les indications de traitement en présence d'un exsudat endocervical purulent ou mucopurulent suggestif d'une cervicite, en présence d'un résultat d'analyse microbiologique positif à *C. trachomatis*, à *N. gonorrhoeae*, à *M. genitalium* ou à *T. vaginalis* ou en présence de pertes vaginales inhabituelles compatibles avec la vaginose bactérienne, la candidose vulvovaginale ou la trichomonase?

- Quelles sont les indications de traitement pour les personnes asymptomatiques identifiées comme partenaires sexuels de ces personnes?
- Quels sont les traitements recommandés en présence d'un exsudat endocervical purulent ou mucopurulent suggestif d'une cervicite, en présence d'un résultat d'analyse microbiologique positif à *C. trachomatis*, à *N. gonorrhoeae*, à *M. genitalium* ou à *T. vaginalis* ou en présence de pertes vaginales inhabituelles compatibles avec la vaginose bactérienne, la candidose vulvovaginale ou la trichomonase?
- Quels sont les traitements recommandés pour les personnes asymptomatiques identifiées comme partenaires sexuels de ces personnes?
- Quelle est la conduite à suivre à la suite de l'obtention des résultats des analyses de laboratoire?

Suivi

- Quelles informations sont à transmettre à la personne présentant des pertes vaginales inhabituelles?
- Quelles sont les modalités de suivi?
- Quels sont les éléments à rechercher lors du suivi pour apprécier l'efficacité et l'innocuité du traitement et pour vérifier l'absence de complications ?
- Quelles sont les indications pour les tests de contrôle?
- Quelles sont les situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire?

Ordonnance collective

- Quelles sont les situations ou les populations qui pourraient constituer des exemples de contre-indications à l'application de l'ordonnance collective?
- Quelles sont les exemples de limites ou de situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé devrait être obligatoire?

Autres aspects à documenter en cours de projet

- Quels sont les barrières et facilitateurs à l'implantation de ce protocole?
- Quels sont les indicateurs qui pourraient permettre de suivre l'adoption des recommandations du protocole médical?
- Quelles seraient les modalités de soutien à l'utilisation du protocole médical?

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

Type de revue de la littérature

Une revue systématique des documents présentant de l'information et des recommandations cliniques a été effectuée afin de répondre aux questions d'évaluation.

Sources de données et stratégies de recherche de la littérature

La stratégie de recherche de l'information a été élaborée par une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec une professionnelle scientifique, de façon itérative. La recherche a été effectuée dans plus d'une base de données, soit MEDLINE, Embase et EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews).

Du côté de la littérature grise, une seconde conseillère en information scientifique a consulté les sites d'organisations en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS). De plus, une recherche manuelle de la littérature a également été effectuée par une professionnelle scientifique en consultant les sites internet d'agences d'évaluation, de santé publique ou réglementaire, ainsi que ceux de sociétés savantes et d'organismes de la santé, gouvernementaux ou paragouvernementaux internationaux en lien avec la thématique des travaux. Seuls les documents de pays dont le réseau de la santé et la pratique clinique ont des similitudes avec celui du Canada ou une population similaire ont été consultés (États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Belgique, France, Royaume-Uni, Écosse). Advenant l'annonce sur le site Web qu'une mise à jour d'un document retenu est en cours, l'organisation a été contactée pour connaître l'horizon temporel de la nouvelle publication.

Une recherche spécifique a aussi été effectuée au moyen du moteur de recherche Google et Google Scholar par une professionnelle scientifique. Les deux premières pages web de la recherche ont été considérées en utilisant les mots clés présentés dans les annexes complémentaires associées aux travaux.

Enfin, les listes de références des publications retenues ont été parcourues afin de répertorier d'autres documents pertinents.

Documentation de la recherche de la littérature

Les conseillères en information scientifique attitrées au projet ont documenté le processus de recherche de la littérature.

Processus de mise à jour de repérage de la littérature

Les principaux sites web d'agences d'évaluation, de santé publique ou réglementaire ou encore de sociétés savantes spécialisées dans le domaine en lien avec la thématique des travaux ont été consultés dans le mois précédent la validation externe (lecture externe et consultation de futurs utilisateurs) pour repérer de nouveaux documents ou des mises à jour de documents retenus.

