

Prévenir et enrayer...

SITUATION ET ORIENTATIONS

**LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE**

Québec 

Prévenir et enrayer...

SITUATION ET ORIENTATIONS

AOÛT 2003

**LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE**

Santé
et Services sociaux

Québec



RÉDACTION

Groupe de travail du Comité consultatif sur les ITS

Monique Drapeau, médecin conseil, Direction de santé publique de l'Estrie, responsable du groupe de travail de rédaction du protocole ITS

Sylvie Venne, médecin conseil, Direction générale de la santé publique du MSSS

Michèle Dupont, médecin conseil, Direction générale de la santé publique du MSSS

Brigitte Fournier, médecin conseil, Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches

Louise de la Boissière, infirmière, coordonnatrice en maladies infectieuses, Direction de santé publique du Saguenay/Lac-Saint-Jean

AVEC LA COLLABORATION DE

Johanne Lefebvre, biologiste, Laboratoire de santé publique du Québec

Laurent Delorme, microbiologiste-infectiologue, Hôpital Charles Lemoyne

Édition produite par :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1**

Ce document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN 2-550-41456-X

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

REMERCIEMENTS

Le groupe de travail tient à remercier tous les membres du Comité consultatif sur les ITS qui ont révisé le document au fur et à mesure de sa rédaction. Leurs judicieux commentaires ont permis de bonifier le document.

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF SUR LES ITS

Sylvie Venne, MD MSc
Direction générale de santé publique, MSSS
Groupe scientifique ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec
Présidente du Comité consultatif sur les ITS

Michel Alary, MD PhD
Responsable du groupe scientifique ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec Unité de recherche en santé des populations de l'Université Laval,
CHA Saint-Sacrement
Professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive, faculté de médecine, Université Laval

Louise de la Boissière, BSc. inf, MAP, secrétaire administrative
Coordonnatrice équipe maladies infectieuses, DRSP Saguenay-Lac-Saint-Jean

Laurent Delorme, MD FRCP
Département de microbiologie, Hôpital Charles Lemoyne

Monique Drapeau, MD
DRSP de l'Estrie
Omnipraticienne, Clinique médicale Vimy

Michèle Dupont, MD MSc
Direction générale de la santé publique, MSSS
DRSP Montréal Centre

Brigitte Fournier, MD
DRSP Chaudière-Appalaches

Johanne Lefebvre, BSc biologie moléculaire
Laboratoire de santé publique du Québec

Raymond Parent, MSc microbiologie-MSc épidémiologie
Groupe scientifique ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec
Unité de recherche en santé des populations de l'Université Laval, CHA Saint-Sacrement

Marc Steben, MD DES MedFam, DES SComm, CCMF, FCMF
DRSP Montréal-Centre
Omnipraticien, Clinique médicale de l'Ouest

MEMBRES LIAISONS

Harold Dion, MD CCMF FCMF
Collège québécois des médecins de famille

Philippe Jutras, MD FRCP¹
Association des microbiologistes infectiologues du Québec (AMIQ)

Cathy Sévigny, BSc. Inf.
Santé Canada

1. D^e Annie-Claude Labbé, microbiologiste, remplacera le Dr Jutras comme membre liaison à partir de juin 2003.

PRÉAMBULE

Ce premier cahier « Situations et orientations » du document « Prévenir et enrayer les Infections Transmissibles Sexuellement » expose :

- la situation épidémiologique à ce jour ;
- les stratégies de prévention utilisées dans la lutte aux infections transmissibles sexuellement (ITS) ;
- les aspects biomédicaux relatifs à chaque ITS à déclaration obligatoire (MADO).

Il convient de souligner que la situation épidémiologique des ITS est en évolution constante et que de nouvelles connaissances quant aux aspects biomédicaux se développeront au cours des prochaines années. Il sera donc important de s'assurer de la mise à jour des renseignements fournis dans ce document.

Le contenu de ce cahier a fait l'objet d'un consensus au sein du Comité consultatif sur les ITS et a fait l'objet d'une consultation auprès des représentants des unités de maladies infectieuses des directions régionales de santé publique (DRSP) siégeant à la Table nationale de concertation en maladies infectieuses (TCNMI).

Ce cahier s'adresse principalement aux professionnels des directions de santé publique des régions régionales de la santé et des services sociaux et à leurs partenaires locaux. Il pourra également être utile à toute autre personne qui s'adresse à la problématique des ITS.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	9
INTRODUCTION	11
HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LES ITS AU QUÉBEC	13
1 ÉTAT DES CONNAISSANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES AU DÉBUT DU XXI^E SIÈCLE	19
1.1 L'AMPLEUR DU PROBLÈME	19
1.1.1 <i>Le contexte mondial</i>	19
1.1.2 <i>La situation au Canada</i>	23
1.1.3 <i>La situation au Québec</i>	26
1.2 LES POPULATIONS TOUCHÉES	32
1.2.1 <i>Les adolescents et les jeunes adultes</i>	33
1.2.2 <i>Les femmes</i>	34
1.2.3 <i>Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH)</i>	35
1.2.4 <i>Les utilisateurs de drogues par injection (UDI) et les travailleurs et travailleuses du sexe</i>	36
1.2.5 <i>Les autochtones</i>	36
1.2.6 <i>Les voyageurs</i>	37
1.3 LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET LES FACTEURS DE RISQUE	37
1.3.1 <i>Les facteurs biologiques</i>	38
1.3.2 <i>Les facteurs liés aux comportements et aux habitudes de vie</i>	38
1.3.3 <i>Les facteurs liés à l'environnement bio-physico-chimique</i>	39
1.3.4 <i>Les facteurs liés à l'environnement social</i>	39
1.3.5 <i>Les facteurs liés à l'organisation du système de soins et de services</i>	40
1.4 LE CYCLE DE TRANSMISSION DES ITS	40
2 STRATÉGIES DE PRÉVENTION	45
2.1 LES NIVEAUX D'INTERVENTION	45
2.2 LES OBJECTIFS VISÉS	45
2.3 LES INTERVENTIONS COMPORTEMENTALES	47
2.4 LES INTERVENTIONS BIOMÉDICALES	48
2.4.1 <i>La vaccination</i>	48
2.4.2 <i>La détection des ITS</i>	49
2.4.3 <i>Le traitement des ITS</i>	50
2.4.4 <i>L'intervention préventive auprès des partenaires sexuels (IPP)</i>	50
2.5 LES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES SELON LES POPULATIONS VISÉES ET LES MILIEUX DE VIE	55
2.5.1 <i>Les femmes enceintes et leurs nouveau-nés</i>	55
2.5.2 <i>Le milieu scolaire</i>	55
2.5.3 <i>Interventions auprès des personnes vulnérables</i>	56
2.6 LA STRATÉGIE QUÉBÉCOISE DE LUTTE CONTRE LES MTS. ORIENTATIONS 2000-2002 EN MATIÈRE DE PRÉVENTION	58

3	ASPECTS CLINIQUES	61
3.1	LES INFECTIONS À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>	61
3.1.1.	<i>Période d'incubation</i>	61
3.1.2.	<i>Manifestations cliniques</i>	61
3.1.3	<i>Complications</i>	62
3.1.4	<i>Détection en laboratoire</i>	63
3.1.5	<i>Sites de prélèvement de C. trachomatis chez une personne asymptomatique</i>	64
3.1.6	<i>Traitement des infections urétrale, endocervicale, rectale et oculaire à Chlamydia trachomatis</i>	65
3.2	LES INFECTIONS À <i>NEISSERIA GONORRHOEAE</i>	68
3.2.1	<i>Période d'incubation</i>	68
3.2.2	<i>Manifestations cliniques</i>	68
3.2.3	<i>Complications</i>	69
3.2.4	<i>Détection en laboratoire</i>	70
3.2.5	<i>Sites de prélèvement de N. gonorrhoeae chez une personne asymptomatique</i>	71
3.2.6	<i>Traitement des infections urétrale, endocervicale et rectale à Neisseria gonorrhoeae</i>	72
3.3	TRAITEMENT DE L'ÉPIDIDYMITÉ	74
3.4	PRINCIPES DU TRAITEMENT DE L'ATTEINTE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (AIP)	75
3.5	LA SYPHILIS	76
3.5.1	<i>Période d'incubation</i>	76
3.5.2	<i>Manifestations cliniques</i>	77
3.5.3	<i>Détection en laboratoire</i>	78
3.5.4	<i>Traitement de la syphilis</i>	79
3.5.5	<i>Suivi sérologique des personnes infectées</i>	80
3.5.6	<i>Considérations spéciales relatives au traitement et au suivi</i>	82
3.6	LES ITS RARES	83
3.6.1	<i>Le chancre mou</i>	83
3.6.2	<i>Le lymphogranulome vénérien</i>	85
3.6.3	<i>Le granulome inguinal ou donovanose</i>	86
3.6.4	<i>Tableau synthèse des caractéristiques cliniques des ITS rares</i>	87
3.7	L'HERPÈS NÉONATAL	88
3.7.1	<i>Période d'incubation</i>	88
3.7.2	<i>Manifestations cliniques</i>	88
3.7.3	<i>Détection en laboratoire</i>	89
3.7.4	<i>Traitement</i>	89
ANNEXE 1		91
ANNEXE 2		95
ANNEXE 3		99

Liste des tableaux

Tableau 1	ITS à déclaration obligatoire, province de Québec, année 2001.....	26
Tableau 2	Évolution du nombre de cas déclarés d'infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> et d'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , Province de Québec, 1984-2001.....	29
Tableau 3	Grossesses ectopiques chez les femmes de 15 à 44 ans, province de Québec, 1987-1997.....	30
Tableau 4	Nombre de bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de ITS et nombre de cas de ITS (infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> et infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> et syphilis déclarés, selon le sexe, province de Québec, 1996-2002.....	32
Tableau 5	Nombre de cas déclarés d'infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> et taux d'incidence (par 100 000 habitants), province de Québec, 2001, (jeunes adolescents et jeunes adultes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans).....	33
Tableau 6	Incidence de l'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (par 100 000), province de Québec, 2001.....	34
Tableau 7	Nombre de cas de ITS probablement contractées par transmission verticale chez les 0-4 ans, province de Québec, 1990-2001.....	35

Liste des figures

Figure 1	Incidence estimée des ITS traitables chez les adultes, 1999.....	19
Figure 2	Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues en 1998 à la suite de maladies infectieuses.....	20
Figure 3	Taux d'infection à <i>Chlamydia</i> par province, année 2001.....	24
Figure 4	Taux d'incidence de l'infection gonococcique par province, année 2001.....	25
Figure 5	Évolution du taux d'incidence de l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et de la gonorrhée.....	28
Figure 6	Cycle de transmission d'une ITS.....	41
Figure 7	Cycle de transmission d'une ITS : intervention préventive.....	43
Figure 8	Interventions de prévention des ITS.....	46

Liste des acronymes

AIP	Atteinte inflammatoire pelvienne
AVCI	Année de vie corrigée de l'incapacité
CCITS	Comité consultatif sur les ITS
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CLSC	Centre local de services communautaires
CQCS	Centre québécois de coordination sur le sida
DRSP	Direction régionale de santé publique
DSC	Département de santé communautaire
GI	Granulome inguinal
HRSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IPP	Intervention préventive auprès des partenaires sexuels
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LCR	Liquide céphalorachidien
LGV	Lymphogranulome vénérien
LLCM	Laboratoire de lutte contre la maladie
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MATO	Maladie à traitement obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmissible sexuellement
OMS	Organisation mondiale de la santé
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VHS	Virus de l'herpès simplex
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

Protocole d'intervention de santé publique

Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire

Situation et orientations

Introduction

Classiquement, on entend par ITS les infections qui se transmettent principalement par voie sexuelle, comme l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique, la syphilis, l'herpès génital et l'infection au virus du papillome humain (condylomes) ; le lymphogranulome vénérien, le chancre mou et le granulome inguinal sont d'autres ITS « classiques », quoique excessivement rares au Québec. On inclut aussi dans les ITS certaines infections qui se transmettent par voie sexuelle ou sanguine comme l'hépatite B et l'infection au VIH (virus de l'immunodéficience humaine). Par contre, un grand nombre d'organismes pathogènes peuvent se transmettre au cours d'activités sexuelles sans que ce soit leur mode principal de transmission. Ainsi, la plupart des maladies entériques sont aussi transmissibles par voie sexuelle. L'écllosion antérieure d'hépatite A dans la communauté homosexuelle témoigne des effets potentiels de ce mode de transmission.

La réduction de l'incidence de l'infection au VIH et des autres infections transmissibles sexuellement est l'un des dix-neuf objectifs de la Politique de la santé et du bien-être² adoptée au Québec en 1992. La lutte contre le VIH et les infections transmissibles sexuellement est l'une des sept priorités d'action retenues dans les Priorités nationales de santé publique 1997-2002³. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a adopté en 2000 la Stratégie québécoise de lutte contre les ITS. Plusieurs objectifs et activités du Programme national de santé publique annoncé par le MSSS en novembre 2002 concernent directement les infections transmissibles sexuellement⁴ (voir annexe 1). Quatre raisons justifient la priorité accordée aux ITS : leur fréquence, les complications qu'elles peuvent entraîner, les populations touchées et les possibilités d'intervention préventives.

La fréquence des infections transmissibles sexuellement

Les ITS représentent à elles seules environ 40 % de toutes les maladies déclarées au sein du système des maladies à déclaration obligatoire (MADO) du Québec. La diminution de l'incidence des ITS bactériennes observée jusqu'au milieu des années 90

2. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, *La politique de la Santé et du Bien-être*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992.

3. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Priorités nationales de Santé publique 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998.

4. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, ministère de la santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.

était un phénomène précaire pouvant être influencé, entre autres, par le développement de résistances aux antibiotiques utilisés, par des modifications des pratiques médicales (dépistage, traitement épidémiologique, intervention préventive auprès des partenaires) mais aussi par l'adoption ou non de pratiques sexuelles à moindre risque par les personnes actives sexuellement. En fait, depuis la fin des années 90, une hausse de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, de l'infection gonococcique et de la syphilis infectieuse est observée.

Les ITS virales, tels l'herpès génital et l'infection au virus du papillome humain, dont la déclaration n'est pas obligatoire, seraient encore beaucoup plus fréquentes que les ITS bactériennes, et l'on peut penser que leur incidence est stable, voire à la hausse.

Les complications

Malgré leur fréquence, il n'y aurait pas lieu de se préoccuper des ITS de façon particulière si aucune conséquence négative n'en découlait. Bien qu'on ne soit pas en mesure de quantifier leur incidence en l'absence d'une surveillance systématique, la fréquence des atteintes inflammatoires pelviennes (AIP) et des grossesses ectopiques semble amorcer une diminution. Par ailleurs, l'infertilité tubaire demeure un problème important malgré que la proportion des cas attribuables aux ITS n'est pas suffisamment bien documentée. L'association étroite entre le virus du papillome humain et le cancer du col a également été clairement démontrée. Selon plusieurs experts, l'une des principales conséquences dramatiques des ITS virales et bactériennes est qu'elle augmente le risque de transmission de l'infection au VIH. Enfin, les ITS, tant virales que bactériennes, sont des infections qui peuvent se transmettre au nouveau-né d'une mère infectée. Même si plusieurs interventions peuvent l'atténuer, ce risque demeure présent.

Les populations touchées

Les ITS atteignent particulièrement les adolescents et les jeunes adultes. Si l'on considère les conséquences possibles des ITS (ex. : infertilité, cancer, chronicité, morbidité, mortalité), la vulnérabilité des jeunes à ces infections comporte un potentiel significatif de répercussions démographiques et socioéconomiques. Certaines sous-populations, à cause de leurs comportements sexuels ou de leurs habitudes de vie, sont particulièrement vulnérables aux ITS et à l'infection au VIH, par exemple les femmes et les jeunes en difficulté, les utilisateurs de drogues par injection et les autochtones. L'expérience de la dernière décennie a aussi mis en évidence le fait que les personnes particulièrement vulnérables aux ITS sont en même temps aux prises avec des problèmes sociosanitaires de tous ordres (ex. : pauvreté, conditions de vie difficiles et précaires, violence, discrimination, isolement, suicide, toxicomanie).

Interventions préventives

Enfin, si les ITS sont retenues comme priorité de santé publique, c'est que des actions peuvent être réalisées afin de les prévenir ou d'en diminuer les impacts négatifs sur la santé de la population.

Historique de la lutte contre les ITS au Québec⁵

Certains événements du passé méritent d'être revus dans le contexte spécifique de la lutte contre les ITS car ils éclairent d'une certaine façon les réactions du secteur de la santé publique et celle de la société face à la menace de ces infections.

Épidémies et organisation de la lutte contre les maladies infectieuses

Le « mal de Baie-Saint-Paul » : La lutte contre la syphilis

1773	Épidémie de syphilis possiblement à la suite de l'escale d'un bateau écossais à Baie-Saint-Paul.
1782	Mise en place du comité Badelard. Établissement d'une liste des personnes atteintes (ou soupçonnées) dans chaque paroisse. Participation du clergé à la lutte contre ce « fléau ».
1861	Une épreuve de Wasserman est requise pour l'obtention d'un permis de colporteur.
1865	Promulgation de l'Acte pour arrêter la propagation des maladies contagieuses [ici maladies vénériennes] dans certaines stations navales et militaires en cette province. Une femme dénoncée peut être obligée par un juge, de gré ou de force, de se rendre dans un hôpital pour être examinée. Si elle est infectée, elle peut être détenue pour être traitée.
1886	Promulgation de la loi créant la Commission d'hygiène an mandat consultatif.
1888	Création du Conseil d'hygiène de la province de Québec. Selon la Loi sur l'hygiène, les municipalités doivent se doter de services de santé responsables de l'hygiène publique.

5. G. DESROSNIERS, B. GAUMER et O. KEEL, *Vers un système de santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté : 1926-1975*, Montréal, Université de Montréal, Département d'histoire, 1991, 239 p.

F. GUÉRARD, *Histoire de la santé au Québec*, coll. « Boréal Express », 1996, 123 p.

J. ROBERT, « Histoire : la petite et la grande », dans *Les maladies transmissibles sexuellement*, (sous la dir. de) Fernand Turgeon et Marc Steben, Les presses de l'Université de Montréal, 1994, 406 p.

Première Guerre mondiale

Émergence de la problématique des ITS : contrôle

1914-1918 Épidémies de maladies transmissibles sexuellement au cours de la Première Guerre mondiale.

1919 Toute personne appréhendée pour délit sexuel ou prostitution doit subir un examen de dépistage dont le résultat est communiqué à un juge. Déclaration des cas de maladies vénériennes par les médecins de prison.

1920 Mise en place de la Division des maladies vénériennes, accompagnée d'une campagne de lutte très intense financée par des fonds fédéraux : le premier grand programme de santé publique au Québec est la lutte antivénérienne lancée par le gouvernement fédéral. Sa mise en œuvre débute au Québec en 1920. Collaboration du clergé qui profite de l'occasion pour véhiculer des recommandations d'ordre moral aux côtés des préoccupations sanitaires : danger des rapports sexuels hors mariage et de la prostitution.

- Création d'un laboratoire de sérologie.
- Ouverture de services de consultation spéciaux dans les hôpitaux.
- Ouverture de dispensaires antivénériens.
- Séances d'information par les curés de paroisse.
- Distribution gratuite de médicaments.

1922 Création d'un service provincial d'hygiène avec pouvoir exécutif. Nouvelle liste des maladies à déclaration obligatoire. « *Quiconque, sciemment ou par négligence, communique à une autre personne une maladie syphilitique ou vénérienne, est passible d'une amende n'excédant pas 200 \$ ou d'un emprisonnement n'excédant pas trois mois.* »

Crise économique

Transfert des priorités : délaissement des activités de contrôle des ITS

Les fonds fédéraux et le budget provincial affectés à la lutte contre les ITS sont coupés (sommes allouées à l'aide aux familles de chômeurs, crise des années trente).

1926 Début de l'implantation d'unités sanitaires composées d'un médecin hygiéniste agissant à titre de directeur, d'un inspecteur sanitaire, d'une ou deux infirmières visiteuses et d'une secrétaire. L'éducation populaire et le dépistage sont prioritaires.

« [...] ce qui marque le plus l'entre-deux guerres sur le plan de l'hygiène publique, c'est la promotion par les hygiénistes de nouveaux types d'intervention inspirées du courant américain de la *New Public Health*. [...] ils mettent de l'avant des programmes axés sur des groupes-cibles et reposant sur des actions spécifiques auprès des individus. Les mots d'ordre sont désormais l'éducation populaire, le dépistage et le traitement préventif des maladies contagieuses. » (F. Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal Express, 1996, p. 48)

Deuxième Guerre mondiale

Résurgence des maladies transmissibles sexuellement : la reprise du contrôle

1941 Avec la Seconde Guerre mondiale, les maladies vénériennes ont pris une telle ampleur qu'une loi spéciale est votée par le parlement provincial. Cette loi rend obligatoire la déclaration et le traitement des maladies vénériennes et entraîne une déclaration nominale en cas de refus de traitement.

- Ouvertures de cliniques spécialisées dans les hôpitaux.

1943-1946 Participation active des unités sanitaires. Recyclage des officiers médicaux des unités sanitaires (1943 et 1946). Début des enquêtes épidémiologiques à partir des cas déclarés. Recherche et traitement des contacts.

- Campagne d'éducation sanitaire. Discours basé sur la maxime « la crainte est le commencement de la sagesse ».
- Février 1944 : lancement d'une campagne antivénérienne, sous le haut patronage de l'archevêque de Montréal, visant à appliquer, entre autres, les mesures suivantes :
 - protection de la famille par des analyses prénuptiales et prénatales ;
 - campagnes de dépistage à l'aide d'un examen médical et bactériologique avant l'embauche dans les entreprises industrielles ainsi que dans le secteur de la restauration et de l'hôtellerie ;
 - substitution d'un traitement plus humain à la « cure d'incarcération » des femmes atteintes de maladies vénériennes ;
 - information diffusée dans les écoles supérieures et les cercles de jeunes ;
 - arrêt de l'imposition d'amendes aux prostituées pour éviter qu'elles poursuivent leurs activités pour pouvoir payer ces amendes.
- Utilisation des antibiotiques.

1956 Prophylaxie de l'ophtalmie gonococcique néonatale : distribution d'ampoules de nitrate d'argent à l'occasion des visites prénatales et des démonstrations à domicile par les infirmières visiteuses. Durant l'année, 12 323 ampoules sont distribuées.

Changement d'orientation de la lutte contre les ITS

« Dans l'esprit des réformateurs, les questions sociales et de santé sont indissolublement liées. » (F. Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal Express, 1996, p. 82)

1960-1970 Apparition du phénomène du libéralisme sexuel ; utilisation des anovulants (au détriment du condom) : au lieu d'assister à la baisse des ITS habituellement observée en temps de paix, on assiste à une recrudescence des maladies vénériennes.

1970 Création du ministère des Affaires sociales.

1971 Découpage provincial en douze régions subdivisées en territoires dotés chacun d'un organisme local de services communautaires. Création du régime d'assurance maladie.

1972 Nouvelle Loi sur la protection de la santé publique. Modification de la liste des maladies vénériennes (syphilis, blennorragie, chancre mou, lymphogranulomatose vénérienne et granulome inguinal) qui sont à déclaration anonyme. Création des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), des départements de santé communautaires (DSC) et des centres locaux de services communautaires (CLSC).

1974 Implantation de 32 DSC.

1977 Refonte de la Loi sur la protection de la santé publique (LRQ, c. P-35).
Info-106-1977 « *La lutte contre les ITS revient aux établissements de santé et de services sociaux et aux médecins en cabinets privés.* »

Les activités de recherche de contacts réalisées antérieurement par les unités sanitaires sont de plus en plus laissées à la discrétion des médecins. Le Ministère remet donc la responsabilité de la recherche des contacts et de la relance des traitements dans les mains des médecins, et celle de la coordination et du contrôle des ITS aux DSC.