Critères de sélection de la littérature

La sélection à partir du titre et du résumé des publications repérées par la recherche bibliographique, a été effectuée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques pour l'ensemble des publications, et ce, en considérant les critères d'inclusion et d'exclusion établis et présentés ci-dessous ([tableau 1](#)). Deux professionnelles scientifiques ont testé un échantillon aléatoire de documents pour s'assurer de la compréhension commune des critères de sélection. Par la suite, parmi les documents retenus, une seconde sélection a été faite par deux professionnelles scientifiques après une lecture partielle ou complète des publications et sur la base des mêmes critères qu'à l'étape précédente. Les divergences d'opinions ont été réglées par consensus et, lorsque requis, l'avis d'une troisième personne a été considéré. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour analyse, sauf dans le cas de mises à jour partielles impliquant qu'une version antérieure du document soit encore valide. La raison d'une exclusion lors de la deuxième sélection a été inscrite dans un fichier avec les références. Un diagramme de flux selon le modèle de PRISMA, illustrant le processus de sélection des documents est présenté dans les annexes complémentaires du rapport associé aux travaux [Page *et al.*, 2021].

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion des études scientifiques

Critères d'inclusion	
POPULATION	▪ Personne de 14 ans ou plus présentant des pertes vaginales inhabituelles
INTERVENTION	▪ Initiation des mesures diagnostiques ▪ Initiation d'un traitement pharmacologique
RÉSULTATS	▪ Signes et symptômes ▪ Histoire médicale et médicamenteuse ▪ Facteurs de risque ▪ Examen physique ▪ Prélèvements et analyses microbiologiques ▪ Indications de traitement ▪ Traitements recommandés ▪ Conduite thérapeutique à la suite de l'obtention des résultats d'analyses microbiologiques ▪ Suivi ▪ Situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire
CONTEXTE D'INTERVENTION	▪ Tous les milieux de soins
TYPES DE PUBLICATION	▪ Guides de bonnes pratiques cliniques, consensus d'experts, conférences consensuelles, lignes directrices, ou tout autre document présentant des recommandations cliniques

Critères d'exclusion	
CONTEXTE D'INTERVENTION	Documents dont les recommandations sont ciblées pour des pays dont le réseau de la santé et les pratiques cliniques sont très différents de ceux du Québec
QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE	Guide de pratique clinique ou autres documents dont la qualité méthodologique est jugée inadéquate selon la grille d'évaluation AGREE II
LANGUE	Autre que le français et l'anglais

Évaluation de la qualité méthodologique

Les documents retenus ont été évalués indépendamment par deux professionnelles scientifiques. En présence d'une divergence relative à l'évaluation, un consensus a été recherché, à défaut duquel l'avis d'une troisième personne a été sollicité.

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

Toutefois, aucune évaluation de la qualité méthodologique n'a été effectuée quand les auteur.es ont adopté, sans modifications, des recommandations cliniques d'autres organisations. Lorsque, pour les besoins des présents travaux, seules des informations cliniques (p. ex. symptômes, signes, diagnostic différentiel) provenant de document présentant des recommandations cliniques se sont avérés utiles, la qualité méthodologique de ces derniers n'a pas été évaluée, mais la liste de vérification AACODS (Authority, accuracy, coverage, objectivity, date and significance) a été utilisée [Tyndall, 2010].

Extraction

L'extraction de l'information et des recommandations cliniques 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 extractions ont été vérifiées par une deuxième professionnelle.

Analyse et synthèse

Une analyse a été effectuée par une professionnelle scientifique pour repérer les similarités et les différences entre les informations recensées qui ont ensuite été résumées dans une synthèse narrative, et ce, en tenant compte de la qualité méthodologique des documents. Cette analyse et synthèse ont été validées par une deuxième personne. 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 a été précisée lorsque disponible.

Méthode de synthèse des éléments contextuels

Les éléments contextuels peuvent, entre autres, inclure des : lois, règlements, normes, programmes, outils cliniques, critères de remboursement propres au Québec ou au Canada.

Type de revue de la littérature

Une revue narrative de la littérature a été réalisée.

Sources de données et stratégie de collecte

Une recherche manuelle a été effectuée par une professionnelle scientifique en consultant 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. Les outils cliniques élaborés par des établissements de santé au Québec et disponibles sur internet ont aussi été recensés.

Pour les aspects professionnels, les lois professionnelles ont été consultées par le biais du site web de LégisQuébec¹. Les normes, règlements et guides d'exercice sur la formation continue des médecins, infirmières et pharmaciens, ainsi que la télémédecine ou tout autre thématique jugée pertinente aux travaux ont été repérés par le biais des sites web des ordres professionnels.

Les critères de remboursements des médicaments du régime général d'assurance médicaments du Québec et les monographies officielles homologuées par Santé Canada ont aussi été consultées, et ce, par le biais de la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada ou, à défaut, par l'*electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* (e-CPS).