Directives 1981-103 et 1981-104 : fourniture gratuite de médicaments (distribution restreinte).

Gestation d'un programme de santé publique 1983-2000.

Apparition du sida

1982-1987 Création et fonctionnement du Comité sida-Québec.

1983 Changement dans la réglementation : le destinataire des déclarations devient le DSC au lieu du Ministère ; le laboratoire devient un déclarant (relevé mensuel des maladies vénériennes).

1986 Le sida devient une maladie à déclaration obligatoire (MADO).

1987 L'infection à *Chlamydia trachomatis* devient une MADO (nominale).

1989 Création du Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS). Sa mission est de prévenir l'infection au VIH, de coordonner l'organisation des soins et des services destinés aux personnes atteintes et à leurs proches, de favoriser un environnement favorable. Publication de la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida*.

1992 Publication de la *Politique de la santé et du bien-être*, dont l'un des objectifs est de réduire les ITS et le sida. Mise en place d'un programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS (plus large qu'un programme qui n'aurait couvert que les maladies à traitement obligatoire).

1993 Ajout de la lutte contre les ITS au mandat du CQCS.

1996 Création du Comité consultatif sur les ITS (CCITS).

1997 La lutte contre les ITS est l'une des sept priorités des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

2000 Publication de la *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS*.

2002 Nouvelle « Loi sur la santé Publique ».

2003 Publication du *Programme national de santé publique* incluant des objectifs et activités spécifiques à la lutte aux ITS. La syphilis n'est plus une maladie à traitement obligatoire (MATO).

Au cours de cette période, des campagnes de communication périodiques ont été réalisées avec pour objectifs la sensibilisation de la population, la diffusion d'information sur les facteurs de risque et sur les comportements sécuritaires, et la promotion de l'utilisation du condom.

Ce bref survol met en évidence le passage d'une conception de la santé publique basée sur une attitude répressive à l'endroit des personnes atteintes d'ITS à une conception basée sur une attitude préventive à l'égard des personnes pour lesquelles les risques de contracter une ITS sont plus élevés. Ce passage d'une attitude répressive à une attitude préventive est le reflet d'une évolution parallèle du contexte social. Cependant, tout le monde n'a pas évolué au même rythme et tous n'ont pas perçu cette évolution de la même façon. Il est raisonnable de penser que certaines tensions et un certain climat de méfiance encore ressentis aujourd'hui par les intervenants de santé publique proviennent de ces différentes perceptions. Ces tensions résultent souvent des écarts entre le respect des droits des individus (droit à l'intégrité, l'autonomie) et le respect des droits des collectivités (protection de la santé publique).

Le passé est aussi, d'une certaine façon, un peu « garant de l'avenir », particulièrement au regard de l'ampleur des ressources allouées au développement de la santé publique, qui demeure encore tributaire du contexte économique et social.

Enfin, nous évoluons continuellement vers une meilleure intégration de l'attitude préventive qui est associée maintenant au concept plus global de la promotion de la santé. C'est pourquoi, en matière de ITS, nous visons d'abord à l'intégration des objectifs de prévention des ITS, de l'infection au VIH et des hépatites virales en favorisant une approche axée, dans la mesure du possible, sur l'ensemble des besoins définis.

1 État des connaissances épidémiologiques au début du XXI^e siècle

1.1 L'ampleur du problème

1.1.1 Le contexte mondial

Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, gonorrhée et syphilis

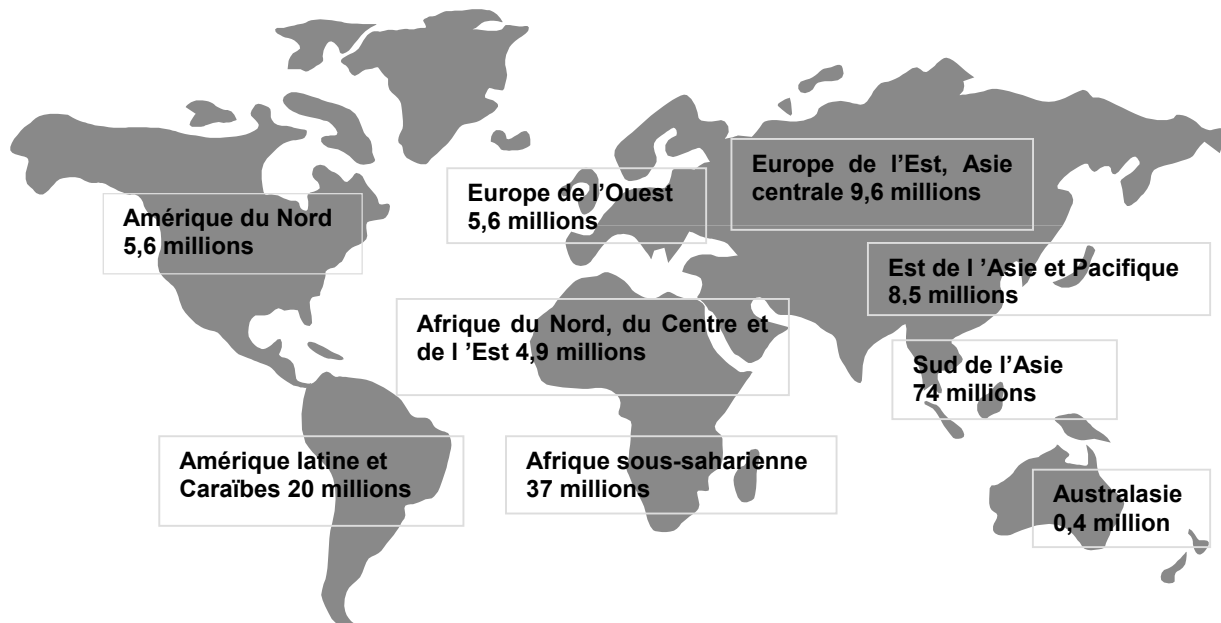
Les ITS sont répandues à travers le monde et particulièrement dans les pays en voie de développement. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que l'incidence annuelle des ITS bactériennes est de près de 170 millions de cas⁶. L'OMS estime aussi que, chaque année, un adolescent sur vingt contracte une ITS curable, excluant les infections virales.

Incidence annuelle (estimations de l'OMS, année 1999)

Infection à Chlamydia	92 millions
Gonorrhée	62 millions
Syphilis	12 millions

Figure 1

Incidence des ITS traitables chez les adultes, 1999
Infection génitale à Chlamydia, gonorrhée, syphilis
Total 1666 millions



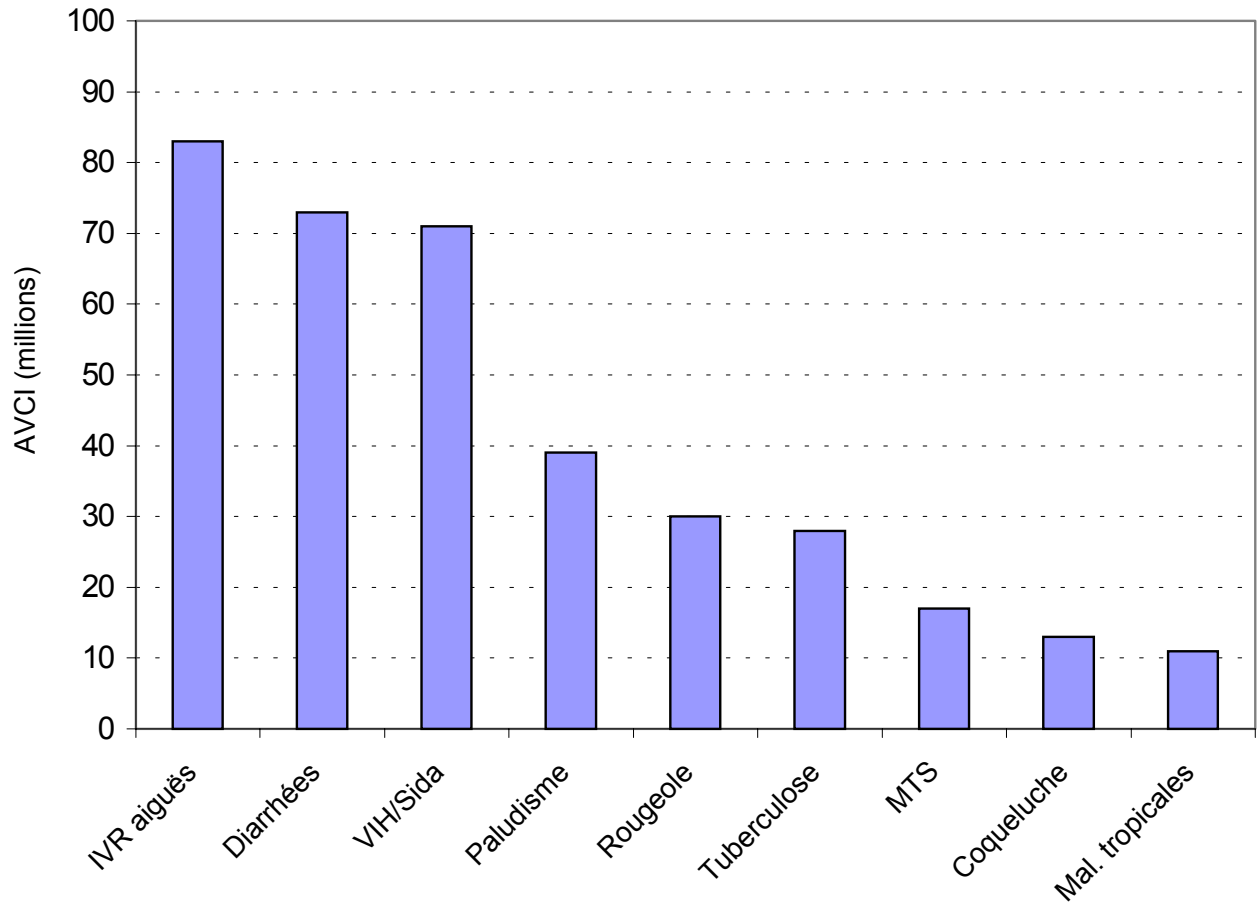
Source : Organisation mondiale de la santé.

6. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global Prevalence and Incidence of selected Curable Sexually Transmitted Infections : Overview and estimates*, novembre 2001.

Les ITS contribuent de façon significative à la morbidité liée aux maladies infectieuses. Dans le monde, les ITS arrivent au 7^e rang pour les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues en 1998, avec 17 millions d'AVCI perdues.

Figure 2

Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues en 1998 à la suite de maladies infectieuses



Source : Organisation mondiale de la santé, 1999.

Éclosions de syphilis

Après une diminution importante du nombre de cas de syphilis infectieuse rapportés dans les pays industrialisés, plusieurs éclosions récentes de syphilis ont été décrites en Europe⁷ (France, Allemagne, Royaume-Uni), dans certaines grandes villes américaines comme New York⁸, Détroit⁹, Baltimore¹⁰, Los Angeles¹¹, et même en Chine¹².

Les ulcérations génitales dites « tropicales »

Nous traiterons brièvement de trois infections dans la présente section : le chancre mou, causé par *Haemophilus ducreyi*, le lymphogranulome vénérien, causé par *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3, et enfin le granulome inguinal, causé par *Calymmatobacterium granulomatis*.

Le **chancre mou** est encore endémique dans plusieurs pays en voie de développement¹³ en Afrique, en Asie du Sud-Est, dans les Caraïbes (ex. : Jamaïque¹⁴) et en Amérique latine. En raison de l'insuffisance d'études de prévalence, l'OMS n'est pas en mesure de fournir une estimation précise du nombre de cas, mais il est probable que l'incidence annuelle mondiale du chancre mou soit d'environ sept millions¹⁵. Quelques éclosions sont occasionnellement signalées dans les pays industrialisés, principalement dans certaines villes américaines (Memphis, Chicago¹⁶, New York¹⁷, Jackson¹⁸, New Orleans¹⁹, San Francisco²⁰, Houston²¹). Au Canada, un nombre

7. L. DOHERTY et autres, « Evidence for increased transmission of syphilis among homosexual men and heterosexual men and women in Europe », *Eurosurveillance Weekly*, vol. 50, décembre 2000.
8. C. DE LUISE et autres, « Primary and secondary syphilis among men who have sex with men, New-York City 2001 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 51, n° 38, 2001, p. 853-856.
9. J. PORETTO, « Detroit is hit with an epidemic of syphilis; shaken-up ordered at State Health Department », *Associated Press*, (source CDC), 18 septembre 2002.
10. P.B. WILLIAMS et O. EKUNDAYO, « Study of distribution and factors affecting syphilis epidemic among inner city minorities in Baltimore », *Public Health 2001*, vol. 115, n° 6, p. 387-393.
11. J.L. CHEN et autres, « Rapid Public Health Interventions in response to an outbreak of syphilis in Los Angeles », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 29, n° 5, mai 2002, p. 131-134.
12. H. LIU, *Analysis on the epidemiology of syphilis from 1994 to 1998 in Beijing*, Zong Liu Xing Bing Za Zhi 2000, avril 2001.
13. D.L. TREES et S.A. MORSE, « Chancroid and *Haemophilus ducreyi* : an update », *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 8, n° 3, juillet 1995, p. 357-375.
14. A.R. BRATHWAIT, J.P. FIGUEROA, et E. WARD, « A comparison of prevalence of genital ulcers among persons attending a sexually transmitted disease clinic in Jamaica », *West Indian Medical Journal*, vol. 46, n° 3, septembre 1997, p. 67-71.
15. K.K. HOLMES et autres, *Sexually Transmitted Diseases*, 3^e édition, éditions JN Wasserheit, 1999.
16. K.J. MERTZ et autres, « Etiology of genital ulcers and prevalence of human immunodeficiency virus coinfection in 10 US cities », The Genital Ulcer Disease Surveillance Group, *Journal of Infectious Diseases*, vol. 178, n° 6, décembre 1998, p. 1795-1798.
17. S.M. DILLON et autres, « Prospective analysis of genital ulcer disease in Brooklyn, New York », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 24, n° 5, mai 1997, p. 945-950.
18. CDC, « Chancroid detected by polymerase chain reaction - Jackson, Mississippi, 1994-1995 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 44, n° 30, août 1995, p. 567, 573, 574.
19. R.P. DICARLO, B.S. ARMENTOR et D.H. MARTIN, « Chancroid epidemiology in New Orleans men », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 172, n° 2, août 1995, p. 446-452.
20. J.M. FLOOD et autres, « Multistrain outbreak of chancroid in San Francisco, 1989-1991 », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 167, n° 5, mai 1993, p. 1106-1111.
21. C. JONES et autres, « Chancroid : results from an outbreak in Houston, Texas », *Southern Medical Journal*, vol. 83, n° 12, décembre 1990, p. 1384-1389.

relativement élevé de cas (105) avaient été signalés à Winnipeg en 1976 et plus récemment, soit en 1987, seize cas avaient été signalés²².

Il est probable que cette infection est sous-déclarée²³ à cause de sa présentation clinique parfois non spécifique, du manque de suspicion clinique des médecins et des difficultés diagnostiques. Avec la mise au point de nouvelles techniques plus sensibles, il est possible que les connaissances sur l'épidémiologie de cette infection reflètent mieux la réalité au cours des prochaines années. Les facteurs qui ont été associés à cette infection sont l'usage du « crack »²⁴, la prostitution (les travailleurs et travailleuses du sexe sont souvent considérés comme le réservoir de l'infection) et la consommation d'alcool. Dans les pays industrialisés, le tourisme sexuel est généralement considéré comme un facteur augmentant le risque de contracter cette infection.

Le **lymphogranulome vénérien** est sporadiquement détecté²⁵ en Amérique du Nord, en Europe, en Australie, et plus souvent en Asie et en Amérique du Sud. Il est considéré comme endémique en Afrique (est et ouest), en Inde, dans certaines régions d'Asie du sud-est et dans les Caraïbes. La majorité des cas signalés dans les pays industrialisés sont le fait de personnes ayant voyagé dans un pays où cette infection est endémique.

Le **granulome inguinal** (parfois aussi nommé donovanose) est une infection dont la répartition géographique est surprenante²⁶. Si, avant l'ère des antibiotiques, elle était assez largement répandue dans les deux hémisphères, la situation est très différente maintenant. On diagnostique principalement cette infection²⁷ en Papouasie Nouvelle-Guinée, en Inde, au Brésil et parmi la population aborigène de l'Australie. Malgré tout, une éclosion de vingt cas a été signalée aux États-Unis en 1984. Plus près de nous, trois cas ont été diagnostiqués à Toronto au début des années 1990²⁸ : deux des cas ont été signalés parmi des immigrants et un troisième chez une personne née au Canada ayant eu un contact sexuel avec un visiteur étranger.

Les ITS virales

Enfin, tous les experts s'entendent : même si elles ne font pas l'objet d'une surveillance systématique, les ITS virales comme l'**herpès génital** et les **infections au virus du papillome humain (VPH)** sont encore plus fréquentes que les ITS à déclaration obligatoire. Il n'existe pas de véritable traitement curatif de ces infections qui sont transmissibles même en l'absence de symptômes ; aussi, le réservoir de l'infection augmente-t-il progressivement.

22. Information transmise par L. GRAHAM, Senior Surveillance Clerk, CDC Unit, Public Health Branch, Manitoba Health.

23. J.M. SCHULTE, F.A. MARTICH et G.P. SCHMID, « Chancroid in the United States, 1981-1990 : evidence for underreporting of cases », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, CDC Surv Summ, vol. 41, n° 3, mai 1992, p. 57-61.

24. D.H. MARTIN et R.P. DICARLO, « Recent changes in the epidemiology of genital ulcer disease in the United States, The crack cocaine connection », *Sexually Transmitted Diseases*, mars-avril 1994, vol. 21, supplément 2, p. S76-80.

25. K.K. HOLMES et autres, *Sexually Transmitted Diseases*, 3^e édition, éditions JN Wasserheit, 1999.

26. Ibid.

27. N. O'FARREL, « Global eradication of donovanosis: an opportunity for limiting the spread of HIV-1 infection », *Genitourinary Medicine*, vol. 71, n° 1, février 1995, p. 27-31.

28. P. HACKERR et autres, « Granuloma inguinale: three cases diagnosed in Toronto, Canada », *International Journal of Dermatology*, vol. 31, n° 10, octobre 1992, p. 696-699.

Dans une étude suédoise, le suivi sérologique d'une cohorte de femmes âgées au départ de 14-15 ans a démontré que la proportion de jeunes filles chez lesquelles une séroconversion, c'est-à-dire l'apparition d'anticorps contre l'herpès génital de type 2, a été observée (incidence) est passée de 0,4 à 22 % en l'espace de quinze ans²⁹. Une autre étude réalisée en Colombie-Britannique chez des femmes enceintes a mis en évidence que la prévalence du HSV-2 augmentait avec l'âge : elle était de 7,1 % chez les jeunes filles de 15 à 19 ans et augmentait jusqu'à 28,9 % chez les femmes âgées de 40 à 44 ans³⁰.

Par ailleurs, la prévalence de l'infection au VPH serait très élevée, particulièrement chez les femmes âgées de 15 à 25 ans, pour lesquelles des prévalences de 27 à 55 % ont été signalées³¹. La fréquence de ces ITS virales a fait l'objet de peu d'enquêtes statistiques au Canada.

1.1.2 La situation au Canada

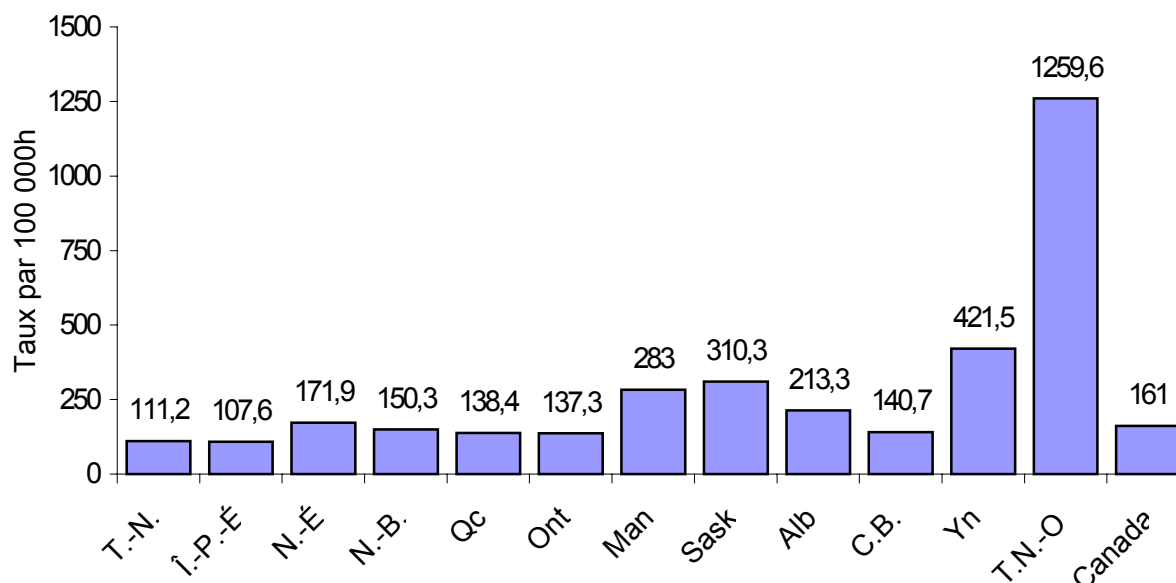
L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* et la syphilis sont des maladies à déclaration obligatoire au Canada.

L'infection à *Chlamydia trachomatis* compte pour 85 % de l'ensemble des ITS déclarées à Santé Canada. Entre 1991 et 1997, l'incidence de cette infection a diminué de 34,4 % pour se situer à 112,7 par 100 000 habitants en 1997³². Par contre, une hausse de l'incidence de 9,8 % a été observée entre 1997 et 1999, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest affichant traditionnellement les taux les plus élevés, soit respectivement trois et quatorze fois le taux de l'ensemble du Canada. Les provinces de Terre-Neuve et de l'Île-du-Prince-Édouard affichent les taux les plus faibles. L'objectif national concernant l'infection à *Chlamydia trachomatis* a été fixé à 80 par 100 000 habitants pour l'année 2000 et à 50 par 100 000 h pour l'année 2010.³³ Le taux en 2001 était de 161 par 100 000 et celui prévu pour l'année 2002 est de 176,6 par 100 000 habitants.

-
29. B. CHRISTENSEN et autres, « A 15-year surveillance study of antibodies to herpes simplex virus types 1 and 2 in a cohort of young girls », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 25, n° 2, septembre 1992, p. 147-154.
 30. D. PATRICK et autres, *Herpes simplex Type 2 Seroprevalence in Canadian Women*. Abstract # 1193, Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Toronto, septembre 2000.
 31. G. TORTOLERO-LUNA, « Epidemiology of genital Human Papillomavirus », *Hematology/oncology Clinics of North America*, vol 13, n° 1, février 1999, p. 245-257.
 32. SANTÉ CANADA, *Maladies transmissibles sexuellement au Canada : Rapport de surveillance 1998-1999*, supplément, relevé des maladies transmissibles au Canada 2000, vol. 26S6.
 33. SANTÉ CANADA, *Compte rendu de la Réunion nationale de concertation sur les MTS et Objectifs nationaux en matière de prévention et de contrôle des maladies transmises sexuellement au Canada*, supplément, relevé des maladies transmissibles au Canada 1997, vol. 23S6.

Figure 3

Taux d'infection à Chlamydia par province, année 2001



Source: Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, mise à jour du 17 janvier 2003.

Une diminution de 92,8 % de l'incidence de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* a été observée depuis le début des années 80, pour se situer à 15,6 par 100 000 h en 1999.

C'est dans ce contexte que l'élimination de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* transmise localement a été retenue par Santé Canada comme un objectif national d'ici à l'an 2010 : « [...] l'élimination des infections à *N. gonorrhoeae* transmises localement et la réduction de la transmission secondaire de gonocoques importés à moins de 1 cas par importation signalée³⁴ ». Toutefois, une hausse de l'incidence de l'infection gonococcique a été observée et le taux d'incidence en 2001 est de 21,7 par 100 000 h (augmentation de 39 % depuis 1999), le taux prévu pour 2002 étant de 22,7 par 100 000 h.

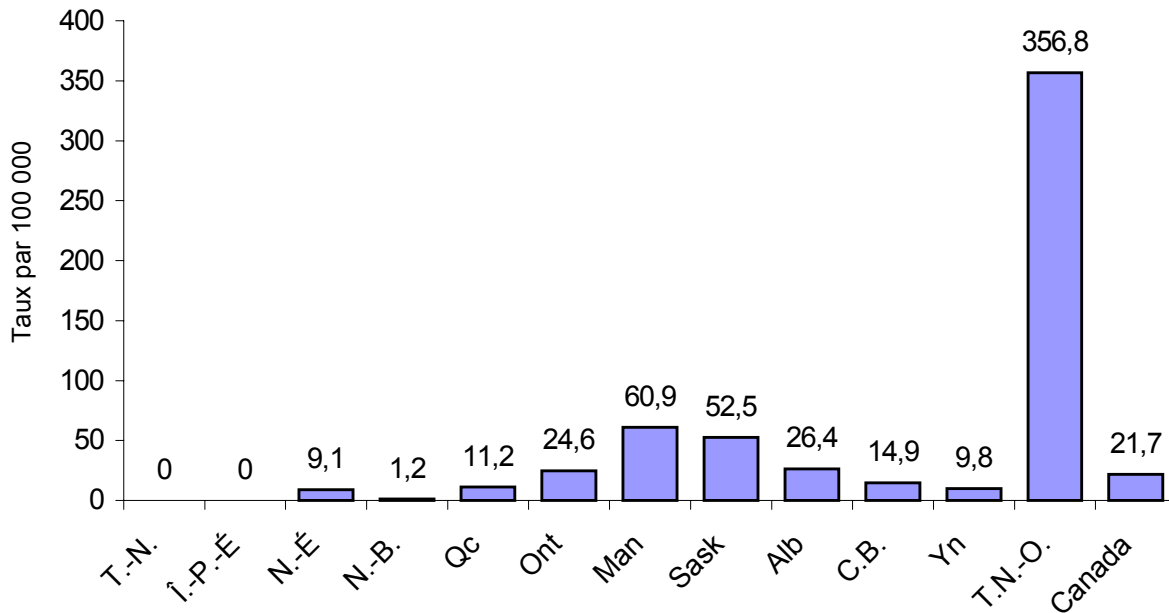
La résistance du gonocoque aux antibiotiques est en constante évolution. Avant 1991, la majorité (ex. : 53,3 % en 1989 et 70,9 % en 1990) des souches testées par le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) étaient productrices de β -lactamase (NGPP), soit de souches résistantes à la pénicilline par médiation plasmidique. En 1996, parmi les souches testées au LLCM d'Ottawa, 9,4 % étaient des NGPP et 3,6 %

34. SANTÉ CANADA, *ibid.*

présentaient une sensibilité réduite à la ciprofloxacine. En 1998, plusieurs souches (3,2 %) montraient une résistance à différents antibiotiques.

Figure 4

Taux d'incidence de la gonorrhée par province, année 2001



Source: Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, mise à jour du 17 janvier 2003.

La **syphilis infectieuse** (syphilis primaire et secondaire et syphilis latente précoce) était en voie d'élimination au Canada jusqu'à la fin des années 1990. Si l'élimination de la syphilis demeure un objectif de la lutte contre les ITS au Canada, il est actuellement moins certain de pouvoir y arriver rapidement. En 2001, 208 cas de syphilis infectieuse ont été signalés au Canada, soit un taux d'incidence de 0,9 par 100 000 h. Le taux d'incidence canadien, qui était de 0,4 en 1996 et 1997 a ainsi considérablement augmenté particulièrement suite à une éclosion majeure de syphilis qui sévit à Vancouver depuis 1997 (177 cas en 2001 par rapport à 18 en 1996). Cette éclosion semblait surtout reliée à l'industrie du sexe bien que des cas étaient aussi reliés au contexte de sauna chez les HRSH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes).

Parmi les provinces canadiennes, les taux les plus élevés se retrouvent en Colombie-Britannique (taux projeté pour 2002 de 3,9), au Manitoba (taux projeté pour 2002 de 1) et en Ontario (taux projeté pour 2002 de 0,7). Des éclosions de syphilis ont été rapportées à Winnipeg, Ottawa et Toronto.

1.1.3 La situation au Québec

Si une diminution constante des ITS d'étiologie bactérienne s'était poursuivie jusque vers la fin des années 1990, une hausse d'incidence est observée depuis les années 1997 et 1998. Les ITS constituent près de 50 % de l'ensemble des MADO.

Tableau 1

ITS à déclaration obligatoire, province de Québec, année 2001		
Maladie	Nombre de cas Déclarés	Taux d'incidence par 100 000 h province de Québec
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	10 201	133,1
Gonorrhée	831	10,8
Syphilis infectieuse	15	0,2
Syphilis ancienne	34	na
Syphilis non précisées	3	na
Hépatite B aiguë	96	1,3
Hépatite B chronique	1 066	na
Hépatite B non précisée	132	na

Source : R. PARENT, *Analyse des cas de chlamydie, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1997-2001, 2003.*

Considérations particulières sur l'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*

Après une diminution de l'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* de 62 % entre 1990 et 1997, une augmentation de 53 % a été observée entre 1997 et 2001. L'utilisation de nouvelles techniques de détection plus acceptables et plus sensibles explique peut-être en partie cette augmentation, mais ce lien n'a pu être mis en évidence. En effet, un sondage a été réalisé en 1999 auprès des laboratoires pour recueillir de l'information sur l'implantation des nouvelles techniques et chercher à établir un parallèle avec l'évolution de l'incidence. Cette démarche a révélé qu'environ 50 % des laboratoires du Québec utilisaient la technique de détection des acides nucléiques pour la détection de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, mais n'a pas permis d'établir de lien avec l'augmentation de l'incidence³⁵. Il est probable que l'utilisation de la détection des acides nucléiques soit de plus en plus répandue. On ne peut exclure une augmentation réelle de l'incidence, dans un contexte où il est reconnu que l'adoption et

35. R. PARENT et M. ALARY, *L'évolution de la chlamydie et l'implantation des techniques d'amplification génique pour son dépistage dans les laboratoires médicaux du Québec*, août 2000.

le maintien de comportements sexuels sécuritaires sont loin d'être acquis chez les adolescents et les jeunes adultes^{36, 37}.

Considérations particulières sur l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*

Entre 1984 et 1998, le taux d'incidence de l'**infection gonococcique** est passé de 105,6 par 100 000 à 6,6 par 100 000 soit une réduction de 94 %. L'élimination de la transmission locale de l'infection gonococcique a alors été retenue comme objectif à atteindre. Toutefois, une hausse du taux d'incidence de 63 % (de 6,6 à 10,8) est observée entre 1998 et 2001. Ceci se traduit par une augmentation du nombre de cas déclarés de 495 cas en 1998 à 831 en 2001. Si l'atteinte de l'objectif d'élimination de la transmission locale de la gonorrhée apparaissait possible en 1998, cela est moins évident à l'heure actuelle. Cette hausse troublante de l'incidence de l'infection gonococcique concerne surtout les hommes. Chez les femmes, la hausse du taux d'incidence entre 1998 et 2001 est de 40 % mais elle est de 74 % chez les hommes. D'ailleurs, 80 % des infections gonococciques déclarées touchent des hommes. La région de Montréal-Centre est particulièrement touchée et on y retrouve 68 % de l'ensemble des cas de la province et le taux d'incidence y est presque trois fois celui de l'ensemble du Québec (30,2 vs 10,8). Toutes les autres régions ont des taux d'incidence inférieurs à ceux du Québec sauf les régions de Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James où les taux sont très élevés.

Un facteur influençant l'épidémiologie de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* est la propension du gonocoque à développer une résistance aux antibiotiques utilisés pour le traitement de l'infection. Au cours des dernières années, la proportion des cas présentant une résistance plasmidique à la pénicilline (NGPP) a et fluctué entre 5 % et 10 %. Toutefois, l'apparition de la résistance aux quinolones (ciprofloxacine) est documentée : depuis quelques années, le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) identifiait annuellement une moyenne de deux ou trois souches de *N. gonorrhoeae* résistantes à la ciprofloxacine, dont une ou deux étaient aussi productrices de β -lactamase (NGPP). Pour l'année 1999, le LSPQ avait identifié dix souches résistantes à la ciprofloxacine, et pour l'année 2001, le LSPQ a identifié vingt-quatre souches résistantes, dont dix étaient aussi des NGPP³⁸. Cette progression met en évidence l'apparition probable de souches de *N. gonorrhoeae* non productrices de β -lactamase mais présentant un profil de résistance à la ciprofloxacine. Selon les données récentes, l'apparition d'une telle résistance correspond à une probabilité élevée d'échec thérapeutique si une quinolone a été administrée comme traitement. Selon les données recueillies lors des enquêtes épidémiologiques, la céfixime et l'azythromycine demeurent les antibiotiques les plus fréquemment rapportés comme traitement administré suite au diagnostic d'une infection gonococcique. Toutefois, la ciprofloxacine demeure encore largement utilisée (25,7 %) ³⁹.

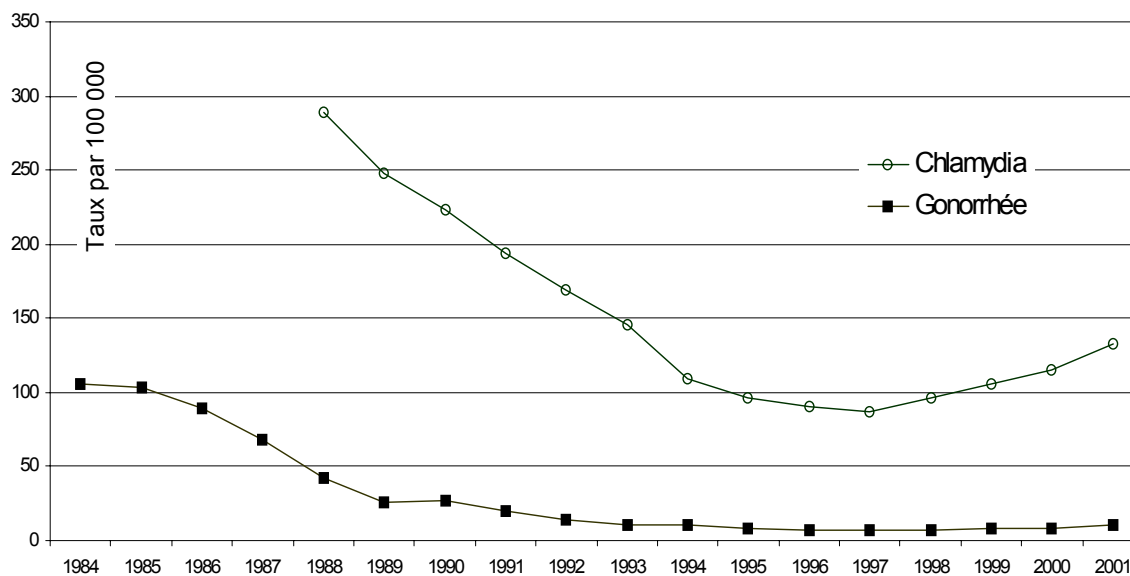
36. Johanne OTIS, *Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH : Bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « Études et Analyses », avril 1996, 164 p.

37. Johanne OTIS, Présentation lors des Journées annuelles de santé publique, novembre 2000.

38. L. JETTE, *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec*, Institut national de santé publique, Laboratoire de santé publique du Québec, rapport annuel 2001.

39. Sylvie VENNE, *Rapport d'analyse. enquêtes épidémiologiques réalisées suite à une déclaration d'infection gonococcique, Québec 1 mars 2001 – 31 décembre 2001*, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1992, 49 p.

Figure 5
Évolution du taux d'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*
et de la gonorrhée
province de Québec, 1984-2001



Sources :

R. RÉMIS, *Bilan épidémiologique des MTS, Région de Montréal-Centre 1985-1994.*

J. RINGUET et P. LAVIGNE, *Épidémiologie des MTS 1984-1990.*

R. PARENT et coll., *Analyse des cas de chlamydie, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile. 1996-2001.* MSSS, 2003.

Tableau 2

Évolution du nombre de cas déclarés d'infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> et d'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , province de Québec, 1984-2001									
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
<i>Chlamydia trachomatis</i>	ND	ND	ND	ND	19 493	16 674	15 437	13 345	11 697
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	7 058	6 808	5 905	4 526	2 796	1 695	1 887	1 387	972
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<i>Chlamydia trachomatis</i>	9 996	7 932	7 074	6 681	6 466	7 264	7 994	8 747	10 201
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	755	750	607	479	556	493	624	673	831

Sources :

R. RÉMIS, *Bilan épidémiologique des MTS. Région de Montréal-Centre 1985-1994.*

J. RINGUET et P. LAVIGNE, *Épidémiologie des MTS 1984-1990.*

R. PARENT et coll., *Analyse des cas de chlamydie, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile. 1995-1999.*

R. PARENT et coll., *Analyse des cas de chlamydie, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile. 1996-2001*, MSSS, 2003.

Considérations particulières sur la syphilis

Entre 1997 et 2001, 201 cas de syphilis ont été déclarés au total au Québec. Parmi ceux-ci, on retrouve 38 cas de syphilis infectieuse (syphilis primaire, secondaire et latente précoce) et 163 cas de syphilis non infectieuse (latente de plus de un an, neurosyphilis, syphilis cardiovasculaire). Le taux d'incidence des syphilis infectieuses est très faible et se situe à 0,2 par 100 000, alors qu'il était de 5,6 par 100 000 en 1984. Le nombre annuel de déclaration de cas de syphilis infectieuse est ainsi passé de 375 cas en 1984 à moins de 15 cas par année à partir de 1995. En 1998, seulement 3 cas de syphilis infectieuse ont été déclarés pour la province.

Toutefois, le nombre de cas de syphilis infectieuse augmente sensiblement depuis la fin de l'année 2000. En 2001, 15 cas ont été déclarés et pour l'année 2002, 48 cas de syphilis infectieuse ont été déclarés, ce qui est comparable au nombre total de cas des cinq dernières années. La majorité des cas sont des hommes de la région de Montréal : 11 cas en 2001 et 36 cas en 2002. Il s'agit surtout d'hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. En 2001, quelques cas de syphilis infectieuses ont été

déclarés dans des régions où aucun cas n'avait été déclaré depuis plusieurs années et ce phénomène s'accroît en 2002.

Les complications dues aux ITS

Il n'existe pas de système québécois de surveillance systématique des **complications dues aux ITS**. Cependant, certaines données sont compilées sur les grossesses ectopiques. Même si l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* ne sont pas les seules causes de ce problème, il demeure qu'elles y contribuent largement.

Tableau 3

Grossesses ectopiques chez les femmes de 15 à 44 ans, province de Québec, 1987-1997		
Année	Nombre de cas	Incidence par 100 000 grossesses
1987	1 398	12,2
1988	1 553	13,1
1989	1 536	12,1
1990	1 631	12,1
1991	1 696	12,6
1992	1 659	12,3
1993	1 598	12,2
1994	1 594	12,3
1995	1 474	11,7
1996	1 370	11,1
1997	1 321	11,2

Source : *Analyse des cas de chlamydie, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1995-1999*, MSSS, octobre 2000.

Le cancer du col (le virus du papillome humain est détecté dans la presque totalité des cas de cancer du col de l'utérus), l'infertilité tubaire, l'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) sont d'autres complications dues aux ITS ayant une morbidité intrinsèque importante. Enfin, il est de plus en plus reconnu que la présence d'une ITS est un facteur qui augmente de façon significative le risque de transmission de l'infection au VIH.

Les disparités régionales

La distribution des déclarations des ITS n'est pas uniforme à travers le Québec. En 2001, la région de Montréal-Centre compte toujours le plus grand nombre d'ITS déclarées : 30 % des cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*, 73 % des cas de syphilis infectieuse et 68 % des cas d'infection à *Neisseria gonorrhoeae*.

Le taux d'incidence de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* est nettement plus élevé à Montréal que partout ailleurs au Québec (si l'on exclut les régions 17 et 18) et atteint presque trois fois le taux de l'ensemble de la province. Quant aux autres régions, les taux les plus élevés sont tout de même sous la moyenne de la province et touchent des régions situées en périphérie de Montréal et la région de Québec.

L'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* est un peu plus homogène dans l'ensemble du Québec, si l'on exclut les régions 17 et 18.

Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (régions 17 et 18) affichent respectivement des taux d'infection à *Chlamydia trachomatis* de 22 fois et 8 fois supérieur à celui de l'ensemble de la province. Pour l'infection gonococcique, les régions 17 et 18 affichent respectivement des taux de 16 fois et 2,7 fois le taux de l'ensemble du Québec. Le petit dénominateur (nombre d'habitants très faible) et le contexte différent dans lequel sont offerts les soins de santé limitent l'interprétation de taux si élevés, mais il est quand même raisonnable de supposer que la proportion de personnes touchées par les ITS est plus élevée dans ces régions dont la population est essentiellement composée d'autochtones.

La sous-déclaration des cas

Il est bien connu que les systèmes de surveillance sous-estiment le nombre réel de personnes infectées. Les ITS sont souvent asymptomatiques et non diagnostiquées, donc non déclarées. Elles peuvent être diagnostiquées sur une base clinique, sans confirmation par des tests de laboratoire ; ces cas ne répondent alors pas à la définition nosologique et ne peuvent être retenus dans le système de surveillance. Enfin, certains cas confirmés ne sont tout de même pas déclarés. Il est très difficile d'estimer l'ampleur de la sous-déclaration.

Les données du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS apportent un certain éclairage sur la sous-déclaration. Ainsi, il est possible de comparer le nombre de personnes ayant reçu des médicaments dans le cadre de ce programme avec le nombre de cas déclarés de ITS pouvant être traités avec un antibiotique. Bien qu'elle soit grossière et imparfaite cette comparaison peut nous donner un ordre de grandeur de la sous-déclaration. Il est donc raisonnable de croire que le nombre réel de cas est au moins deux à trois fois plus élevé que le nombre de cas déclarés. La sous-déclaration semble beaucoup plus importante chez les hommes (environ quatre fois plus de cas traités que de cas déclarés). Il est donc plausible que le portrait des ITS fourni par le système de surveillance des MADO soit biaisé par les pratiques médicales, et ce biais est peut être mis en évidence par les résultats de l'évaluation du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS.

Tableau 4

Nombre de bénéficiaires du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS et nombre de cas de ITS (infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> + infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> + syphilis) déclarés, selon le sexe, province de Québec, 1996-2000									
Années	Bénéficiaires du programme			Cas déclarés			Rapport : Traité/Déclaré		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T
1996	10 189	9 689	19 878	2 013	5 188	7 219	5,06	1,87	2,75
1997	10 229	9 800	20 029	2 068	4 976	7 065	4,95	1,97	2,83
1998	10 013	9 366	19 379	2 375	5 403	7 800	4,22	1,73	2,50
1999	10 406	9 590	19 996	2 644	5 975	8 640	3,94	1,61	2,31
2000	11 074	9 811	20 885	2 787	6 636	9 447	3,97	1,47	2,21

Source : C. POULIN et M. ALARY, *Évaluation du programme québécois de gratuité des médicaments contre les maladies transmissibles sexuellement 1996-2000*, janvier 2002.

1.2 Les populations touchées

Les infections transmissibles sexuellement concernent directement toute personne sexuellement active. De plus, la plupart des ITS peuvent être transmises d'une mère infectée à son nouveau-né. Enfin, les ITS incluent des infections qui se transmettent aussi par voie sanguine (ex. : hépatite B, VIH), donc pouvant toucher toute personne susceptible d'être exposée à du sang, soit dans le cadre de son travail, soit par les transfusions sanguines que son état de santé exige, soit à cause de certaines habitudes de vie, comme le partage de matériel d'injection de drogues. *En fin de compte, si l'on considère tous les modes de transmission, les ITS concernent tout le monde.* Cependant, il demeure indéniable que certains sous-groupes de la population sont plus touchés, soit à cause de leur vulnérabilité physiologique ou sociale, soit à cause de leurs comportements et habitudes de vie. Certains constats peuvent être établis à partir du système de surveillance des MADO et des résultats de quelques études réalisées au cours de la dernière décennie. Toutefois, il convient de souligner que la prévalence des ITS au sein des différentes populations n'est pas connue, les rares études de prévalence des ITS réalisées au Québec n'ayant ciblé que des groupes très restreints.

1.2.1 Les adolescents et les jeunes adultes

Les adolescents et les jeunes adultes sont au moins cinq fois plus touchés par l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et deux à trois fois plus par l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* que l'ensemble de la population. De la première à la cinquième secondaire, près de six jeunes sur dix deviendront sexuellement actifs⁴⁰.

Tableau 5

Nombre de cas déclarés d'infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> et taux d'incidence (par 100 000 habitants) province de Québec, 2001 (jeunes adolescents et jeunes adultes âgés de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans)				
15-19 ans		20-24 ans		0-> 60 ans
Cas	Incidence	Cas	Incidence	Incidence
3 154	656,5	3 861	740,7	133,1

Nombre de cas déclarés de gonorrhée et taux d'incidence (par 100 000) province de Québec, 1999 (jeunes adolescents et jeunes adultes âgés de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans)				
15-19 ans		20-24 ans		0->60 ans
Cas	Incidence	Cas	Incidence	Incidence
98	20,4	167	32,0	10,8

Source : R. PARENT et coll., *Analyse des cas de chlamydirose, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1997-2001*, MSSS, 2003.

Malgré une amélioration dans l'adoption de comportements sexuels sécuritaires, une proportion importante de jeunes continuent d'avoir des relations sexuelles non protégées puisque l'utilisation constante du condom reste relativement faible, variant selon les études de 13 % à 48 % et diminuant légèrement au fur et à mesure que les jeunes avancent en âge (Otis 1996). D'ailleurs, pour la région de Montréal-Centre, le taux de grossesses chez les filles de 15 à 19 ans a augmenté de 40 % entre 1987 et 1994⁴¹. Une étude de prévalence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* réalisée au Québec a établi que le fait d'avoir moins de 20 ans est l'un des facteurs principaux associés à la présence de l'une ou l'autre de ces infections (OR 2,9 p : 0,005)⁴².

40. Johanne OTIS, *op. cit.*

41. Bruno TURMEL, *Complications des MTS bactériennes*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1997.

42. M.D. ALARY et autres, *Étude de faisabilité d'un programme de dépistage et de prévention de certaines MTS chez les personnes à risque élevé de MTS ou d'infection au VIH de la région de Québec, rapport final*, mars 1999.

1.2.2 Les femmes

Le nombre de cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est beaucoup plus élevé chez les femmes. En 2001, au Québec, le taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes était de 188,2 par 100 000 alors qu'elle était de 75,9 par 100 000 chez les hommes. Cependant, il faut tenir compte du fait que les femmes consultent plus souvent un médecin que les hommes et ont plus d'occasions de subir un test de dépistage, particulièrement dans le cadre des examens gynécologiques périodiques et des consultations touchant la contraception. Cette situation, où l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est souvent asymptomatique et où les femmes sont plus susceptibles d'être dépistées, introduit un biais dans la comparaison des taux chez les hommes et les femmes.

Quant à l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*, les taux d'incidence des cas de gonorrhée déclarés au Québec sont plus élevés chez les hommes, sauf dans le groupe d'âge des 15-19 ans, où ils sont beaucoup plus élevés chez les filles :

Tableau 6

Incidence de l'infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (par 100 000), province de Québec, 2001		
Groupe d'âge	Femmes	Hommes
15-19 ans	27,3	13,8
20-24 ans	16,9	46,0
Total (0 à > 60)	4,2	17,6

Source : R. PARENT et coll., *Analyse des cas de chlamydie, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1997-2001*, MSSS, 2003.