Extraction

À l'exception des informations relatives aux critères de remboursements ou celles tirées 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'analyses. L'extraction des informations relatives aux critères de remboursement et celles tirées des monographies, a été effectuée par une professionnelle scientifique à l'aide de tableaux d'extraction préétablis. Les extractions ont été vérifiées par une deuxième professionnelle.

¹ <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2017/>.

Méthodes d'analyse et synthèse

Une analyse des renseignements pertinents relatifs aux éléments contextuels à documenter a été effectuée en soulignant les similitudes et les divergences entre les différentes sources d'information. Les éléments contextuels pertinents aux travaux ont ensuite été synthétisés de façon narrative par une professionnelle scientifique puis vérifiés par une deuxième personne.

Méthodes de synthèse des différentes perspectives recueillies lors de consultations

Différentes perspectives ont été recueillies dans le cadre de ces travaux. Ces échanges ont permis de comparer notamment l'information recensée dans la littérature à celle issue de la pratique clinique québécoise. Le nom des personnes consultées se trouve dans les pages liminaires du présent rapport.

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

Informateurs clés

Des informateurs clés ont été consultés avant même de débiter l'exercice de mise à jour du protocole médical national afin d'identifier les barrières, les éléments facilitants et les enjeux liés à l'utilisation du protocole déjà en place.

À partir d'une série de questions servant à documenter les différents enjeux des travaux, des consultations individuelles ont été tenues.

Deux professionnelles scientifiques ont assisté aux entretiens enregistrés avec l'accord des participants. Des comptes rendus de ces discussions ont été rédigés par une professionnelle scientifique et validés par un autre membre de l'équipe. Les documents ont tous été consignés dans un espace de travail commun.

Comité consultatif

Afin de documenter la perspective des cliniciens et de préciser les enjeux cliniques, professionnels et organisationnels en lien avec la thématique des travaux, un comité consultatif a été mis sur pied lors de la planification du projet. Il était composé de professionnels de la santé avec différentes spécialités et expertises qui œuvrent dans la thématique 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, de l'expertise, des opinions ou des 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 indiquaient 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 projet présents aux rencontres. Ces documents ont été consignés dans un espace de travail commun.

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 elles les informations tirées des différentes perspectives recueillies. Une deuxième personne s'est assurée de la justesse des propos rapportés.

Méthodes d'analyses économiques et d'impact budgétaire

Il n'a pas été prévu d'effectuer des analyses économiques ou d'impact budgétaire dans le cadre de ce projet, puisque les travaux visent principalement à soutenir la pratique des cliniciens pour l'initiation des mesures diagnostiques et du traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles et qu'il n'était pas prévu de formuler des recommandations de mise en œuvre pour lesquelles des analyses économiques et d'impact budgétaire seraient un critère d'évaluation pour accompagner la délibération.

Processus et méthode d'élaboration des recommandations et 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 élaborer les propositions de recommandations cliniques, l'ensemble de la preuve a été analysé selon les dimensions populationnelles, cliniques, professionnelles et organisationnelles en tenant compte des données scientifiques, de l'information clinique ou des recommandations de bonnes pratiques cliniques, de l'information contextuelle et des perspectives des parties prenantes. Les propositions de recommandations préliminaires ont été élaborées à partir des critères présentés ci-dessous ([tableau 2](#)). 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, si pertinent, 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 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 sur les documents finaux, par courriel. L'approbation finale des recommandations, contenues dans l'outil clinique, a été considérée comme unanime lorsque 100 % des participants étaient en accord, majoritaire lorsqu'au moins 80 % des participants étaient favorables et elles ont été considérées comme un avis partagé lorsque 51 % à 79 % des membres étaient en accord. À défaut d'un consensus sur la portée ou sur la pertinence d'inclure cette 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 2 Formulation des recommandations

NIVEAU DE CONSENSUS BASE 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 utilisant 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 ✓ que l'intervention ou le choix de la décision est efficient (coût-efficacité).	▪ 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 utilisant le verbe « devoir » à la forme conditionnelle, suivi d'un verbe d'action, ou en utilisant 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 BASE 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), ✓ 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 utilisant un verbe « pouvoir » à la forme conditionnelle, ou en utilisant 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 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 utilisé.

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 et leur implication dans le domaine concerné 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, du protocole médical national et du modèle d'ordonnance collective. Bien qu'elles aient révisé l'ensemble du contenu présenté dans les documents, les lectrices externes n'ont pas révisé et n'ont pas approuvé les versions finales.

De plus, afin de s'assurer de la qualité globale du protocole médical national, de la clarté et de la complétude de l'information présentée ainsi que de l'applicabilité des recommandations, plusieurs futures utilisatrices potentielles de différentes régions du Québec ont été sollicitées pour répondre à un sondage en ligne afin de recueillir leurs commentaires sur une version préliminaire du protocole médical national. Les futures utilisatrices n'ont pas validé la version définitive protocole médical national.