Les femmes, surtout celles dont les conditions de vie sont précaires, constituent une population particulièrement vulnérable aux ITS, incluant l'infection au VIH, pour plusieurs raisons :

- vulnérabilité plus importante aux complications dues aux ITS, telles que l'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), la grossesse ectopique, l'infertilité, le cancer du col ;
- plus grande vulnérabilité due à la transmission plus efficace d'une ITS de l'homme à la femme et non l'inverse;
- vulnérabilité quant à l'adoption d'un comportement sécuritaire : conflits de pouvoir homme/femme ;
- vulnérabilité sociale et la prostitution.

Les **femmes enceintes** constituent un groupe particulier car, outre sa propre vulnérabilité, la femme enceinte infectée peut transmettre son infection à son bébé. Encore maintenant, quelques cas sporadiques de syphilis congénitale sont signalés au Québec, (cinq cas en 1990, un en 1992, trois en 1993, un en 1994 et un en 2000). De plus, des cas de ITS (infections à *Chlamydia trachomatis*, infections à *Neisseria*

gonorrhoeae), d'hépatite B et de VIH chez des enfants de moins de 1 an sont déclarés chaque année. Ces infections ont probablement été contractées en période prénatale ou périnatale (transmission verticale d'une mère infectée à son bébé).

Tableau 7

Nombre de cas de ITS probablement contractées par transmission verticale chez les 0-4 ans, province de Québec, 1990-2001	
Maladie	Nombre de cas
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	319
Infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	21
Hépatite B aiguë et chronique	240
Syphilis congénitale	11
Total	591

Sources :

R. PARENT et coll., *Analyse des cas de chlamydie, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1990-1996*, MSSS.

R. PARENT et coll., *Analyse des cas de chlamydie, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1997-2001*, MSSS, 2003.

1.2.3 Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH)

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ont été particulièrement touchés par l'infection au VIH. Au Québec, en date du 30 juin 2002, les hommes homosexuels/bisexuels comptaient pour 63 % des cas de sida déclarés chez des adultes depuis 1979 (73 % des cas adultes chez les hommes). La progression de nouveaux cas d'infection au VIH pourrait avoir ralenti au cours des dernières années au sein de cette population, mais il semble que ce recul soit précaire. D'une part, ceux qui avaient adopté des comportements sécuritaires ont de la difficulté à les maintenir ; d'autre part, les jeunes hommes homosexuels, moins exposés aux conséquences dramatiques de l'épidémie, sembleraient moins percevoir l'ampleur du risque et être moins conscients de l'importance d'adopter des comportements sécuritaires et de maintenir ces comportements. Enfin, plusieurs experts craignent que l'avenue des thérapies hautement efficaces amène un sentiment de fausse sécurité ou de banalisation du risque d'acquisition de l'infection au VIH.

Dans la mesure où les comportements sexuels sécuritaires ne sont pas une constante chez eux, les HRSH risquent de contracter d'autres ITS, particulièrement l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*, la syphilis et l'hépatite B.

Ainsi, parmi les cas d'infection gonococcique déclarés chez les hommes au cours de l'année 2000 et pour lesquels l'information est disponible, 63,2 % ont une histoire de relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH), ce qui est une nette surreprésentation de cette clientèle par rapport à ce qui serait attendu dans la population

en général (probablement entre 5 et 10 %). Ceci est cohérent avec les données épidémiologiques actuelles d'un peu partout dans le monde quant à l'augmentation de l'incidence de l'infection gonococcique chez les HRSH. Parmi les cas d'infection gonococcique chez les hommes, la proportion d'HRSH est beaucoup plus élevée dans la région de Montréal (71,1 %) que dans le reste du Québec (42,2 %)⁴³.

L'augmentation du nombre de cas de syphilis touchant essentiellement les HRSH est un autre indicateur du même phénomène.

1.2.4 *Les utilisateurs de drogues par injection (UDI) et les travailleurs et travailleuses du sexe*

Les UDI et les travailleurs et travailleuses du sexe constituent des populations particulièrement vulnérables :

- conditions de vie précaires non propices à l'adoption de comportements sécuritaires (préoccupations de « survie ») ;
- habitudes de vie propices à la transmission du VIH, du VHB et des autres ITS par les voies sexuelle et sanguine ;
- isolement social et répression ;
- populations le plus souvent à l'écart du réseau de la santé.

Une étude réalisée auprès de jeunes de la rue, de travailleurs et de travailleuses du sexe et de femmes en difficulté de la région de Québec a établi à 5,8 % la prévalence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* dans ces groupes. Cette étude a aussi démontré que l'utilisation de drogues par injection était associée à la présence de l'infection (OR 2,9 p : 0,003)⁴⁴. Des études récentes réalisées au Canada font état de prévalences beaucoup plus élevées (de 20 à 80 %), mais les groupes ciblés étaient petits^{45,46}.

1.2.5 *Les autochtones*

Au Québec, les autochtones ont jusqu'à maintenant été surtout touchés par les ITS comme l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*. L'environnement socioéconomique défavorable dans certaines communautés et leur isolement géographique créent un milieu propice à la transmission rapide d'une ITS une fois qu'elle est introduite dans la population. De plus, cet isolement relatif ne peut à lui seul empêcher l'apparition d'un agent pathogène, en raison des nombreux échanges entre les membres des communautés vivant en périphérie et ceux vivant en milieu urbain. Dans certaines circonstances, le contexte de communautés bien

43. Sylvie VENNE, *op. cit.*

44. M.D. ALARY et autres, *op. cit.*

45. R. TAM et autres, « Chlamydia infection in street youth: need for more aggressive screening programs », *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 1996, vol. 7, p. 49-52.

46. A.C. ROUGET et autres, « Prevalence of sexually transmitted diseases in juvenile prostitutes and street youth », *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 1994, vol. 5, p. 21-27.

définies peut faciliter une intervention préventive au sein de cette population. Il ne faut pas oublier qu'il existe un sous-groupe d'autochtones vivant en milieu urbain qui présente une très grande vulnérabilité aux ITS à cause de la marginalité, de la toxicomanie, et de la prostitution caractérisant ce sous-groupe. Dans la mesure où les ITS sont le plus souvent asymptomatiques, le relâchement des mesures préventives et de la surveillance pourrait créer une situation propice à leur éclosion.

1.2.6 *Les voyageurs*

Chaque année, environ 800 000 voyages par voie aérienne sont effectués par des Québécois, excluant les destinations au Canada et aux États-Unis. La modification des habitudes de vie, pour ce qui touche la consommation d'alcool, l'alimentation, les loisirs et le comportement sexuel, peut porter atteinte à la santé du voyageur. Le « tourisme sexuel » est une activité à risque qui semble assez répandue : « [...] *today's tourists assume the role formerly played by armies in spreading STDs* »⁴⁷. De plus, dans plusieurs pays en voie de développement, la prostitution est une activité économique illicite mais omniprésente. Le fait que dans ces pays, les ITS incluant le VIH, sont endémiques contribue à créer un contexte propice à la transmission de ces infections.

Le nombre d'infections au VIH ou de ITS contractées lors d'un voyage à l'étranger n'est pas connu. Toutefois, des analyses ponctuelles des cas d'infections à *Neisseria gonorrhoeae* résistante survenus dans les régions de Montréal, de Laval et de la Montérégie ont mis en évidence que le tourisme sexuel contribue de façon significative à l'incidence de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*⁴⁸.

1.3 Les déterminants de la santé et les facteurs de risque

Les principes sous-jacents de la transmission des ITS et de l'infection au VIH sont les mêmes que ceux qui régissent la transmission de l'ensemble des maladies infectieuses. L'agent infectieux, l'hôte et un lien spécifique entre les deux doivent être présents pour qu'il y ait transmission de l'infection. Les caractéristiques de l'hôte, de l'agent et de leur mode d'interaction sont donc autant de déterminants à considérer.

47. A. DE SCHRYVER et A. MEHEUS, *International travel and sexually transmitted diseases*, Rapport Trimestriel Statistiques Sanitaires Mondiales (World Health Statistics Quarterly), vol. 42, 1989, p. 90-99.

48. Sylvie VENNE et autres, *Rapport du groupe de travail sur les infections à Neisseria gonorrhoeae producteurs de pénicillinase sur les territoires des régions régionales de Laval, Montérégie et Montréal-Centre. 1990-1992*, directions régionales de santé publique de Laval, Montérégie et Montréal Centre, 1994.

1.3.1 *Les facteurs biologiques*

La susceptibilité aux maladies transmissibles sexuellement est influencée par des facteurs physiologiques relatifs à l'hôte, tels l'âge, le sexe, l'état de santé et l'immunité.

Par exemple, il est bien connu que les femmes présentent une plus grande susceptibilité que les hommes aux ITS et à leurs complications⁴⁹. Les infections sont plus souvent asymptomatiques chez la femme, ce qui peut contribuer au délai dans le diagnostic et le traitement et à l'apparition de complications. Les ITS se transmettent habituellement plus facilement de l'homme à la femme que l'inverse.

Les femmes plus jeunes sont aussi plus susceptibles de contracter certaines ITS, car chez elles, le col de l'utérus est plus sensible à certaines infections⁵⁰. En outre, comme pour les autres maladies infectieuses, la grossesse comporte un risque de transmission d'une infection de la mère au nouveau-né.

Enfin, d'autres facteurs biologiques doivent être pris en considération : il n'existe aucune immunité naturelle contre plusieurs ITS (ex. : infection à *Neisseria gonorrhoeae*, infection génitale à *Chlamydia trachomatis*), et la présence d'une ITS augmente le risque d'acquisition d'autres ITS. Par exemple, la présence d'un ulcère génital (herpès ou syphilis) ou d'une inflammation du col (infection à *Neisseria gonorrhoeae*, infection génitale à *Chlamydia trachomatis*) constitue une porte d'entrée pour le virus de l'immunodéficience humaine. D'autre part, l'immunodéficience causée par le VIH augmente le risque qu'apparaissent des manifestations plus graves des autres ITS comme l'herpès et les condylomes, et diminue la réponse aux traitements classiques des ITS.

1.3.2 *Les facteurs liés aux comportements et aux habitudes de vie*

Les comportements qui favorisent le contact entre les sécrétions génitales d'une personne infectée et les muqueuses d'une autre personne constituent indéniablement un déterminant de l'infection par une ITS. Plus ces comportements sont fréquents et plus la probabilité qu'un partenaire soit infecté est élevée, plus le risque augmente. Le risque est cependant diminué par l'utilisation de « méthodes barrières » comme le condom et par une gestion saine de sa sexualité (choix d'avoir une activité sexuelle, choix du partenaire, capacité de dire « non », etc.).

Plusieurs modèles comportementaux issus de la recherche sociale sont proposés pour expliquer les facteurs qui déterminent l'adoption et le maintien de comportements sexuels sécuritaires. Ils ont en commun la complexité et la multiplicité des déterminants retenus : la perception du risque, les attitudes par rapport à la maladie et les comportements souhaités, la perception de l'efficacité des mesures proposées, la perception des normes sociales, la perception de sa capacité de contrôle sur le

49. R. THOMAS ENG et W.T. BUTLER, *The Hidden Epidemic, Chapter 4, Prevention of STDs*, Institute of medicine, Division of health promotion and disease prevention, Committee on prevention and control of sexually transmitted diseases, editors National Academy Press, 1997, 432 p.

50. *Ibid.*

comportement à adopter ou à éviter, l'expérience antérieure, la priorité accordée au problème par rapport à l'ensemble de sa situation, l'estime de soi, la présence de solutions de remplacement, sont tous des éléments pouvant influencer l'adoption et le maintien d'un comportement.

D'autre part, certaines ITS sont aussi transmissibles par le sang, et certaines habitudes de vie favorisent leur transmission, principalement le partage de matériel d'injection chez les UDI. Les habitudes de travail peuvent aussi constituer un déterminant, quoique de moindre importance, dans la transmission de ces infections.

L'inobservance des précautions universelles constitue un facteur de risque connu pour les travailleurs de la santé. Les mêmes déterminants comportementaux influencent l'adoption d'une consommation plus sécuritaire de drogues illicites et l'adoption de méthodes sécuritaires de travail.

La consommation d'alcool, surtout chez les jeunes, constitue un facteur de risque dans la mesure où elle diminue le contrôle de l'individu sur son comportement.

1.3.3 Les facteurs liés à l'environnement bio-physico-chimique

Certaines caractéristiques des agents pathogènes des ITS favorisent leur propagation et leur maintien dans une population :

- certaines ITS se transmettent facilement, par simple contact (ex. : herpès, condylomes) ;
- les manifestations cliniques de la plupart des ITS sont souvent très discrètes, voire absentes ; cette caractéristique retarde le diagnostic et le traitement et ne favorise pas la reconnaissance d'un partenaire infecté ;
- l'incubation des ITS est souvent longue (ex. : VHB).

D'autres caractéristiques freinent la propagation des ITS dans une certaine mesure :

- certaines ITS se transmettent plus difficilement que d'autres (ex. : VIH) ;
- les agents responsables des ITS ne survivent pas facilement dans l'environnement ; elles ne se transmettent donc pas par voie aérienne, respiratoire ou entérique ;
- l'homme est le seul hôte des agents responsables des ITS ; elles ne sont donc pas transmises par les animaux ou les insectes ;
- des traitements (pour certaines ITS) peuvent éliminer l'agent pathogène chez la personne infectée et interrompre la chaîne de transmission.

1.3.4 Les facteurs liés à l'environnement social

Les milieux surpeuplés, isolés géographiquement ou marginalisés sont en général propices à la promiscuité ou rendent plus difficile l'implantation de mesures de prévention. De tels milieux facilitent la transmission des ITS (ex. : milieu carcéral, rue).

D'autre part, les tabous et les préjugés entourant la sexualité et la toxicomanie ainsi que l'homophobie sont des facteurs sociaux répandus qui constituent des barrières importantes pour la prévention des ITS et de l'infection au VIH. Des attitudes discriminatoires envers les personnes vulnérables ont des effets non seulement sur les personnes vulnérables (faible estime de soi, retrait social, méfiance, secret), mais aussi sur l'ensemble de la communauté (résistance à l'implantation de programmes préventifs, résistance à l'investissement de ressources, répression, etc.). Ces éléments agissent donc à deux niveaux pour contribuer à la propagation des ITS et de l'infection au VIH :

- les personnes vulnérables se sentent moins motivées, moins compétentes et peu soutenues quant il s'agit d'adopter et de maintenir des comportements sécuritaires ;
- la communauté est moins favorable à la santé de l'ensemble de sa population.

1.3.5 Les facteurs liés à l'organisation du système de soins et de services

La diminution importante de l'incidence des ITS bactériennes au cours des dernières décennies est, selon l'avis de nombre d'experts, en grande partie attribuable à l'amélioration des techniques de diagnostic et de dépistage, ainsi qu'à l'amélioration de l'efficacité des traitements. L'accessibilité à des services de dépistage, de diagnostic et de traitement précoces, prévient en grande partie les complications potentielles des ITS.

L'apparition et la persistance d'une épidémie sont influencées par la durée de la contagiosité des personnes infectées. Plus le traitement est précoce et plus l'infection est guérie rapidement, moins la personne infectée risque de transmettre son infection à d'autres. L'intervention préventive auprès des partenaires sexuels des personnes infectées et leur traitement précoce poursuivent le même but. Il s'agit d'interrompre la chaîne de transmission.

L'accessibilité à des mesures de prévention primaire comme la vaccination demeure un facteur dont l'influence bénéfique importante a déjà été démontrée. Pour l'instant, la seule ITS qui fait l'objet d'une telle stratégie est l'hépatite B.

1.4 Le cycle de transmission des ITS⁵¹

Progression d'une maladie transmissible sexuellement

Le taux de progression d'une maladie transmissible sexuellement dans une population est déterminé par trois facteurs :

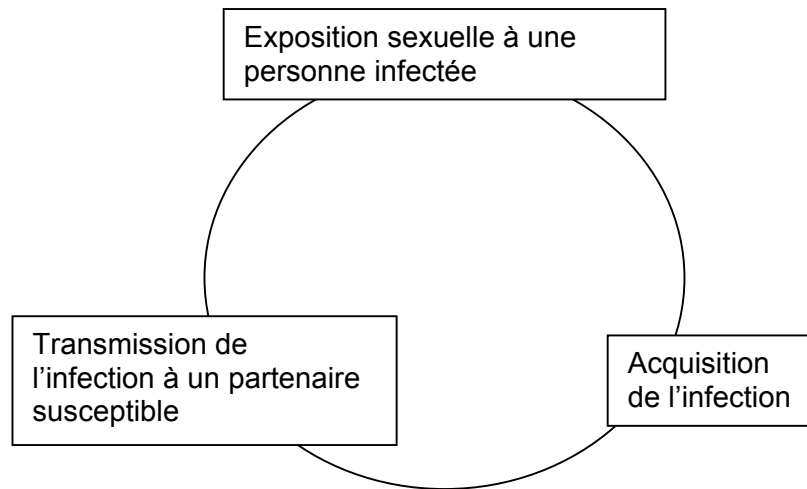
- le taux d'exposition des personnes susceptibles à des personnes infectées ;
- la probabilité qu'une personne exposée susceptible acquière l'infection ;
- la durée moyenne durant laquelle une personne nouvellement infectée demeure infectieuse et peut transmettre son infection à une autre personne.

51. R. THOMAS ENG et W.T. BUTLER, *Ibid.*

Modèle du cycle de transmission d'une ITS

On peut représenter de la façon suivante le cycle de transmission d'une maladie transmissible sexuellement.

Figure 6
Cycle de transmission d'une ITS



Source : INSTITUTE OF MEDECINE, *The Hidden Epidemic*, chapitre 4, « Prevention of STDs », Committee on Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases, 1997, p. 119.

Représentation par un modèle mathématique

La transmission des ITS dans une population peut aussi être représentée par le modèle mathématique suivant⁵² : $R_0 = \beta c D$.

Dans ce modèle,

R_0 = nombre moyen de cas secondaires à un nouveau cas,

c = taux moyen de changement de partenaires sexuels dans une population,

β = probabilité moyenne de transmission de l'infection par exposition,

D = durée moyenne de la contagiosité des personnes nouvellement infectées.

52. R. THOMAS ENG et W.T. BUTLER, *Ibid.*

Plus le nombre moyen de cas secondaires à un nouveau cas (R_0) est élevé, plus l'infection devient endémique. Par contre, il est facile de concevoir que, si R_0 est inférieur à un, l'infection demeure sous contrôle et peut même être progressivement éliminée.

Le taux de changement de partenaires dans une population et les caractéristiques des réseaux de partenaires sexuels (pattern of partner mixing) influencent beaucoup la transmission des ITS.

- Les individus qui changent de partenaires très souvent (core group ou noyau de transmetteurs), même s'ils sont peu nombreux par rapport à l'ensemble de la population, peuvent générer à eux seuls un nombre très élevé de cas secondaires et ainsi maintenir la présence de l'infection dans la population ($R_0 > 1$).
- De plus, des modèles mathématiques démontrent que les caractéristiques des réseaux de partenaires sexuels sont d'importants déterminants du taux de transmission des ITS. Par exemple, l'infection va circuler très rapidement à l'intérieur des réseaux sexuels « denses » où quelques individus ont des relations sexuelles avec de nombreux partenaires, lesquels peuvent aussi avoir plusieurs partenaires. Un grand nombre de liens sexuels peuvent être créés en peu de temps.

Un des défis de la lutte contre les ITS consiste à mettre au point des stratégies efficaces pour rejoindre les individus qui ont un nombre très élevé de partenaires sexuels et font partie de réseaux sexuels denses, et les amener à adopter des comportements plus sécuritaires.

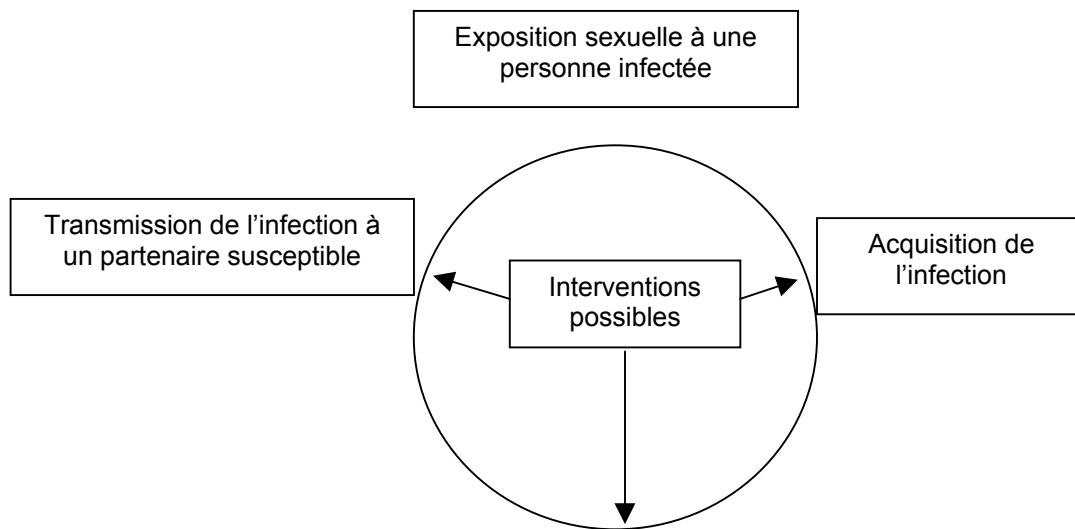
Dans cette perspective, un programme de prévention soutenu pourrait éliminer une infection (ITS) dans une population, en ciblant et en intensifiant les interventions auprès des individus ou des réseaux sociaux présentant les plus hauts taux de transmission (Anderson, 1991).

Le modèle du cycle de transmission des ITS et la représentation par un modèle mathématique permettent d'établir des objectifs précis pour l'intervention préventive :

- la réduction du taux d'exposition à une ITS ;
- la réduction de l'efficacité de la transmission durant une exposition ;
- la réduction de la durée de l'infectiosité d'une ITS.

Figure 7

Cycle de transmission d'une ITS : intervention préventive



2 STRATÉGIES DE PRÉVENTION

2.1 Les niveaux d'intervention

En santé publique, il est généralement admis que les interventions de prévention possibles se situent à trois niveaux : la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

La prévention primaire se définit comme toute mesure permettant d'empêcher l'apparition des problèmes (ITS) (action en amont). La prévention secondaire consiste en toute mesure visant à détecter les ITS le plus tôt possible. La prévention tertiaire renvoie à toute mesure visant à traiter l'infection pour l'enrayer afin d'éviter la transmission et les complications⁵³.

La prévention primaire des ITS doit encourager : le report de l'activité sexuelle, l'adoption de comportements sexuels à risque réduit et la vaccination. C'est par la détection, le traitement de la maladie et la notification aux partenaires que s'effectuent la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

2.2 Les objectifs visés

Rappelons que le taux de progression des ITS est déterminé par trois facteurs⁵⁴:

- 1) le taux moyen d'exposition des personnes ayant une plus grande susceptibilité à des personnes infectées ;
- 2) la probabilité moyenne qu'une personne exposée et ayant une plus grande susceptibilité contracte l'infection (l'efficacité moyenne de la transmission) ;
- 3) la durée moyenne durant laquelle une personne récemment infectée demeure infectieuse et peut transmettre l'infection à une autre personne.

Les interventions qui peuvent prévenir la propagation des ITS dans une population doivent viser à :

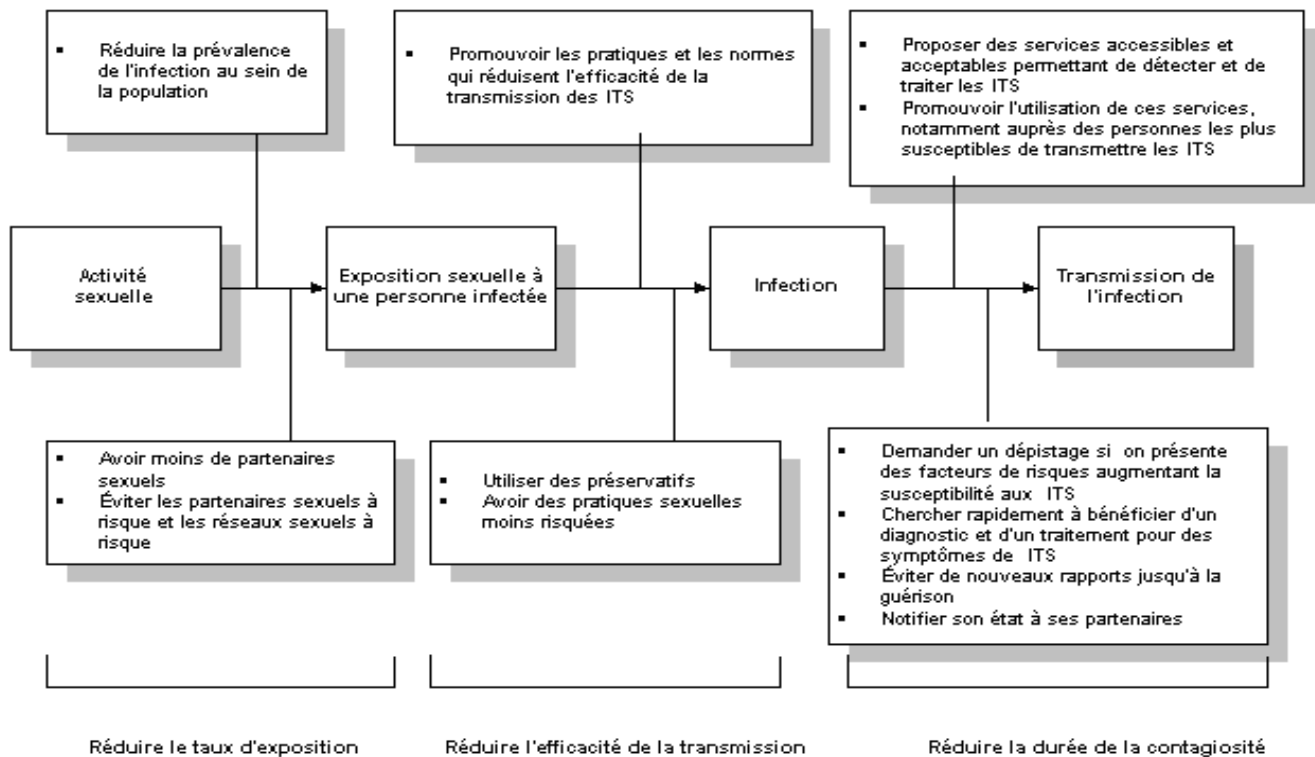
- réduire le taux d'exposition aux ITS par une diminution du nombre de partenaires sexuels ;
- diminuer l'efficacité de la transmission durant une exposition ;
- réduire la durée de l'infectiosité des ITS.

53. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS, Orientations 2000-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 36 p.

54. R. THOMAS ENG et W.T. BUTLER, *Ibid.*

Plusieurs rôles et responsabilités peuvent être partagés dans la prévention des ITS. Le modèle suivant, inspiré de AIDSCAP⁵⁵, *La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. Un manuel pour l'élaboration et la gestion des programmes* propose une grande variété de rôles et de responsabilités individuels et collectifs en matière de prévention des ITS.

Figure 8
Interventions de prévention des ITS



Référence : Adapté de Dallabetta, Gina ; Laga, Marie ; Lamptey, Peter, *La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles : un manuel pour l'élaboration et la gestion des programmes*.

55. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, AIDSCAP Project, *La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. Un manuel pour l'élaboration et la gestion des programmes*, éditions Dallabetta, Gina, Laga Marie, Lamptey Peter.

Comme il n'a pas encore été prouvé que le traitement permettait de diminuer la période de contagiosité pour toutes les ITS, les interventions sont concentrées pour le moment sur la réduction du taux d'exposition et la diminution de l'efficacité de la transmission. En ce qui concerne les ITS curables, les interventions visent également à réduire la durée de la contagiosité.

On peut atteindre ces buts par une approche multifactorielle qui intègre des interventions comportementales et biomédicales.

2.3 Les interventions comportementales

Des modèles de prédiction tentent de définir les déterminants intervenant dans la décision des individus d'adopter ou de ne pas adopter un comportement préventif complexe. Plusieurs modèles ont été proposés, dans le domaine des comportements liés à la santé, les principaux modèles utilisés sont les suivants ⁵⁶ :

- le modèle fondé sur les croyances relatives à la santé (accent mis sur la perception d'une menace pour la santé) ;
- la théorie sociale cognitive (accent mis sur la croyance en ses capacités) ;
- la théorie des comportements interpersonnels (accent mis sur la complémentarité de l'intention et de l'habitude) ;
- la théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié (accent mis sur l'attitude à l'égard du comportement, sur l'importance accordée à l'opinion des gens considérés comme importants et sur la perception qu'a l'individu de son contrôle sur le comportement).

De ces modèles, on peut retenir que, pour modifier les comportements qui font d'un individu une personne à risque, il faut agir sur les grands déterminants de ces comportements, soit :

La perception du risque

Les changements de comportements seront plus facilités si l'individu se perçoit comme une personne dont les risques de contracter une ITS sont plus élevés et si le comportement souhaité (l'action à entreprendre) diminue efficacement le risque d'infection.

La perception du contrôle sur son comportement

L'évaluation que fait un individu de sa capacité d'adopter ou non un comportement en tenant compte des opportunités, des ressources et habiletés requises détermine la somme des efforts qu'il est prêt à fournir pour adopter ou maintenir un comportement, et ce, malgré les difficultés sur lesquelles il butera inévitablement.

56. Gaston GODIN, Les fondements psychosociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé. La promotion de la santé : concepts et stratégies d'action, gouvernement du Québec, éditions Santé et société, coll. « Promotion de la santé », vol. 2, 1990, p. 5-25.

Les normes sociales

L'importance qu'une personne accorde à l'opinion de certaines personnes ou de groupes de personnes détermine sa motivation à se conformer à l'opinion de ces personnes ou groupes de personnes.

La croyance en ses capacités (efficacité personnelle)

Les personnes animées d'une forte croyance en leurs capacités (réussir à adopter le comportement souhaité pour obtenir les résultats voulus) réussissent dans une plus grande proportion à adopter ou à maintenir le comportement désiré que celles qui sont moins convaincues de leurs capacités.

Finalement, tous les efforts visant à réduire le risque de contracter une ITS impliquent le consentement mutuel de deux personnes. Cette démarche est fondée sur la communication concernant les attentes, l'importance des actions préventives et la compréhension du plaisir sexuel de chacun des partenaires.

2.4 Les interventions biomédicales

Plusieurs interventions biomédicales dont l'efficacité est reconnue permettent aussi d'arrêter le cycle de transmission des ITS. Ce sont la vaccination (prévention primaire), la détection précoce des personnes infectées, le traitement adéquat des individus atteints de maladies transmissibles et l'intervention préventive auprès des partenaires sexuels de personnes infectées par une ITS (IPP) (préventions secondaire et tertiaire).

Afin de favoriser une utilisation optimale des services de dépistage, de diagnostic, de traitement et d'intervention préventive auprès des partenaires sexuels, des lignes directrices sont définies et diffusées périodiquement.

2.4.1 La vaccination

Dans le cas de nombreuses maladies infectieuses, la vaccination constitue la principale activité de prévention primaire. Parmi les ITS, seule l'infection au VHB peut actuellement être prévenue par la vaccination. Ce vaccin est maintenant intégré au calendrier régulier d'immunisation et est actuellement offert à tous les enfants de la quatrième année du primaire. En vertu d'une directive ministérielle, le vaccin est offert gratuitement aux personnes ayant un risque élevé de contracter infection. En 1999-2000 et 2000-2001, la vaccination fut offerte en milieu scolaire aux jeunes de 18 ans ou moins qui n'avaient pas été vaccinés en quatrième année. Cette opération de rattrapage avait pour but d'offrir la vaccination à tous les jeunes de 9 à 18 ans.

2.4.2 La détection des ITS

La détection des ITS est une stratégie de contrôle de ces maladies dont l'importance n'est plus à démontrer. Précisons que cette notion englobe deux catégories d'activités distinctes, soit celles liées au diagnostic des personnes qui présentent des symptômes et celles axées sur la détection de la maladie chez les individus asymptomatiques ; cette deuxième catégorie est associée au concept de dépistage⁵⁷.

Le dépistage des ITS

Actuellement, plusieurs éléments nous portent à croire que les tests de détection des ITS ne sont pas utilisés de façon optimale :

- 1) Les lignes directrices concernant le dépistage sont basées sur les études épidémiologiques réalisées au cours des années 80, lesquelles ne reflètent plus l'épidémiologie actuelle des ITS : une mise à jour est nécessaire.
- 2) Certaines études ont démontré que les tests de détection sont souvent effectués sans indication.
- 3) Très souvent, les populations les plus vulnérables ne sont pas rejointes par les interventions de dépistage.
- 4) Le très faible taux de résultats positifs pour les tests de détection des ITS témoigne de leur utilisation non optimale (moins de 4 % pour l'infection à *Chlamydia trachomatis* et moins de 1 % pour l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*).

Dans cette perspective, trois recommandations relatives aux directives de dépistage des ITS ont été émises par le Comité consultatif sur les ITS en avril 1999⁵⁸.

Première recommandation :

Respecter certains principes de base dans le dépistage de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* (voir l'annexe 2).

Deuxième recommandation :

Favoriser l'utilisation des techniques les plus performantes dans la détection de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* au Québec (voir l'annexe 2).

Troisième recommandation :

Concevoir et implanter des activités de dépistage des ITS adaptées aux besoins des populations vulnérables et à risque très élevé, incluant l'utilisation de techniques moins invasives (voir l'annexe 2).

57. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Série de cahiers thématiques, Maladies transmissibles sexuellement*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 1993, p. 8.

58. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Recommandations du Comité consultatif sur les MTS quant aux directives de dépistage des MTS des Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, Québec, Centre québécois de coordination sur le sida, ministère de la Santé et des Services sociaux, édition 1998, 1999, 14 p.

À propos des populations vulnérables, il est important de se rappeler que l'on doit saisir toutes les occasions de dépister les personnes ayant un risque plus élevé de contracter une ITS au moment où celles-ci sont disposées à passer des tests. Le fait de reporter le dépistage pourrait nous faire rater des opportunités de dépister des personnes qui, en plus d'avoir eu un contact à risque récent, ont d'autres facteurs de risques pour les ITS. En effet, la présence de facteurs de risque n'est souvent pas recherchée par le professionnel de la santé consulté, ni divulguée d'emblée par la personne qui consulte. Toutefois, lorsqu'un prélèvement s'avère négatif, les intervenants ITS ainsi que les patients doivent être sensibilisés à la possibilité d'un résultat faussement négatif.

2.4.3 Le traitement des ITS

L'administration d'un traitement curatif adéquat constitue un excellent moyen de freiner la propagation des ITS. C'est pourquoi tout programme de contrôle des ITS doit inclure des interventions visant à faciliter leur traitement⁵⁹.

La découverte de nouveaux médicaments efficaces contre les ITS bactériennes et contre celles causées par des protozoaires ou des parasites, contribue sans aucun doute à réduire leur propagation et les complications qui pourraient en résulter. Le traitement à dose unique de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* simplifie l'administration de la médication, permet une meilleure observance thérapeutique et facilite le traitement des partenaires sexuels.

Au Québec, un Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS⁶⁰ est implanté depuis avril 1992. En vertu de ce programme, non seulement le traitement des personnes atteintes d'une ITS est-il gratuit, mais aussi celui de leurs partenaires sexuels. Ce programme a été maintenu même après l'adoption du régime provincial d'assurance médicaments en 1997.

Les traitements actuellement disponibles contre les ITS virales peuvent diminuer les symptômes, mais ils ne peuvent éradiquer ces micro-organismes. Néanmoins, certains traitements permettent de réduire la réplication virale et, éventuellement, la transmission de l'infection (ex. : infection au VIH, herpès génital, infection par le virus de l'hépatite B).

2.4.4 L'intervention préventive auprès des partenaires sexuels (IPP)

L'intervention préventive auprès des partenaires fait référence à un ensemble d'activités qui visent à rejoindre tous les partenaires sexuels d'une personne infectée par une ITS, afin que ceux-ci :

- soient informés de leur exposition ;

59. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Série de cahiers thématiques, Maladies transmissibles sexuellement*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 1993, p. 9.

60. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 1992.

- reçoivent les conseils préventifs pertinents sur les moyens de diminuer le risque de transmettre la maladie ou de se réinfecter ;
- puissent être évalués et traités adéquatement.

L'intervention préventive auprès des partenaires sexuels (IPP) fait donc référence à toute une gamme de services de santé publique, comportant des aspects de prévention et de traitement, ainsi que de promotion des comportements sécuritaires, offerts aux partenaires sexuels d'une personne infectée par une ITS.

Bien que le terme notification aux partenaires couramment utilisé fasse aussi référence à l'ensemble de ces activités, la nouvelle nomenclature met une emphase particulière sur cet aspect multidimensionnel de l'intervention. C'est pourquoi il apparaît plus représentatif d'utiliser le terme « intervention préventive auprès des partenaires sexuels ».

L'intervention préventive auprès des partenaires sexuels est constituée **de deux volets distincts**.

1) **La notification aux partenaires**, qui vise :

- la sensibilisation de la personne infectée à l'importance de l'intervention préventive auprès de ses partenaires ;
- l'identification des partenaires devant être rejoints ;
- le soutien de la personne infectée dans sa démarche pour aviser ses partenaires ;
- le développement d'une entente entre la personne infectée et le professionnel de la santé publique pour aviser les partenaires de leur exposition et réaliser l'intervention préventive auprès de ceux-ci (approche négociée).

2) **L'intervention préventive auprès des partenaires sexuels en elle-même**, visant à offrir à ceux-ci :

- des conseils préventifs en matière de santé sexuelle sur les moyens de diminuer le risque de transmettre l'infection ou de la contracter de nouveau ;
- une référence vers les ressources appropriées pour une évaluation et un traitement de l'ITS en cause ;
- la vaccination gratuite contre l'hépatite B, et contre l'hépatite A si indiquée.

Il est important de noter que l'IPP permet d'offrir des conseils préventifs en matière d'ITS et de VIH à des personnes ayant un risque élevé de contracter et de transmettre des ITS. Certaines études tendent à démontrer que, en raison du contexte, ces personnes sont à ce moment précis plus réceptives à des messages de prévention.

L'IPP rejoint les grands objectifs d'un programme de lutte contre les ITS, soit éviter la réinfection du cas, interrompre la transmission de l'infection dans la communauté et prévenir l'apparition de séquelles liées à ces infections.

La pertinence de cette intervention est reconnue par plusieurs organismes du domaine de la santé publique (OMS, CDC, LLCM) depuis de nombreuses années. De plus, cette activité constitue une stratégie centrale dans les programmes de contrôle des ITS de plusieurs pays depuis plus de 50 ans.

En 2000, le Comité consultatif sur les ITS (CCITS) a recommandé⁶¹ qu'au Québec l'intervention préventive auprès des partenaires sexuels de personnes infectées par une ITS soit intégrée dans les stratégies de lutte contre les ITS.

Par ailleurs, l'intervention préventive auprès des partenaires est d'une importance particulière dans certains situations spécifiques qui ont été identifiées par le CCITS et reprises dans le cadre du Programme provincial d'intervention préventive auprès des partenaires sexuels de personnes infectées par une ITS⁶². Celles-ci ont été ciblées en fonction de l'épidémiologie et de la nature de l'infection ainsi que des caractéristiques des personnes infectées ou de celles de leurs partenaires.

Étant donné sa pertinence et son apport important au Québec, l'intervention préventive auprès des partenaires sexuels est une stratégie de prévention prioritaire pour les situations suivantes :

- l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* ;
- la syphilis infectieuse ;
- le chancre mou ;
- le lymphogranulome vénérien ;
- le granulome inguinal ;
- l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* survenant chez les personnes suivantes :
 - les jeunes âgés de 19 ans et moins ;
 - les personnes présentant des ITS à répétition ;
 - les femmes ayant eu plus d'une interruption volontaire de grossesse ;
 - les femmes ayant une affection inflammatoire pelvienne ;
 - les femmes enceintes et les hommes dont la partenaire est enceinte ;
 - les personnes ayant de multiples partenaires⁶³ ;
 - les personnes ayant des partenaires difficiles à rejoindre.

En raison de la nécessité d'offrir un encadrement plus soutenu à ces personnes, il a été proposé par le CCITS **que des services de soutien en intervention préventive auprès des partenaires sexuels soient consolidés ou développés dans l'ensemble des régions du Québec.**

Les expériences décrites dans la littérature démontrent la pertinence et l'apport important d'un service de soutien en intervention préventive auprès des partenaires. Il ressort de ces études, qu'une proportion significative de partenaires, variant entre 30 et 40 %, et allant même jusqu'à 80 % pour les partenaires d'aventures, ne sont pas informés de leur exposition par la personne infectée. Les médecins traitants, pour diverses raisons, n'encadrent pas toujours suffisamment leurs patients dans leur démarche pour aviser leurs partenaires. De plus, souvent ils se préoccupent uniquement du partenaire régulier ou actuel.

61. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Comité consultatif sur les MTS, *Notification aux partenaires des personnes atteintes d'une MTS : État de situation et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2000.

62. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme provincial d'intervention préventive auprès des partenaires sexuels de personnes infectées par une ITS*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

63. Aux fins du présent document, on considère la définition suivante : avoir eu plus de deux partenaires au cours des deux derniers mois ou avoir eu plus de cinq partenaires au cours de la dernière année.

Un projet pilote d'envergure réalisé dans les régions de Montréal-centre et de Laval⁶⁴ de 1993 à 1997, et qui avait pour but d'implanter et d'évaluer un service de soutien à l'IPP, est venu appuyer certains constats décrits dans la littérature :

Du point de vue de l'**acceptabilité** :

- la majorité des médecins adhéraient aux objectifs de l'IPP ;
- la majorité des personnes infectées acceptaient de passer une entrevue et d'établir une entente d'intervention préventive auprès des partenaires avec le professionnel de la santé publique ;
- les partenaires appréciaient qu'on se préoccupe d'eux.

Du point de vue de la **faisabilité**, ce projet pilote a permis de démontrer que, malgré diverses contraintes, la mise sur pied et le maintien d'un service de soutien à l'IPP sont réalisables, et ce, dans le respect des règles relatives à la confidentialité et du caractère particulier de la relation établie entre le médecin et son client.

Du point de vue de l'**efficacité**, le nombre de partenaires rejoints, évalués et traités grâce à la contribution d'un service de soutien à l'IPP constitue un indicateur important des effets de cette intervention. Un service de soutien permet d'aviser un plus grand nombre de partenaires qu'on ne peut le faire en ayant recours à l'intervention habituelle, menée exclusivement par le médecin traitant et son patient.

Cette démarche est d'autant plus importante qu'un certain nombre des personnes rejointes par le service de soutien font partie de groupes de la population particulièrement à risque (« noyaux de transmetteurs ») ayant peu de contacts avec le réseau de la santé, recourant peu aux tests de dépistage et jouant un rôle important dans la transmission des ITS.

On peut aussi penser que la mise sur pied d'un service de soutien dans une région aura un effet d'entraînement parce qu'un tel service sensibilise les médecins traitants, ainsi que la population, à l'importance de l'IPP.

En tout temps, le médecin traitant et le cas index constituent les acteurs principaux dans la démarche pour aviser les partenaires sexuels. Ainsi, plusieurs interventions devraient demeurer sous la responsabilité exclusive de ces acteurs. Dans la mise sur pied d'un service de soutien à l'IPP, il faut avant tout miser sur la complémentarité des divers acteurs concernés, et orienter davantage les efforts vers les situations jugées prioritaires.

Comme défini dans le cadre du Programme provincial d'intervention préventive auprès des partenaires sexuels de personnes infectées par une ITS, le service de soutien sera sollicitée de façon différente, en fonction de l'information disponible lors de la déclaration de l'ITS prioritaire. Ainsi, le professionnel de ce service doit :

64. G. LAMBERT et autres, *Évaluation d'un service de soutien à la notification aux partenaires de personnes atteintes d'une maladie transmissible sexuellement (MTS)*, régies régionales et des services sociaux de Montréal-Centre et Laval, juin 1998.

- pour les cas prioritaires pour une intervention préventive par la santé publique pouvant être identifiés lors de la déclaration, le professionnel du service doit d'emblée amorcer les démarches en vue d'une offre de soutien à la personne infectée ;
- pour les autres cas prioritaires pour lesquels les renseignements disponibles lors de la déclaration ne permettent pas de connaître la présence de facteurs de risque ou de vulnérabilités, le service répondra à une demande provenant du médecin traitant.

Dans la mise en place de ces services, il est aussi important de se rappeler que les activités d'IPP repose principalement sur les **principes** suivants :

- la confidentialité de l'information recueillie, sur les personnes infectées par une ITS et leurs partenaires ;
- la participation volontaire à la démarche d'IPP, sans coercition et sans préjudice pour les personnes atteintes d'une ITS et leurs partenaires ;
- le respect de la relation de confiance établie entre le médecin et son client.

De plus, la réalisation de ces activités doit s'inscrire en conformité avec les valeurs et principes privilégiés dans le Programme national de santé publique.

Enfin, le service de soutien à l'intervention préventive auprès des partenaires doit être considéré comme **une des composantes d'un ensemble d'activités** concernant la prévention des ITS :

- il doit faire partie intégrante d'un programme global de santé publique et de prévention des ITS et du VIH-sida (éducation, dépistage, etc.) ;
- il doit être coordonné dans le contexte de soins de santé primaire et des autres activités de santé publique (diagnostic, accessibilité aux traitements, etc.).

Différentes approches ont été décrites pour la réalisation d'une intervention préventive auprès des partenaires. Au Québec, deux approches sont applicables :

- **l'approche dite passive**, selon laquelle le médecin traitant incite la personne infectée à aviser elle-même ses partenaires sexuels afin de les amener à se faire examiner et traiter ;
- **l'approche négociée**, selon laquelle, en fonction de la situation en cause ou la préférence de la personne infectée, un professionnel de la santé contacte un ou des partenaires ; ou c'est la personne infectée qui rejoint ses partenaires sexuels, grâce à l'encadrement offert par un professionnel de la santé.

Le choix de l'une ou l'autre des deux approches dépendra qu'il s'agit d'un cas prioritaire pour une intervention préventive par la santé publique ou d'un autre cas d'ITS.

Les cas priorisés par le CCITS pour une intervention préventive par la santé publique ont été ciblés car ils requièrent une attention particulière et un encadrement plus soutenu de la personne infectée dans le cadre de sa démarche auprès de ces partenaires. **C'est pourquoi, au Québec, l'approche négociée est recommandée pour tous les cas prioritaires pour une intervention préventive par la santé**

publique, tels que définis dans le Programme provincial d'intervention préventive auprès des partenaires sexuels de personnes infectées par une ITS⁶⁵.

Par contre, pour les autres cas d'ITS, l'approche dite passive peut être acceptable. Dans ces situations, l'approche négociée peut aussi être celle choisie, en fonction de priorités établies régionalement.

2.5 Les interventions préventives selon les populations visées et les milieux de vie

2.5.1 Les femmes enceintes et leurs nouveau-nés

La prévention de la transmission des ITS aux nouveau-nés est une préoccupation toujours présente. Le dépistage des ITS chez la femme enceinte, plus spécifiquement de l'hépatite B, et plus récemment celui de l'infection au VIH⁶⁶, sont des mesures dont la mise en place a débuté depuis quelques années et qui doivent être maintenues.