Les commentaires des lectrices externes ainsi que ceux des futures utilisatrices ont été analysés par l'équipe de projet, reproduits dans des tableaux récapitulatifs et ont été consignés dans un espace de travail commun. Selon la nature des commentaires et la valeur ajoutée de cette perspective clinique nouvellement recueillie, le rapport a été ajusté en conséquence. Les noms et affiliations des lectrices externes et des futures utilisatrices 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 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, à l'exception des informateurs clés qui ont été interrogés de façon ponctuelle et de manière spécifique sur les aspects précités, ont déclaré les intérêts ou rôles d'ordre personnels, professionnels ou institutionnels susceptibles de les 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 déclarations complétées par les collaborateurs au dossier ont fait l'objet d'une évaluation par l'équipe 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 ont été 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 mesures diagnostiques et le traitement pharmacologique des pertes vaginales inhabituelles. Cela a permis de repérer 987 documents publiés entre janvier 2020 et mai 2023 auxquels s'ajoutent 30 documents provenant de la littérature grise, avec une veille effectuée jusqu'en février 2024. À la suite du processus de sélection, 19 documents publiés par différentes associations ou sociétés savantes en lien avec les pertes vaginales inhabituelles 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, 2023]
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)
 - Vaginitis in Nonpregnant Patients [ACOG, 2020]
- 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)
 - 2018 UK national guideline for the management of infection with *Neisseria gonorrhoeae* [Fifer *et al.*, 2020]
 - British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of vulvovaginal candidiasis (2019) [Saxon *et al.*, 2020]
 - British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) United Kingdom national guideline on the management of *Trichomonas vaginalis* 2021 [Sherrard *et al.*, 2022]
 - British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of infection with *Mycoplasma genitalium* (2018) - Update 2023 [Soni *et al.*, 2023]
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
 - Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 [Workowski *et al.*, 2021]

- 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 durée de l'antibiothérapie : Urétrites et cervicites non compliquées [HAS, 2021]
 - Diagnostic biologique des mycoplasmes urogénitaux dans les infections génitales basses - Rapport d'évaluation [HAS, 2022]
- International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI)
 - 2021 European guideline on the management of *Mycoplasma genitalium* infections [Jensen *et al.*, 2022]
 - 2018 European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge - Minor revision 2023 [Sherrard *et al.*, 2023]
 - 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults [Unemo *et al.*, 2020]
- Nurses and Nurse Practitioners of British Columbia (NNPBC)
 - Sexually Transmitted Infections [NNPBC, 2021]
- Public Health Ontario (PHO)
 - Ontario Gonorrhea Testing and Treatment Guide, 2nd Edition [PHO, 2022]
- 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 3 d'entre eux a été jugée inadéquate pour leur utilisation selon l'outil d'évaluation AGREE II, avec des lacunes importantes en ce qui a trait à la rigueur d'élaboration [NNPBC, 2021; BCCDC, 2020; Government of Yukon, 2020]. La qualité méthodologique du document conjoint entre le *French National College of Gynecologists and Obstetricians* et la *French-language Society for Infectious Diseases* n'a pas été évaluée [Brun *et al.*, 2020] puisqu'à l'intérieur de celui-ci, seules des informations cliniques concernant les facteurs de risque de l'atteinte inflammatoire pelvienne se sont avérées utiles.

D'autres documents de référence dont la qualité méthodologique n'a pas été appréciée ont aussi été utilisés dans le cadre des travaux. Il s'agit de documents québécois publiés par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) concernant les analyses de laboratoire pour le diagnostic d'infections vaginales [INSPQ et AMMIQ, 2016a], les tests diagnostiques de l'infection génitale au *Trichomonas vaginalis* [INSPQ et AMMIQ, 2016b], les analyses de laboratoire recommandées lors du dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* [Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2019] et les prélèvements et analyses de laboratoire pour la recherche de *Mycoplasma genitalium* [INSPQ, 2022]. Les monographies de l'APhC concernant les traitements recommandés dans le protocole médical national (Amoxicilline, Azithromycine, Céfixime, Ceftriaxone, Clindamycine (crème vaginale), Clotrimazole - miconazole - terconazole (Vaginal Symptoms, Hygiene and Infections), Doxycycline, Fluconazole, Gentamicine, Métronidazole, Moxifloxacin (Fluoroquinolones)) ont également été consultées.

Le processus de sélection des documents à partir de la recherche systématique de la littérature scientifique 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