2.5.2 Le milieu scolaire

« Après la famille, l'école devient le milieu de vie le plus important où se prolonge le développement du jeune et l'acquisition d'habiletés personnelles et sociales. Aucune autre institution n'accueille une aussi large part de la jeune population, de façon quotidienne et pendant une aussi longue période de leur vie⁶⁷. »

Le milieu scolaire est devenu une avenue incontournable dans une approche de promotion de la santé. Dans une perspective de prévention des ITS et de l'infection au VIH, l'action « en amont du problème » doit avoir pour cadre le milieu de vie des jeunes, et ce, avant le début de leur activité sexuelle.

La réforme de l'éducation en cours d'implantation au primaire depuis septembre 2000 (cette réforme sera implantée au secondaire en septembre 2003) préconise une approche globale de l'éducation à la santé et au bien-être. L'éducation à la sexualité s'intègre tout à fait bien dans cette approche. Il importe que des thèmes tels que les relations amoureuses, l'affirmation de soi, l'identité et l'orientation sexuelles, la planification des naissances, les rapports entre les sexes, la valorisation du rôle du père et la responsabilisation des garçons en matière de relations sexuelles et amoureuses, de contraception et de prévention soient abordés, en plus des notions de base sur les ITS.

65. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme provincial d'intervention préventive auprès des partenaires sexuels de personnes infectées par une ITS*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

66. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'infection par le VIH et la grossesse. Programme d'intervention*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.

67. L. ARCHARD et S. VENNE, *Évaluation du degré de mise en œuvre du volet Éducation à la sexualité du programme FPS dans les écoles secondaires lavalloises. Abrégé du rapport d'études*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 1997, 104 p.

Le milieu scolaire est un milieu propice à la prévention primaire et secondaire. L'accessibilité sur place à des services complémentaires comme l'immunisation, le dépistage et le traitement des ITS, l'intervention préventive auprès des partenaires et la contraception est une stratégie qui a déjà démontré son efficacité. En effet, les jeunes, surtout ceux qui éprouvent des difficultés, sont peu enclins à consulter le réseau de la santé ; cependant, l'accès à une ressource bien implantée dans leur milieu de vie (ex. : infirmière d'une clinique jeunesse en milieu scolaire) facilite l'établissement d'un climat de confiance.

Dans un contexte où on doit faire face à une pénurie de ressources, il y a lieu de procéder à un examen des besoins du milieu et de se pencher sur le soutien et les changements nécessaires. Dans la perspective intégrée d'une école en santé, l'infirmière de CLSC demeure nécessaire pour assurer la mise en oeuvre des programmes, des services et des activités de prévention des ITS dans une démarche d'action concertée permettant la mise en place de services mieux intégrés.

2.5.3 Interventions auprès des personnes vulnérables

Les soins et les services de santé offerts aux personnes vulnérables constituent un facteur qui mérite une attention particulière. Autant dans la littérature mondiale que dans les rapports anecdotiques d'intervenants régionaux, il est reconnu que les personnes plus vulnérables (ex. : jeunes et femmes en difficulté, UDI, HRSH) sont aux prises avec des problèmes d'accessibilité aux soins et aux services de santé :

- les personnes plus vulnérables font souvent face à une discrimination qui les éloigne du réseau de la santé ;
- le mode de fonctionnement du réseau de la santé n'est souvent pas adapté à la réalité des personnes vulnérables (difficulté de respecter des rendez-vous, horaire trop rigide, encadrement trop serré, par exemple) ;
- les professionnels de la santé n'ont pas toujours acquis les compétences nécessaires pour intervenir efficacement auprès des personnes vulnérables ;
- le réseau de la santé a de la difficulté à appliquer une approche globale aux multiples problèmes sociaux et sanitaires des personnes très vulnérables.

Pourtant, ce sont ces personnes, de façon prioritaire et urgente, qui ont besoin de soins et de services de santé, non seulement en matière de prévention et de traitement des ITS, mais relativement à tous les autres problèmes sanitaires et sociaux auxquels elles sont confrontées. De plus en plus, des initiatives locales s'efforcent de trouver des approches novatrices pour mieux intervenir auprès de ces personnes. La mobilisation des organismes communautaires et une collaboration étroite avec le réseau de la santé sont des éléments qui favorisent l'accès à des soins et services de santé adaptés aux besoins des personnes vulnérables. Rejoindre les personnes vulnérables dans leur milieu de vie demeure un objectif prioritaire.

2.5.3.1 Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH)

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes constituent une population difficile à rejoindre, surtout en région. En effet, si le « Village gai » de Montréal est un milieu propice pour rejoindre une proportion importante des HRSH, on ne trouve pas de milieu semblable dans la majorité sinon la totalité des autres régions. La discrimination à laquelle les HRSH sont encore soumis est une barrière importante pour le regroupement et la visibilité de cette population.

La sensibilisation, l'information, l'accessibilité aux moyens de prévention existants (vaccination, condom, dépistage) demeurent des stratégies qui doivent être maintenues. Plus cette population sera acceptée et reconnue, plus elle sera facile à rejoindre, plus elle sera réceptive aux messages de prévention et plus elle sera motivée à s'engager dans une démarche de promotion de la santé.

2.5.3.2 Les utilisateurs de drogues par injection (UDI) et les travailleurs et travailleuses du sexe

Les utilisateurs de drogues par injection (UDI) et les travailleurs et travailleuses du sexe sont des catégories de personnes excessivement difficiles à rejoindre et qui, aux prises avec de multiples problèmes de tous ordres, ne peuvent et ne doivent pas faire l'objet d'une intervention ne ciblant qu'un seul de ces problèmes. Pour les travailleurs et les travailleuses du sexe, la dépendance économique, le pouvoir dominateur des clients, le goût du risque, la consommation de drogues, la réprobation juridique, morale et sociale sont des réalités qui limitent l'adoption de comportements sécuritaires au regard des ITS⁶⁸. Comme ces personnes peuvent difficilement être rejointes dans les milieux d'intervention habituels, de nouvelles stratégies d'intervention, comme le travail sur le terrain dans le milieu de vie même de ces groupes (ex. : projet CATWOMAN), devront être conçues au cours des prochaines années. L'approche « globale » auprès de ces groupes trouve ici tout son sens.

2.5.3.3 Les personnes ayant la rue comme milieu de vie

Si le milieu scolaire, les milieux de travail et le réseau de la santé rejoignent une forte proportion de la population ciblée par la prévention et la promotion de la santé, il demeure que des sous-populations ne sont rejointes par aucun de ces milieux. Des jeunes et des femmes en difficulté, des toxicomanes et des utilisateurs de drogues par injection n'ont pas de domicile fixe, ne fréquentent pas l'école, ne travaillent pas et ne consultent pas le réseau de la santé. Ces « jeunes de la rue », ces « itinérants » constituent pourtant une population extrêmement vulnérable dont les besoins sont multiples.

Comme ces personnes ne peuvent être rejointes dans les milieux d'intervention habituels, de nouvelles stratégies d'intervention ont été mises en œuvre cours des dernières années, notamment le travail sur le « terrain » dans le milieu de vie même de ces sous-populations, soit la rue ou les parcs, par exemple.

68. G. GODIN et autres, CATWOMAN, rapport d'évaluation, août 1999, 42 p.

2.5.3.4 Les personnes vivant en milieu carcéral

Le milieu carcéral possède certaines caractéristiques qui contribuent à le rendre propice à la transmission des ITS et de l'infection au VIH : milieu fermé généralement propice à la transmission des maladies infectieuses, population ayant des comportements et des habitudes de vie à risque, répression de la consommation de drogues et de l'activité sexuelle qui rend ces activités clandestines, donc moins susceptibles de faire l'objet d'interventions préventives. On observe que les services préventifs en milieu carcéral sont offerts de plus en plus fréquemment par des organisations du secteur privé. Cette réalité pourrait modifier la prestation des services préventifs et influencer sur la transmission des ITS dans le milieu carcéral.

2.5.3.5 Les autochtones

Les populations autochtones sont particulièrement touchées par les ITS. La pauvreté, la discrimination, la faible estime de soi, le suicide, l'abus de drogues et d'alcool ainsi que la toxicomanie observés au sein de ces populations sont des facteurs favorisant la transmission des ITS. Les interventions préventives auprès des populations autochtones seront efficaces dans la mesure où elles seront culturellement pertinentes et appropriées aux besoins des communautés⁶⁹.

2.6 La Stratégie québécoise de lutte contre les MTS⁷⁰. Orientations 2000-2002 en matière de prévention

À la suite de l'analyse qui vient d'être présentée, on constate que plusieurs rôles et responsabilités peuvent être partagés entre les différents acteurs engagés dans la prévention des ITS.

La Stratégie de lutte contre les ITS 2000-2002 propose aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de poursuivre et de consolider certaines stratégies en matière de prévention :

- favoriser l'adoption et le maintien de comportements sexuels sécuritaires ;
- assurer l'accessibilité aux services de :
 - dépistage ;
 - traitement ;

69. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *Le cercle de l'espoir, Effort, Solidarité, Prévention, Organisation, Intervention et Recherche*, 2000, 18 p.

70. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS. Orientations 2000-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 36 p.

- l'intervention préventive auprès des partenaires sexuels de personnes infectées par une ITS ;
 - vaccination préventive pour le VHB.
- rejoindre les jeunes et les populations vulnérables.

3 ASPECTS CLINIQUES

Parmi les ITS à déclaration obligatoire, on compte les maladies suivantes : l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* et la syphilis. Ces ITS et leurs conséquences demeurent toujours une préoccupation importante dans la pratique quotidienne. Il y a aussi les ITS rares telles le lymphogranulome vénérien (LGV), le granulome inguinal (GI) et le chancre mou ; notons qu'il n'est pas fréquent que le LGV et le GI causent des ulcérations génitales au Canada.

Dans les pages qui suivent, nous aborderons les manifestations cliniques des ITS, les méthodes de détection de ces maladies ainsi que les traitements qui y sont liés. Il faut se rappeler que, dans le cas de plusieurs ITS, la majorité des personnes ont une infection latente (asymptomatique). Il faut donc être vigilant afin de pouvoir reconnaître les patients à risque et effectuer les tests appropriés pour détecter ces maladies.

3.1 Les infections à *Chlamydia trachomatis*

3.1.1. Période d'incubation

Chez les malades présentant des symptômes, la période d'incubation varie entre deux et six semaines, mais elle peut être beaucoup plus longue.

3.1.2. Manifestations cliniques

Symptômes

- Femmes :
 - infection le plus souvent asymptomatique
 - écoulement génital
 - dysurie
 - douleurs abdominales basses
 - saignements vaginaux anormaux
 - dyspareunie profonde

- Hommes :
 - infection souvent asymptomatique
 - écoulement urétral
 - dysurie
 - sensation de picotement dans l'urètre
 - douleurs aux testicules (épididyme)

Syndromes associés ou manifestations de la maladie

- Nouveau-nés et nourrissons :
 - Conjonctivite chez les nouveau-nés
 - Pneumonie chez les nourrissons de moins de 6 mois

- Enfants :
 - urétrite
 - vaginite
 - rectite
 - conjonctivite
 - lymphogranulome vénérien

- Adolescents et adultes, femmes :
 - cervicite
 - atteinte inflammatoire pelvienne
 - urétrite
 - périhépatite

- Adolescents et adultes, hommes :
 - urétrite
 - épидidymite

- Adolescents et adultes, hommes et femmes :
 - rectite
 - conjonctivite
 - syndrome de Reiter
 - lymphogranulome vénérien

3.1.3 Complications⁷¹

Les infections dues à *Chlamydia trachomatis* peuvent causer des dommages graves, même chez les personnes asymptomatiques, et elles constituent un facteur de risque pour la transmission du VIH⁷². Les résultats de la prévention tertiaire sont décevants, les dommages n'étant réversibles que dans une faible proportion des cas, et à des coûts élevés. Le dépistage de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* réduit l'incidence des atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)⁷³. Le contrôle de cette infection diminue l'incidence des séquelles sur l'appareil reproducteur et des complications de la grossesse⁷⁴. Voici un sommaire des principales complications associées à cette infection.

71. RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE ET DE LAVAL, *Maladies transmissibles sexuellement. Guide de pratique*, avril 1995, 29 p.

72. S. HILLIS et J. WASSERHEIT, « Screening for Chlamydia, a key to the prevention of pelvic inflammatory disease », *New England Journal of Medicine*, vol. 334, 1996, p. 1399-1400.

73. D. SCHOLLES et A. STERGACHIS, « Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection », *New England Journal of Medicine*, vol. 334, 1996, p. 1363-1366.

74. R. HOWELL et autres, « Control of Chlamydia trachomatis infections in female army recruits : cost-effective screening and treatment in training cohorts to prevent pelvic inflammatory disease », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 26, n° 5, octobre 1999, p. 519-526.

- Femmes :
 - environ 20 % des femmes porteur d'une infection génitale à *C. trachomatis* développeront une AIP⁷⁵;
 - les infections génitales à *C. trachomatis* sont la cause la plus fréquente de l'infertilité⁷⁶. Dans environ 25 % des cas, l'AIP évolue vers une complication comme l'infertilité tubaire, la grossesse ectopique ou la douleur pelvienne chronique ;
 - l'AIP peut être associée à la dépression, à l'hystérectomie prématurée et à la péritonite extensive résultant de la rupture d'un abcès tubo-ovarien ;
 - conjonctivite chronique ;
 - syndrome de Reiter (urétrite, conjonctivite, arthrite).

- Hommes :
 - environ 70 % des épидидymites aiguës chez les hommes de moins de 35 ans actifs sexuellement sont causées par *C. trachomatis*⁷⁷;
 - 3 % des cas d'urétrites à *C. trachomatis* non traitées évoluent vers une épидидymite ;
 - syndrome de Reiter (urétrite, conjonctivite, arthrite) ;
 - conjonctivite chronique ;
 - infertilité (rare).

- Nouveau-nés :
 - 10 % des enfants nés d'une mère infectée développent une pneumonie interstitielle afébrile entre un et six mois après la naissance ;
 - de 25 à 50 % des enfants nés d'une mère infectée développent une conjonctivite entre une et trois semaines après la naissance.

3.1.4 Détection en laboratoire

La **culture** était traditionnellement considérée comme la méthode de choix pour le diagnostic en laboratoire de *C. trachomatis* (Ct). Toutefois, la culture est une technique coûteuse, difficile à standardiser, techniquement exigeante et qui doit être faite avec des organismes viables, ce qui limite son utilisation. Elle demeure cependant la méthode de choix pour les investigations à incidence médico-légale en raison de sa grande spécificité. Les prélèvements doivent être conservés de façon adéquate (milieu de transport adéquat, réfrigération pour un maximum de 24 heures ou congélation à -70°C).

Les nouveaux **tests d'amplification des acides nucléiques** (TAAN) sont plus sensibles que la culture, très spécifiques et n'ont pas à être faits avec des organismes viables. Les TAAN sont les seules épreuves fiables pour la détection de Ct à partir d'un prélèvement urinaire et sont donc plus acceptables pour les patients, en particulier pour les hommes asymptomatiques qui consultent pour un dépistage. Les TAAN conviennent dans le contexte médico-légal puisque aucune réaction croisée avec d'autres micro-

75. J. PAAVONEN et W. EGGERT-KRUSE, *Hum Reprod Update*, vol. 5, n° 5, p. 433-447.

76. S. GUASCHINO et F. DE SETA, « Update on Chlamydia trachomatis », *Annals of the New-York Academy Sciences*, vol. 900, 2000, p. 293-300.

77. K.K. HOLMES et autres, *Ibid.*, p. 410.

organismes n'a été mise en évidence. Il est cependant recommandé de confirmer un résultat initial positif par un autre TAAN utilisant des amorces différentes.

Les tests de détection des acides nucléiques sans amplification (p. ex. : GenProbePace) de même que les **techniques de détection des antigènes**, par immunofluorescence (IFD) ou par un procédé immunoenzymatique (EIA), associés à des tests de confirmation, peuvent aussi être utilisés pour la recherche de Ct. Ces techniques sont toutefois moins sensibles et ne sont pas recommandées à des fins médico-légales. De plus, elles ne sont pas indiquées pour l'analyse des prélèvements rectaux, nasopharyngés ou urinaires.

Les **épreuves sérologiques** sont rarement utiles pour le diagnostic des infections génitales à Ct, car les anticorps développés durant une infection antérieure sont difficiles à distinguer de ceux produits par l'infection présente. La détection d'IgM spécifiques par immunofluorescence peut être utile pour le diagnostic de la pneumonie chez les nourrissons de moins de 3 mois.

3.1.5 Sites de prélèvement de *C. trachomatis* chez une personne asymptomatique

Sites habituels		Autres sites possibles	Moment du prélèvement
Femme	Homme	Conjonctive, urètre ou urine (femme), vagin (femme hystérectomisée)	De façon générale, le dépistage doit être effectué sans égard au délai écoulé depuis la pratique sexuelle à risque (voir texte)
Endocol	Urètre, urine		

D'une façon générale, en présence de facteurs de risque pour l'infection à *C. trachomatis*, le dépistage de cette infection doit être effectué au moment de la consultation. Les personnes âgées de moins de 25 ans sont celles qui sont particulièrement visées par le dépistage. Le fait de reporter le dépistage pourrait nous faire rater des opportunités de dépister des personnes qui, en plus d'avoir eu un contact à risque récent, ont d'autres facteurs de risque pour les ITS. L'évaluation des facteurs de risque est d'ailleurs primordiale et elle permet, entre autres, de déterminer si des tests de dépistage autres que celui visant la détection de *C. trachomatis* doivent aussi être effectués. Par exemple, il peut être recommandé de procéder au dépistage de l'infection gonococcique ou de la syphilis selon les facteurs de risque décelés.

Lorsque des prélèvements s'avèrent négatifs, les professionnels de la santé ainsi que les patients doivent être sensibilisés à la possibilité d'un résultat faussement négatif. À titre d'exemples : en présence d'une personne ayant plusieurs facteurs de risque, s'il y a des raisons de douter de la qualité d'un prélèvement (prélèvement effectué moins d'une heure depuis la dernière miction) ou encore, si le prélèvement a été effectué peu de temps après une pratique sexuelle à risque. Dans ces situations ou selon le jugement clinique de l'intervenant, un autre prélèvement peut être repris ultérieurement. La probabilité de détecter une infection est probablement la plus élevée ou maximale

lorsque la multiplication des micro-organismes impliqués a eu le temps de se produire et de se rendre au-delà du cycle minimum d'infection. Pour l'infection à *C. trachomatis*, le cycle minimum d'infection *in vitro* est de 72 heures. Toutefois, le cycle minimum d'infection *in vivo* n'est pas documenté. Même si le seuil de détection de cette infection a été largement abaissé avec la venue des TAAN, on ne peut déterminer avec exactitude le nombre de cycles de multiplication requis pour atteindre le seuil de détection. **C'est pourquoi les données actuelles ne permettent pas de préciser le délai optimal entre une exposition et le prélèvement.**

En l'absence d'autres facteurs de risque que celui d'avoir été possiblement exposé à une ITS de manière ponctuelle, il peut être justifié d'appliquer un délai arbitraire de deux semaines entre ce type d'exposition et le dépistage. La personne doit être très fiable et disposée à reporter le moment du dépistage. L'exemple le plus fréquent d'exposition ponctuelle est la demande de dépistage venant d'une personne dont le seul facteur de risque est d'avoir un nouveau partenaire.

En résumé, il s'agit de saisir toutes les occasions de dépister les personnes ayant un risque de contracter une ITS lorsqu'elles sont disposées à passer des tests.

3.1.6 Traitement des infections urétrale, endocervicale, rectale et oculaire à *Chlamydia trachomatis*

Épididymite : voir la section 3.3
AIP : voir la section 3.4

Adultes et adolescents (pubères) :
(sauf les femmes enceintes et les mères qui allaitent)

Site	Traitement de choix	Alternatives
Infection non compliquée touchant : <ul style="list-style-type: none"> • l'urètre • l'endocol • le rectum • l'œil 	Azithromycine ⁽¹⁾ 1 g p.o. en une dose	Doxycycline ⁽²⁾ 100 mg p.o. bid pendant 7 jours ou Ofloxacin ⁽²⁾ 300 mg p.o. bid pendant 7 jours ou Érythromycine ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾ 2 g p.o. en doses fractionnées pendant 7 jours

Source : SANTÉ CANADA, *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, édition 1998, Direction générale de la protection de la santé, Division de la prévention et du contrôle des MTS.

Femmes enceintes et mères qui allaitent :

Site	Traitement de choix	Alternatives
Infection non compliquée touchant : <ul style="list-style-type: none"> • l'urètre • l'endocol • le rectum • l'œil 	Amoxicilline ⁽⁵⁾⁽⁶⁾ 500 mg p.o. tid pendant 7 jours ou Érythromycine ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾ 2 g en doses fractionnées pendant 7 jours	Azithromycine ⁽¹⁾⁽³⁾ 1 g p.o. en une dose

Source : SANTÉ CANADA, *Ibid.*

Nouveau-nés et nourrissons de moins de 1 mois :

Site	Traitement de choix	Alternatives
Infection non compliquée touchant : <ul style="list-style-type: none"> • l'œil • le nasopharynx • les poumons • le vagin • le rectum 	Durant la 1 ^{ère} semaine de vie : Nourrissons < 2 000 g : Érythromycine ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾ 20 mg/kg/jour p.o. en doses fractionnées Nourrissons ≥ 2 000 g : Érythromycine ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾ 30 mg/kg/jour p.o. en doses fractionnées ≥ 1 semaine et < 1 mois : Érythromycine ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾ 40 mg/kg/jour p.o. en doses fractionnées Les traitement énumérés ci-dessus devraient être administrés pendant au moins 14 jours	

Source : SANTÉ CANADA, *Ibid.*

Enfants de 1 mois ou plus mais de moins de 9 ans ou pesant moins de 45 kilogramme :

Site	Traitement de choix	Alternatives
Infection non compliquée touchant : <ul style="list-style-type: none"> • l'œil • le nasopharynx • les poumons • le vagin • le rectum 	Azithromycine ⁽¹⁾ 12 à 15 mg/kg (max. 1 g) p.o. en une dose ou Érythromycine ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾ 40 mg/kg/jour p.o. en doses fractionnées pendant 7 jours (max. 2 g par jour)	Sulfaméthoxazole ⁽⁵⁾ 75 mg/kg/jour en deux doses (max. 1 g p.o. bid) pendant 10 jours

Source : SANTÉ CANADA, *Ibid.*

Enfants de 9 ans ou plus:

Site	Traitement de choix	Alternatives
Infection non compliquée touchant : <ul style="list-style-type: none"> • l'urètre • l'endocol ou le vagin • le rectum • l'œil 	Azithromycine ⁽¹⁾ 12 à 15 mg/kg (max. 1 g) p.o. en une dose ou Doxycycline ⁽²⁾ 5 mg/kg/jour p.o. en deux doses (max. 100 mg bid) pendant 7 jours ou Tétracycline ⁽²⁾ , 40 mg/kg/jour p.o. en doses fractionnées (max. 500 mg p.o. qid) pendant 7 jours	Érythromycine ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾ 40 mg/kg/jour en doses fractionnées (max. 500 mg p.o. qid) pendant 7 jours ou Sulfaméthoxazole ⁽⁵⁾ 75 mg/kg/jour p.o. en deux doses (max. 1 g p.o. bid) pendant 10 jours

Source : SANTÉ CANADA, *Ibid.*

(1) Si vomissement plus d'une heure après l'administration, ne pas répéter la dose.

(2) Contre-indiqué chez la femme enceinte et les enfants prépubères.

(3) Les données concernant l'administration d'azithromycine durant la grossesse sont limitées, mais de nombreux experts jugent ce médicament sans danger dans ce contexte.

(4) Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules. En cas d'intolérance, diminuer de moitié la dose quotidienne et l'administrer pendant quatorze jours. L'estolate d'érythromycine est contre-indiqué pour la femme enceinte.

(5) On dispose de données limitées concernant l'efficacité de ce schéma thérapeutique.

(6) Un test de contrôle bactériologique est recommandé.

- (7) Une association entre l'administration orale d'érythromycine et la sténose du pylore a été rapportée chez les nourissons de moins de 6 semaines traités avec ce médicament. Il faut donc surveiller l'apparition de signes ou symptômes de sténose du pylore chez les nourissons traités avec l'érythromycine. Peu de données sont actuellement disponibles sur les alternatives d'autre traitements comme l'azythromycine. Il serait prudent et raisonnable de consulter un expert quand un traitement à l'érythromycine est envisagé chez un nourisson.

3.2 Les infections à *Neisseria gonorrhoeae*

3.2.1 Période d'incubation

Chez les personnes symptomatiques, la période d'incubation est habituellement de deux à sept jours. Plus de 50 % des hommes et des femmes porteurs de cette infection ne présentent aucun symptôme.

3.2.2 Manifestations cliniques

Symptômes

- Femmes :
 - écoulement vaginal
 - dysurie
 - saignements vaginaux anormaux
 - douleurs abdominales basses
 - dyspareunie profonde
 - douleur et écoulement au rectum (s'il s'agit d'une rectite)
- Hommes :
 - écoulement urétral
 - dysurie
 - prurit urétral
 - douleurs épидidymaires
 - douleur et écoulement au rectum (s'il s'agit d'une rectite)

Syndromes associés

- Enfants :
 - urérite
 - vaginite
 - conjonctivite
 - pharyngite
 - rectite
 - infection gonococcique disséminée

- Adolescents et adultes, femmes :
 - cervicite
 - atteinte inflammatoire pelvienne
 - urétrite
 - périhépatite
 - bartholinite
- Adolescents et adultes, hommes :
 - urétrite
 - épидidymite
- Adolescents et adultes, hommes et femmes :
 - pharyngite
 - conjonctivite
 - rectite
 - infection gonococcique disséminée : arthrite, dermatite, endocardite, méningite

3.2.3 Complications⁷⁸

Les complications rencontrées avec les infections gonococciques sont assez similaires à celles causées par *Chlamydia trachomatis*. Tout comme ces dernières, les infections gonococciques peuvent causer des dommages graves et souvent irréversibles, même chez les personnes asymptomatiques. Voici un sommaire des principales complications entraînées par cette infection.

- Femmes :
 - environ 10 à 20 % des femmes porteuses d'une infection génitale à *N. gonorrhoeae* développeront une AIP⁷⁹ ;
 - dans environ 25 % des cas, l'AIP évolue vers une complication comme l'infertilité tubaire, la grossesse ectopique ou la douleur pelvienne chronique ;
 - l'AIP peut être associée à la dépression, à l'hystérectomie prématurée et à la péritonite extensive résultant de la rupture d'un abcès tubo-ovarien ;
 - environ 6 % des infections anogénitales à *N. gonorrhoeae* sont accompagnées de bartholinite aiguë ;
 - de 0,5 à 3 % des infections anogénitales et pharyngées se compliquent d'une infection disséminée (arthrite et dermatite).

78. RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE ET DE LAVAL, *Maladies transmissibles sexuellement. Guide de pratique*, avril 1995, 29 p.

79. K.K. HOLMES et autres, *Ibid*, p.457.

- Hommes :
 - l'épididymite aiguë est une complication rare de l'urétrite gonococcique ;
 - la balanite, la prostatite et la cystite sont des complications possibles ;
 - de 0,5 à 3 % des infections anogénitales et pharyngées se compliquent d'une infection disséminée (arthrite et dermatite).
- Nouveau-nés :
 - l'infection durant la grossesse peut donner lieu à un avortement spontané, à un accouchement prématuré, à une chorioamniotite aiguë ou à la mort intra-utérine ;
 - 3 % des enfants nés d'une mère infectée vont développer une ophtalmie du nouveau-né ;
 - l'infection peut également se compliquer d'une atteinte disséminée.

3.2.4 Détection en laboratoire

La **culture** de *N. gonorrhoeae* (Ng) est la méthode privilégiée pour détecter cette maladie et elle est particulièrement recommandée :

- dans les cas d'abus sexuels à l'égard d'un enfant (prélèvement anorectal, pharyngé, vaginal) ;
- dans les cas d'agression sexuelle ;
- en cas d'échec thérapeutique ;
- pour l'évaluation de la cervicite et de l'AIP;
- lorsque l'infection a été contractée à l'étranger.

La culture est la méthode recommandée, entre autres, parce qu'elle permet d'étudier la sensibilité aux antimicrobiens et qu'elle convient à la plupart des spécimens. Elle offre une bonne sensibilité et une bonne spécificité, si l'isolement et l'identification du germe respectent les exigences relatives à la culture de Ng.

Les tests **d'amplification des acides nucléiques** (TAAN) peuvent être utilisés pour la détection de Ng mais ne permettent pas la surveillance de la résistance aux antimicrobiens. Ces tests permettent la détection du gonocoque à partir de l'urine, ce qui peut être avantageux pour le dépistage des personnes à risque d'infection en dehors des milieux cliniques traditionnels.

La **coloration de Gram** d'un frottis préparé d'un exsudat urétral peut être utile pour le diagnostic présomptif de Ng chez un homme souffrant d'urétrite, par la détection de diplocoques typiques à Gram négatif dans des leucocytes polymorphonucléaires.

3.2.5 Sites de prélèvement de *N. gonorrhoeae* chez une personne asymptomatique

Sites habituels		Autres sites possibles (selon les pratiques sexuelles)	Moment du dépistage
Femme	Homme	Pharynx, anus, urètre (femme), vagin (femme hystérectomisée) urine (homme ou femme)	De façon générale, le dépistage doit être effectué sans égard au délai écoulé depuis la pratique sexuelle à risque (voir texte)
Endocol	Urètre		

La période d'incubation du gonocoque est reconnue comme étant généralement courte. Si cette ITS est suspectée, il est préférable de procéder à sa détection, sans attendre.

Le fait de reporter le dépistage pourrait nous faire rater des opportunités de dépister des personnes qui, en plus d'avoir eu un contact à risque récent, ont d'autres facteurs de risque pour les ITS.

Toutefois, lorsque des prélèvements s'avèrent négatifs, les professionnels de la santé ainsi que les patients doivent être sensibilisés à la possibilité d'un résultat faussement négatif, particulièrement si le prélèvement a eu lieu très peu de temps après une exposition comportant un risque de ITS, ou si les circonstances du prélèvement n'étaient pas idéales. Un autre prélèvement pourra être repris ultérieurement, si nécessaire, en avisant la personne sur les conditions qui augmentent la fiabilité du résultat. (Voir aussi les informations complémentaires à la section 3.1.5).

3.2.6 Traitement des infections urétrale, endocervicale et rectale à *Neisseria gonorrhoeae*

Épididymite : voir la section 3.3

AIP : voir section 3.4

Adultes et adolescents (pubères) :
(sauf les femmes enceintes et les mères qui allaitent)

Sites d'infection ou syndromes	Traitement de choix	Alternatives
Infection urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngée ou Syndromes cliniques: Urétrite Cervicite proctite (ou rectite)	Céfixime ⁽¹⁾ 400 mg p.o. en une dose plus Traitement contre la chlamydie ⁽⁴⁾	Ceftriaxone ⁽¹⁾⁽²⁾ 125 mg IM en une dose ou Ciprofloxacine ⁽³⁾ 500 mg p.o. en une dose ou Ofloxacine ⁽³⁾ 400 mg p.o. en une dose plus Traitement contre la chlamydie ⁽⁴⁾
Conjonctivite Infection disséminée: Bactériémie Arthrite Méningite	Traitement initial: Ceftriaxone ⁽¹⁾⁽²⁾ 2 g/jour IM ou IV plus Traitement contre la chlamydie ⁽⁴⁾	Consultation d'un spécialiste essentielle pour les deux syndromes Hospitalisation pour la méningite et éventuellement pour d'autres infections disséminées

Source : SANTÉ CANADA, *Ibid.*

(1) On ne devrait pas administrer de céfixime ni de ceftriaxone aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant déjà eu une réaction immédiate ou anaphylactique à la pénicilline.

(2) Utiliser de préférence de la Xylocaïne 1 % pour diluer le ceftriaxone (diminution de la douleur).

(3) Les quinolones sont contre-indiquées pendant la grossesse et pour l'enfant prépubère. De plus, elles ne devraient pas être administrées s'il est possible que l'infection ait été contractée en Asie du Sud-Est ou s'il existe un lien épidémiologique avec un cas de cette région. Si l'on utilise l'un ou l'autre de ces médicaments dans un tel cas, il est recommandé d'effectuer un test de contrôle bactériologique.

(4) Azithromycine 1 g p.o. en une seule dose, doxycycline 100 mg p.o. bid pendant 7 jours, ofloxacine 300 mg p.o. bid pendant 7 jours ou érythromycine 2 g/jour p.o. en doses fractionnées pendant 7 jours.

Femmes enceintes et mères qui allaitent :

Site	Traitement de choix	Alternatives
Infection urétrale, Endocervicale, Rectale ou Pharyngée	Céfixime ⁽¹⁾ 400 mg p.o. en une dose plus Traitement contre la chlamydie ⁽³⁾	Ceftriaxone ⁽¹⁾⁽²⁾ 125 mg IM en une dose ou Spectinomycine ⁽⁴⁾ 2 g IM en une dose plus Traitement contre la chlamydie ⁽³⁾

Source : SANTÉ CANADA, *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, édition 1998, Direction générale de la protection de la santé, Division de la prévention et du contrôle des MTS.

Enfants de moins de 9 ans ou pesant moins de 45 kilogrammes :

Site	Traitement de choix	Alternatives
Infection urogénitale, Rectale ou Pharyngée	Céfixime ⁽¹⁾ 8 mg/kg p.o. (max. 400 mg) en une dose ou Ceftriaxone ⁽¹⁾⁽²⁾ 125 mg IM en une dose plus Traitement contre la chla- mydie ⁽³⁾	Spectinomycine ⁽⁴⁾ 40 mg/kg IM (max. 2 g) en une dose plus Traitement contre la chlamydie ⁽³⁾

Source : SANTÉ CANADA, *Ibid.*

(1) On ne devrait pas administrer de céfixime ni de ceftriaxone aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant déjà eu une réaction immédiate ou anaphylactique à la pénicilline.

(2) Utiliser de préférence de la Xylocaïne 1 % pour diluer le ceftriaxone (diminution de la douleur).

(3) Azithromycine 10-15 mg/kg p.o. en dose unique (max. 1 g) ou erythromycine 40 mg/kg/jour (base) p.o. en 4 doses (max. 2 g) fractionnées pendant 7 jours. En cas d'intolérance, érythromycine 1 g p.o. en doses fractionnées pendant 14 jours. L'éthylsuccinate d'érythromycine 400 mg p.o. qid pendant 14 jours est une autre alternative. L'estolate d'érythromycine est contre-indiqué durant la grossesse. Le sulfaméthoxazole 75 mg/kg/jour p.o. en 2 doses (max. 2g) pendant 14 jours (ou triméthoprime-sulfaméthoxazole) est moins efficace que les autres traitements recommandés et est contre-indiqué dans le 3^e trimestre. Une association entre l'administration orale d'érythromycine et la sténose du pylore a été rapportée chez les nourissons de moins de 6 semaines traités avec ce médicament. Il faut donc surveiller l'apparition de signes ou symptômes de sténose du pylore chez les nourissons traités avec l'érythromycine. Peu de données sont actuellement disponibles sur les alternatives d'autre traitements

comme l'azythromycine. Il serait prudent et raisonnable de consulter un expert quand un traitement à l'érythromycine est envisagé chez un nourrisson.

- (4) Ce médicament n'est plus vendu sur le marché canadien. Toutefois, il est possible de s'en procurer par l'intermédiaire du Programme d'accès spécial (PAS). Pour communiquer avec le PAS, suivre les directives mentionnées dans le CPS à la section relative à l'information clinique. Si l'on a recours à la spectinomycine, il est recommandé d'effectuer un test de contrôle bactériologique.

**Infection disséminée :
arthrite, méningite, conjonctivite gonococcique après la période néonatale**

L'hospitalisation et la consultation d'un collègue expérimenté dans le domaine sont essentielles.

Traitement initial de choix :

Ceftriaxone 50 à 100 mg/kg/jour IM ou IV

Plus

Azithromycine ou érythromycine en attendant la consultation (s'il y a lieu)

3.3 Traitement de l'épididymite

Traitement de choix	Alternatives
<p>Céfixime⁽¹⁾ 800 mg p.o. en une dose</p> <p>plus Doxycycline⁽³⁾ 100 mg p.o. bid pendant 10 jours</p>	<p>Ceftriaxone⁽¹⁾⁽²⁾ 250 mg IM en une dose</p> <p>plus Doxycycline⁽³⁾ 100 mg p.o. bid pendant 10 jours</p> <p>ou Ofloxacin⁽³⁾ 300 mg bid pendant 10 jours</p>

Source : SANTÉ CANADA, *Ibid.*

(1) On ne devrait pas administrer de céfixime ni de ceftriaxone aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant déjà eu une réaction immédiate ou anaphylactique à la pénicilline.

(2) Utiliser de préférence de la Xylocaïne 1 % pour diluer le ceftriaxone (diminution de la douleur).

(3) Contre-indiqué pour les enfants prépubères.

3.4 Principes du traitement de l'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP)

Le traitement de l'AIP est complexe, et controversé dans certains cas. Tous les schémas thérapeutiques utilisés devraient être très efficaces contre *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*.

La plupart des patientes doivent être évaluées par un spécialiste. Certaines femmes doivent même être hospitalisées ou traitées par une antibiothérapie intraveineuse (traitement ambulatoire). Toutes les patientes recevant un traitement ambulatoire (oral ou intraveineux) doivent faire l'objet d'une réévaluation dans les 48 à 72 heures.

L'atteinte inflammatoire pelvienne peut entraîner de graves séquelles, dont l'infertilité et les grossesses ectopiques.

Les partenaires sexuels des femmes ayant une AIP sont fréquemment infectés et, le plus souvent, asymptomatiques. Ils doivent faire l'objet d'un traitement (contre *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*) **même s'ils n'ont pas subi de tests de détection des ITS ou si ceux-ci se sont révélés négatifs.**

Nous présentons ici le traitement oral ambulatoire de l'AIP. Pour le traitement parentéral ou pour le traitement d'une AIP chez les femmes enceintes, se référer au document *Les lignes directrices canadiennes pour les ITS*, édition de 1998.

Traitement oral

Pour les patientes qui présentent une atteinte bénigne à modérée

Traitement de choix	Alternatives
Céfixime ⁽¹⁾ 800 mg p.o. en une dose plus Doxycycline ⁽²⁾ 100 mg p.o. bid pour que le traitement complet dure au moins 14 jours	Ofloxacin ⁽¹⁾⁽³⁾ 400 mg bid pour que le traitement complet dure au moins 14 jours

(1) On ne devrait pas administrer de céfixime ni de ceftriaxone aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant déjà eu une réaction immédiate ou anaphylactique à la pénicilline.

(2) Contre-indiqué pour les femmes enceintes et les enfants prépubères.

(3) L'ofloxacin par voie orale a été étudiée dans le cadre d'une monothérapie et est efficace contre *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Malgré ces résultats, on préfère ajouter du métronidazole (500 mg bid pendant 14 jours), car l'ofloxacin n'a pas d'effet sur les germes anaérobies.

Traitement oral
Pour les patientes qui présentent une atteinte modérée à grave

Traitement de choix	Alternatives
Doxycycline ⁽¹⁾ 100 mg p.o. bid pour que le traitement complet dure au moins 14 jours Plus Céfixime ⁽²⁾ 400 mg p.o. bid pour que le traitement complet dure au moins 14 jours	Ofloxacin ⁽¹⁾⁽³⁾ 400 mg bid pour que le traitement complet dure au moins 14 jours
Dans le cas des femmes qui présentent une masse annexielle, un abcès tubo-ovarien, une péritonite ou un risque accru d'infection par des germes anaérobies, envisager d'associer au traitement : Métronidazole ⁽⁴⁾ 500 mg p.o. bid pour que le traitement complet dure au moins 14 jours Ou Clindamycine 300 mg p.o. tid pour que le traitement complet dure au moins 14 jours	

(1) Contre-indiqué pour les femmes enceintes et les enfants prépubères.

(2) On ne devrait pas administrer de céfixime ni de ceftriaxone aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant déjà eu une réaction immédiate ou anaphylactique à la pénicilline.

(3) L'ofloxacin par voie orale a été étudiée dans le cadre d'une monothérapie et est efficace contre *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Malgré ces résultats, on préfère ajouter du métronidazole, car l'ofloxacin n'a pas d'effet sur les germes anaérobies.

(4) Conseiller aux patientes traitées au métronidazole de ne pas consommer d'alcool durant le traitement et pendant les 48 heures qui suivent, à cause d'une réaction possible de type « antabuse ».

3.5 La syphilis

La syphilis est une maladie causée par *Treponema pallidum*, un spirochète. Si elle n'est pas traitée, elle peut évoluer en trois stades, soit les stades primaire, secondaire et tertiaire et comporter une phase de latence ou asymptomatique.

3.5.1 Période d'incubation

La période d'incubation varie habituellement entre 10 et 90 jours.

L'évolution générale de la maladie est la suivante : souvent, le chancre primaire apparaît après environ trois semaines, l'éruption maculopapuleuse après trois mois et les condylomes plats après six mois. Ce tableau clinique régresse spontanément après trois à douze semaines et la maladie entre dans une phase latente (ou asymptomatique). La syphilis latente est précoce si l'infection est apparue il y a moins de un an et elle est

tardive si elle dure depuis plus de un an. Après une période variant entre 10 et 30 ans, la syphilis tertiaire va se manifester chez environ 40 % des patients non traités. Une infection concomitante au VIH peut accélérer le cours naturel classique de la syphilis.

3.5.2 *Manifestations cliniques*

3.5.2.1 *Syphilis primaire*

- Chancre unique : ulcère indolore, à bord régulier, très superficiel dont la base indurée peut atteindre 1 centimètre de diamètre, généralement associé à une adénopathie régionale également indolore. Seulement 50 % des chancres présentent ces caractéristiques. L'induration de l'ulcère demeure le signe pathognomonique permettant de reconnaître un chancre syphilitique.
- Le chancre peut être douloureux s'il est infecté secondairement et les ulcères peuvent parfois être multiples.
- Le chancre est habituellement localisé sur le site de l'inoculation. Chez l'homme, on le trouve fréquemment sur le gland, mais il peut apparaître ailleurs sur le pénis ainsi qu'à la racine du pénis ou au pubis. Chez la femme, il est situé sur les organes génitaux externes ainsi que sur le col utérin. L'anus et le rectum peuvent être inoculés pendant les contacts sexuels, et le chancre peut aussi apparaître sur les lèvres, la langue, les amygdales, les doigts ou ailleurs sur le corps.
- La guérison du chancre se produit spontanément en trois à huit semaines.

3.5.2.2 *Syphilis secondaire*

- La syphilis secondaire est typiquement caractérisée par un syndrome grippal (fièvre, céphalées, myalgies, arthralgies et fatigue) avec ou sans adénopathies généralisées et par une éruption cutanée non prurigineuse.
- L'éruption précoce consiste en des macules rondes rosées ou d'un rouge cuivré, parfois discrètes et généralement sans squames. Plus tard, l'éruption devient maculopapuleuse, puis papuleuse. Fermes et luisantes au début, les papules deviennent progressivement squameuses. Dans les régions intertrigineuses, elles deviennent érosives et suintantes et, par un processus de coalescence, elles forment des condylomes plats (*condylomata lata*).
- Dans la phase plus avancée, les papules peuvent prendre une allure psoriasiforme, principalement dans la paume des mains et sur la plante des pieds. La forme pustuleuse et ulcérée est de plus en plus associée à une infection concomitante au VIH.
- Ce tableau régresse spontanément en trois à douze semaines et la maladie entre alors dans la phase latente.

3.5.2.3 *Syphilis latente ou asymptomatique*

Dans la phase latente, le malade ne présente aucune manifestation de la maladie malgré l'évidence sérologique de celle-ci.

3.5.2.4 *Syphilis tertiaire*

- La syphilis tertiaire peut prendre soit la forme de lésions gommeuses (masses nécrosées sur la peau, les os ainsi que dans les tissus sous-cutanés), soit une forme cardiovasculaire (anévrisme ou régurgitation de l'aorte) soit encore une forme neurologique isolée (atteinte oculaire ou otique) ou généralisée (méningite syphilitique, syphilis cérébrovasculaire ou syphilis parenchymateuse [encéphalite fronto-temporale ou tabès dorsal – inflammation et dégénérescence des colonnes dorsales de la moelle épinière]).

3.5.2.5 *Syphilis congénitale*

- Le risque de transmission de l'infection au fœtus durant la grossesse est de l'ordre de 50 % lorsque la mère est atteinte d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce non traitée. Outre la syphilis congénitale, l'infection peut provoquer un avortement spontané, un accouchement avant terme ou l'accouchement d'un enfant mort-né.
- Les bébés nés avec une syphilis congénitale sont souvent asymptomatiques à la naissance (dans les deux tiers des cas) et peuvent aussi être séronégatifs si la mère a été traitée vers la fin de la grossesse. Le développement d'une syphilis précoce demeure possible dans les deux premières années de vie ou même plus tard.
- Parfois on observe chez le nouveau-né les manifestations suivantes : faible poids, rhinite, hépatosplénomégalie, éruption cutanée, anémie ou dystrophie métaphysaire.

3.5.3 *Détection en laboratoire*

Différentes techniques de détection sont utilisées en laboratoire :

- l'**observation** de *Treponema pallidum* dans un prélèvement par une réaction d'immunofluorescence directe ou indirecte ou par un examen au microscope sur fond noir ;
- la **sérologie** :
 - réactions non tréponémiques telles que VDRL, RPR, ART, RST et TRUST ; ces épreuves se révèlent positives une à quatre semaines après l'apparition du chancre primaire, six semaines après l'exposition ;
 - réactions tréponémiques spécifiques telles que TP-PA, MHA-TP, EIA et FTA-ABS ; elles deviennent habituellement positives avant les réactions non tréponémiques.

- l'analyse **du liquide céphalorachidien (LCR)** : numération cellulaire, dosage des protéines et réaction du VDRL.

3.5.4 Traitement de la syphilis

Stade	Traitement de premier choix	Personnes allergiques à la pénicilline ¹
Syphilis infectieuses² : Syphilis primaire, Syphilis secondaire, Syphilis latente de moins de un an	Adultes et adolescents : <ul style="list-style-type: none"> • Pénicilline G Benzathine, 2,4 millions U, IM en une seule séance 	Adultes et adolescents : <ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline 100 mg per os bid pendant 14 jours
	Enfants (syphilis non congénitale) : <ul style="list-style-type: none"> • Pénicilline G Benzathine. 50 000 U/kg IM (jusqu'à concurrence de 2,4 millions U) en une seule séance 	Enfants de moins de 9 ans (syphilis non congénitale) et femmes enceintes : <ul style="list-style-type: none"> • Désensibilisation (se référer à un protocole) et traitement à la pénicilline • Autre traitement : érythromycine³, 40 mg/kg/jour per os en doses fractionnées (max. 500 mg par dose) pendant 14 jours
Syphilis tardive² : Syphilis de plus de un an, y compris syphilis cardio-vasculaire Neurosyphilis	Pénicilline G Benzathine. 2,4 millions U, IM une fois par semaine durant 3 semaines consécutives Pénicilline G cristalline, 3-4 millions U, IV aux 4 heures pendant 10-14 jours (16-24 millions U par jour)	Même traitement que ci-dessus mais administré pendant 28 jours.

Syphilis congénitale

Syphilis congénitale⁴ précoce (< 1 an)	Pénicilline G cristalline, 50 000 U/kg IV aux 12 heures pendant 7 jours, puis aux 8 heures par la suite, pour un traitement de 10 jours au total .
Syphilis congénitale tardive (> 1 an)	LCR normal et aucune atteinte neurologique : Pénicilline G cristalline, 200 000 U/kg /jour IV. q 6 heures, pendant 10-14 jours OU Pénicilline G Benzathine, 50 000 U/kg IM (max. 2,4 millions U) par semaine pendant 3 semaines consécutives LCR anormal ou atteinte neurologique : Pénicilline G cristalline 200 000 U/kg /jour IV q 6 heures pendant 10 à 14 jours

Source : SANTÉ CANADA, *Ibid.*

- (1) Il faut suivre de près les patients traités à la doxycycline ou à l'érythromycine, afin de vérifier l'efficacité du traitement.
- (2) Les personnes infectées par le VIH peuvent avoir besoin d'un traitement plus long ou de doses plus élevées.
- (3) Les doses d'érythromycine recommandées s'appliquent à l'érythromycine base. On pourra les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules (SAUF l'estolate, qui est contre-indiqué durant la grossesse).
- (4) Les nouveau-nés asymptomatiques dont les résultats de tests de laboratoire sont négatifs et dont la mère a été traitée à l'aide d'un médicament autre que la pénicilline, devraient recevoir de la Pénicilline G Benzathine (50 000 U/kg IM en une seule dose), si le suivi ne peut être assuré.

NOTE : Les CDC (Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 10 mai 2002, *MMWR*, vol. 51 N° RR-6) proposent aussi la tétracycline 500mg qid pendant 14 jours pour les syphilis infectieuses et pendant 28 jours pour les tardives. Pour le traitement des syphilis infectieuses chez les personnes allergiques à la pénicilline excluant les femmes enceintes, ils mentionnent aussi la ceftriaxone 1 gm die, IM ou IV, pendant 10 jours ou l'azythromycine en une dose unique de 2 g, mais en soulignant que l'efficacité de ces options n'est pas démontrée et que les régimes thérapeutiques optimaux ne sont pas définis. Les CDC soulignent aussi que ces alternatives n'ont pas été étudiées chez les personnes infectées par le VIH et d'être très vigilant si jamais ces régimes sont utilisés chez ces personnes. Pour la neurosyphilis, la seule alternative proposée par les CDC est la ceftriaxone, 2 gm die IM ou IV pendant 10 à 14 jours. Par ailleurs, les CDC ne recommandent pas l'érythromycine comme alternative de traitement chez les femmes enceintes.

Site Internet : <http://www.cdc.gov/std/treatment/>

3.5.5 Suivi sérologique des personnes infectées

Des contrôles sérologiques doivent être effectués chez toutes les personnes traitées pour la syphilis. Ainsi :

Un contrôle sérologique non tréponémique (p. ex. : RPR) doit être effectué jusqu'à l'obtention d'une réponse satisfaisante en suivant le calendrier ci-dessous :

Stade	Intervalles entre les contrôles des tests non tréponémiques
Syphilis primaire, secondaire, latente précoce, congénitale	1, 3, 6, 12 et 24 mois après le traitement
Syphilis latente tardive, tertiaire	12 et 24 mois
Neurosyphilis	6, 12 et 24 mois après le traitement
Co-infection par le VIH	1, 3, 6, 12 et 24 mois après le traitement et chaque année par la suite

- Les femmes enceintes traitées pour une syphilis infectieuse doivent subir une épreuve sérologique non tréponémique mensuelle pendant toute la grossesse.

- La réponse au traitement est évaluée à la fois par l'évolution des symptômes cliniques ainsi que par la diminution du titre des tests non tréponémiques qui demeure le meilleur indicateur de l'activité de la maladie et de l'efficacité du traitement.
- Le même test sérologique doit être utilisé. Les résultats sont quantitatifs. Une différence cliniquement significative entre deux résultats doit comporter un changement du titre d'anticorps de quatre fois, équivalent à deux dilutions (p. ex., une modification du titre de 1: 32 à 1: 8 représente une baisse de 2 dilutions).
- On considère une diminution inadéquate comme un échec et le patient doit être traité à nouveau. Les résultats de ces tests sont satisfaisants lorsqu'ils correspondent aux diminutions décrites selon le stade de la maladie :

Stade	Résultats des tests non tréponémiques
Syphilis primaire	Baisse de 2 dilutions après 6 mois ; baisse de 3 dilutions après 12 mois, baisse de 4 dilutions après 24 mois
Syphilis secondaire	Baisse de 3 dilutions après 6 mois et de 4 dilutions après 12 mois
Syphilis latente précoce	Baisse de 2 dilutions après 12 mois

Par ailleurs :

- On observera après deux à trois ans une baisse régulière du titre obtenu aux tests non tréponémiques, allant jusqu'à négativation ou stabilisation à un faible niveau chez une forte proportion de patients souffrant de syphilis primaire, qui peut atteindre 60 à 75 %.
- La plupart des patients ayant présenté des tests tréponémiques réactifs continueront de présenter une réactivité à ces tests pour le reste de leur vie, sans égard à l'activité de la maladie ou du traitement.
- Si le titre obtenu à un test non tréponémique se multiplie par 4 après traitement, sans qu'il y ait eu réinfection, le patient doit être réévalué et une ponction lombaire (PL) devrait être effectuée.
- Si le titre initial non tréponémique était bas ou absent, une augmentation du titre après traitement peut indiquer un échec du traitement et un besoin d'investigations additionnelles.
- Si les premiers examens du liquide céphalorachidien (LCR) sont anormaux, ceux-ci devraient être répétés après le traitement. Les calendriers peuvent varier selon le tableau clinique initial. Une évaluation médicale par une personne ayant une expertise dans le domaine est recommandée, car :

- un nouveau traitement peut s'imposer si la réaction n'est pas satisfaisante ;
 - dans le cas de la syphilis congénitale, la PL doit être répétée après six mois ou moins, selon le résultat de l'examen du LCR à l'accouchement et les résultats érologiques subséquents.
- En cas d'échec thérapeutique, les autres options thérapeutiques doivent être évaluées.
 - Les nourrissons asymptomatiques dont la mère a reçu un traitement adéquat à la pénicilline avant le troisième trimestre ou plus d'un mois avant l'accouchement risquent peu de contracter une syphilis congénitale, mais ils devraient être examinés soigneusement et faire l'objet d'un suivi sérologique jusqu'à négativation des résultats obtenus aux tests non tréponémiques et tréponémiques. Si les résultats des tests tréponémiques demeurent positifs après un an, c'est que l'enfant souffre vraisemblablement d'une syphilis congénitale ; une évaluation médicale et un traitement approprié devraient lui être administrés.

3.5.6 Considérations spéciales relatives au traitement et au suivi

Réaction de Jarisch-Herxheimer

Il est important d'avertir le patient qu'une réaction inflammatoire systémique peut survenir dans les huit à douze heures suivant le traitement de la syphilis. Elle se présente généralement sous une forme légère, avec fièvre, céphalées et myalgies ; dans sa forme plus grave et rare, elle est accompagnée de tachypnée et d'hypotension.

Cette réaction n'est habituellement pas une indication pour cesser le traitement, car elle ne dure que quelques heures et peut être traitée simplement par le repos et des antipyrétiques.

Syphilis durant la grossesse

Chez la femme enceinte, la syphilis devrait être traitée avec de la pénicilline à des doses adaptées au stade de la maladie. L'épreuve sérologique de suivi est effectuée tous les mois.

Dans le cas d'une allergie à la pénicilline, on recommande l'hospitalisation et la désensibilisation, car la doxycycline est contre-indiquée durant la grossesse et l'érythromycine n'est pas très efficace dans le traitement de la syphilis congénitale. Si cela s'avérait impossible, on pourrait opter pour l'érythromycine, mais le nourrisson devra être pris en charge dès sa naissance, comme si la mère n'avait pas été traitée.

Syphilis congénitale

Si la syphilis de la mère a été correctement traitée et si l'on est sûr de l'observance du traitement, le bébé n'est pas traité à la naissance, mais il est soumis à une surveillance sérologique durant les premiers mois.

Par contre, si le bébé est symptomatique, si le traitement de la mère a été inadéquat (traitement inconnu, traitement ne comprenant pas de pénicilline, traitement administré moins d'un mois avant l'accouchement ou dont la réponse sérologique est inadéquate), ou si un suivi adéquat ne peut être assuré, le risque est élevé et le bébé doit être traité avec de la pénicilline.

Syphilis et VIH

La plupart des experts suggèrent un traitement plus agressif pour les patients atteints du VIH et de la syphilis, comprenant de la benzathine pénicilline G, 2,4 millions U IM par semaine, pendant trois semaines consécutives.

Pour les malades dont le liquide céphalorachidien (LCR) est anormal, un traitement intraveineux est recommandé, avec un suivi plus étroit du VDRL plasmatique.

Selon les différentes références consultées, le calendrier recommandé de l'épreuve sérologique de suivi est soit tous les trois mois pour 1 à 2 ans ou 1,3, 6, 12 et 24 mois après le traitement et chaque année par la suite.

Source : SANTÉ CANADA, *Ibid.*

3.6 Les ITS rares

Les ITS rares ou ulcérations tropicales causent moins de 1 % des ulcérations génitales au Canada, mais elles sont prédominantes dans les pays en voie de développement. À l'exception de la syphilis, ces maladies n'ont été présentes au Québec que de façon sporadique. Elles comprennent :

- le chancre mou, causé par *Haemophilus ducreyi* ;
- le lymphogranulome vénérien, causé par *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3 ;
- le granulome inguinal, causé par *Calymmatobacterium granulomatis*.

3.6.1 Le chancre mou

3.6.1.1 Période d'incubation

La période d'incubation du chancre mou est de un jour à plusieurs semaines, mais la moyenne est de cinq à sept jours.

3.6.1.2 Manifestations cliniques

L'infection due au chancre mou débute par une papule érythémateuse et sensible, devenant pustuleuse et ulcérée au bout de 24 à 48 heures. Le sujet présente une ou plusieurs ulcérations génitales non indurées, érythémateuses, sous-minées et mucopurulentes : elles sont profondes, sensibles et leur bord est irrégulier. Elles prennent parfois l'aspect d'ulcérations dites en miroir, par auto-inoculation. Elles sont accompagnées d'adénopathies inguinales unilatérales, occasionnellement bilatérales, sensibles, rénitentes et érythémateuses, aussi appelées bubons inguinaux.

3.6.1.3 Détection en laboratoire

La **culture de *H. ducreyi*** demeure la principale méthode pour le diagnostic en laboratoire du chancre mou. Toutefois, la sensibilité de la culture ne serait que de 75 % dans les meilleures conditions⁸⁰.

Les épreuves sérologiques sont peu sensibles pour le diagnostic en laboratoire du chancre mou. Cependant, elles pourraient être utiles pour effectuer des études épidémiologiques dans la population.

Comme il y aurait environ 10 % des personnes infectées d'un chancre mou qui seraient co-infectées par le virus de l'herpès simplex (VHS) ou par *T. pallidum* la détection de ces infections est à envisager.

3.6.1.4 Traitement

Traitement de choix	Alternatives
Azithromycine ⁽¹⁾ 1 g per os en une dose	Ciprofloxacine ⁽²⁾ 500 mg per os bid pendant 3 jours Ou Ceftriaxone ⁽³⁾ 250 mg IM en une dose ou Érythromycine ⁽⁴⁾ 500 mg per os qid pendant 7 jours

Source : K. K. HOLMES et autres, *Sexually Transmitted Diseases*, 3^e édition, 1999.

(1) Si vomissement plus d'une heure après l'administration, ne pas répéter la dose.

(2) Contre-indiqué pour les femmes enceintes et les enfants prépubères.

(3) On ne devrait pas administrer de ceftriaxone aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant déjà eu une réaction immédiate ou anaphylactique à la pénicilline. Utiliser de préférence de la Xylocaïne 1 % pour diluer le ceftriaxone (diminution de la douleur).

(4) En cas d'intolérance, diminuer de moitié la dose quotidienne et l'administrer pendant quatorze jours. L'estolate d'érythromycine est contre-indiqué pour la femme enceinte.

80. D.A. LEWIS, « Diagnostic tests for chancroid », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 76, 2000, p. 137-141.

3.6.2 Le lymphogranulome vénérien

3.6.2.1 Période d'incubation

La période d'incubation du lymphogranulome vénérien peut aller jusqu'à douze semaines avec une moyenne de trois à douze jours.

3.6.2.2 Manifestations cliniques

Le lymphogranulome vénérien est une affection chronique débutant par une papule, une pustule, une vésicule ou une urétrite non gonococcique évoluant vers une lésion génitale ulcérée aux caractéristiques variables et fugaces. Puis vient le stade de la lymphadénite aiguë unilatérale (dans 66 % des cas) avec des bubons inguinaux ou des proctites hémorragiques, souvent accompagnés de fièvre et de signes systémiques. À ce stade, la plupart des patients guérissent spontanément sans garder de séquelles. Il arrive cependant dans de rares cas, qu'une infection persistante entraîne une réaction inflammatoire chronique caractérisée par le développement d'ulcères génitaux, accompagnés de fistules cutanées et de fibrose importante.

3.6.2.3 Détection en laboratoire

Le lymphogranulome vénérien (LGV) étant causé par des sérotypes particuliers de *C. trachomatis*, la **culture cellulaire** est une technique qui peut être utilisée pour sa détection.

Les **épreuves sérologiques** telles que la fixation du complément ou le test de micro-immunofluorescence peuvent être utilisées pour la détection des anticorps spécifiques du LGV.

3.6.2.4 Traitement

Traitement de choix	Alternatives
Doxycycline ⁽¹⁾ 100 mg per os bid pendant 21 jours	Érythromycine ⁽²⁾ 500 mg per os qid pendant 21 jours

Source : K. K. HOLMES et autres, *Ibid.*

(1) Contre-indiqué pour les femmes enceintes et les enfants prépubères.

(2) L'estolate d'érythromycine est contre-indiqué pour les femmes enceintes.

Les adénopathies peuvent nécessiter l'aspiration ou l'incision et le drainage.

3.6.3 Le granulome inguinal ou donovanose

3.6.3.1 Période d'incubation

La période d'incubation du granulome inguinal est de une à quatre semaines généralement, mais des périodes plus longues sont fréquentes, pouvant aller jusqu'à un an⁸¹.

3.6.3.2 Manifestations cliniques

Le granulome inguinal est une affection chronique rare au Canada et dans les autres pays industrialisés, mais elle est endémique dans plusieurs pays en voie de développement (en Afrique, en Asie du Sud-Est, dans les Caraïbes et en Amérique latine). Elle débute par un ou plusieurs nodules sous-cutanés qui deviennent ulcéreux à travers la peau, produisant des lésions bien définies, indurées, propres, granulomateuses, indolores et à bord surélevé ; elles sont d'un rouge bœuf et saignent facilement. Les lésions grossissent progressivement avec formation de fibrose, de tissus granulomateux et de lymphœdème.

3.6.3.3 Détection en laboratoire

Le diagnostic en laboratoire de la donovanose repose surtout sur la **mise en évidence de corps de Donovan intracellulaires typiques** observés sur des frottis préparés à partir de lésions ou de biopsies colorées avec la coloration de Giemsa, de Wright ou de Leishman.

81. G. HART, « Donovanosis », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 25, 1997, p. 24-32.

3.6.3.4 Traitement

Traitement de choix	Alternatives
Triméthoprim/sulfaméthoxazole 160/800 mg per os bid pendant 21 jours Ou Doxycycline ⁽¹⁾ 100 mg per os bid pendant 21 jours	Ciprofloxacine ⁽¹⁾ 750 per os bid pendant 3 semaines Ou Érythromycine ⁽²⁾ 500 mg per os qid pendant 3 semaines

Source : K. K. HOLMES et autres, *Ibid.*

(1) Contre-indiqué pour les femmes enceintes et les enfants prépubères.

(2) L'érythromycine constitue le premier choix pour les femmes enceintes. L'estolate d'érythromycine est contre-indiqué pendant la grossesse. L'addition d'un aminoglycoside telle la gentamicine est fortement recommandée.

Les adénopathies peuvent nécessiter l'aspiration ou l'incision et le drainage.

3.6.4 Tableau synthèse des caractéristiques cliniques des ITS rares

	Syphilis	Chancre mou	LGV	Granulome inguinal
Lésion primaire	Papule	Papule ou pustule	Papule, pustule ou vésicule	Papule
Nombre de lésions	Une (habituellement)	Multiples (habituellement) Coalescence possible	Une (habituellement)	Variable
Diamètre (mm)	5-15	2-20	2-10	Variable
Rebords	Bien définis, surélevés, ronds ou ovales	Sous-minés, irréguliers	Élevés, ronds ou ovales	Élevés, irréguliers
Profondeur de la lésion	Superficielle ou profonde	Excavée	Superficielle ou profonde	Surélevée
Base	Lisse, non purulente	Purulente	Variable	Rouge, rugueuse
Induration	Ferme	Molle	Occasionnellement ferme	Ferme
Douleur	Inhabituelle	Habituellement très sensible	Variable	Peu fréquente
Adénopathies	Fermes, non douloureuses, bilatérales	Douloureuses, parfois suppurantes, généralement unilatérales	Douloureuses, parfois suppurantes, généralement unilatérales	Pseudo-adénopathies indolores

Source : K. K. HOLMES et autres, *Ibid.*

3.7 L'herpès néonatal

L'herpès néonatal est causé par le virus de l'*herpes simplex* de type 1 ou de type 2 (VHS-1 ou VHS-2).

3.7.1 Période d'incubation

Chez les enfants les plus gravement atteints, l'infection intra-utérine due à l'herpès néonatal est apparente à la naissance. Lorsque l'infection est transmise durant la période périnatale, par contact avec les sécrétions maternelles infectées durant l'accouchement, le nouveau-né devient symptomatique entre la première et la troisième semaine de vie. Ce mode de transmission est responsable de 80 à 90 % des cas. L'infection peut aussi être acquise pendant la période postnatale par contact avec une personne infectée.

3.7.2 Manifestations cliniques

On classifie cette infection sous trois formes :

- La forme **disséminée** : cette forme regroupe de 50 à 66 % des cas d'herpès néonatal et elle est associée au pire pronostic quant à la morbidité et à la mortalité. En plus des multiples organes pouvant être atteints, on observe la présence d'une encéphalite dans 60 à 75 % des cas. On note aussi la présence d'un exanthème vésiculaire caractéristique dans 80 % des cas et celui-ci est souvent considéré comme pathognomonique de l'infection.
- L'**encéphalite** : le système nerveux central de près du tiers des nouveau-nés infectés par l'*herpes simplex* néonatal sera touché par une atteinte sélective. On notera la présence de lésions cutanées dans 60 % des cas.
- La forme touchant **la peau, l'œil ou la bouche** : cette forme d'herpès néonatal est associée à une plus faible mortalité que les deux formes précédentes, mais elle comporte tout de même une morbidité significative. Les enfants atteints de cette maladie souffriront invariablement de récurrences et environ 30 % développeront ultérieurement des problèmes neurologiques. Le rash de type vésiculaire est d'abord localisé, puis il atteint plusieurs régions du corps dans la majorité des cas. L'œil peut être le seul site atteint et les manifestations de la maladie consisteront alors en une kératoconjonctivite ou, plus tard, en une chorio-rétinite. Une infection localisée de la cavité oropharyngée est observée dans environ 10 % des cas.

3.7.3 Détection en laboratoire

L'isolement du virus de l'*herpes simplex* en **culture virale** est la méthode diagnostique de référence. Les prélèvements doivent être acheminés au laboratoire dans un milieu de transport adapté au transport des virus, sur glace, dans les plus brefs délais. En plus des vésicules cutanées, les autres sites à partir desquels le virus peut être isolé sont : le liquide céphalorachidien (LCR), les selles, l'urine, la gorge, le nasopharynx et la conjonctive.

Le diagnostic sérologique ne possède pas une grande valeur clinique.

3.7.4 Traitement

Acyclovir IV 45-60 mg/kg/jour pendant 14 à 21 jours.

Sources :

K. K. HOLMES et autres, *Ibid.*
SANTÉ CANADA, *op. cit.*

Annexe 1

Objectifs et activités du Programme national de santé publique
relatifs aux Infections transmissibles sexuellement et par le sang
(ITSS), octobre 2002

Objectifs du Programme national de santé publique au regard des ITSS

D'ici 2006 :

- réduire à moins de 5 le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année ;
- réduire à moins de 50 cas pour 100 000 personnes le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* ;
- réduire de 50 % le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15 à 24 ans ;
- maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes) ;
- réduire à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale ;
- maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement.

D'ici 2012 :

- réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH ;
- réduire l'incidence de l'hépatite C ;
- réduire la proportion des personnes infectées par l'hépatite C qui développent une cirrhose du foie ;
- réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination ;
- réduire à moins de 10 pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique ;
- réduire l'incidence annuelle des infections virales transmissibles sexuellement.

Activités du Programme national de santé publique au regard des ITSS

Les activités retenues pour soutenir le potentiel des personnes, joindre les groupes vulnérables et protéger la population se rapportent à diverses fonctions et font appel à diverses stratégies, dont la promotion des comportements préventifs, la protection de la santé de la population en cas de menace réelle ou appréhendée, l'action intersectorielle et le soutien des pratiques cliniques préventives, en particulier auprès des femmes enceintes. Plusieurs activités sont dictées par la Loi sur la santé publique, notamment en ce qui concerne le registre de vaccination, la vigie sanitaire et l'application de mesures de contrôle des MADO à et des MATO. L'exercice de la vigie sanitaire, qui exige l'accès aux renseignements nécessaires afin de déclencher une enquête épidémiologique par

l'investigation des cas déclarés, des éclosions, des agrégats ou des épidémies, est essentiel pour garantir à la population sa protection contre des menaces réelles ou appréhendées.

Protection de la santé de la population en cas de menace réelle ou appréhendée

- Application des lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions, tel que cela est prévu au chapitre XI de la Loi sur la santé publique.

Prévention des infections par le VIH/sida, le VHC et les ITS auprès des groupes vulnérables parmi les adolescents et les adultes

- Prévention auprès des adolescents et des adultes appartenant à des groupes vulnérables en ce qui concerne le VIH/sida, le VHC et les ITS.
- Intervention visant l'échange de seringues pour prévenir la transmission VHB et du VHC ainsi que la transmission du VIH.
- Intervention visant la récupération de seringues usagées (VHB, VHC, VIH).
- Organisation des services intégrés de dépistage du VIH/sida, du VHC et des ITS.
- Gratuité des médicaments pour traiter les ITS.
- Intervention préventive auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une ITS et, sur demande du médecin traitant, auprès d'une personne qui a contracté le VIH.
- Prophylaxie post-exposition (VIH).

Soutien des pratiques cliniques préventives

- Soutien des pratiques cliniques préventives par l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes.

Promotion des comportements préventifs

- Promotion des comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH/sida, du VHC et des ITS.

Annexe 2

**Recommandations du Comité consultatif sur les ITS
quant aux directives de dépistage des MTS des Lignes
directrices canadiennes pour les MTS, édition mai 1998**

Première recommandation

Principes de base à respecter dans le dépistage de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*.

- 1) Rechercher systématiquement la présence de facteurs de risque d'une ITS, particulièrement chez les personnes âgées de moins de 25 ans ; la présence de facteur(s) de risque oriente l'intervenant vers les tests de dépistage les plus pertinents à effectuer.
- 2) Bien que les jeunes soient particulièrement touchés par les ITS, comme en témoigne l'incidence relativement élevée de ce type de maladies dans le groupe d'âge des 15-24 ans, le dépistage systématique de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* chez toutes les personnes de moins de 25 ans ne semble pas justifié d'emblée dans tous les contextes cliniques. L'état des connaissances actuelles ne permet pas de définir précisément quels sont les contextes où un dépistage systématique est pertinent. Toutefois, il pourrait s'avérer judicieux de procéder au dépistage systématique de cette infection chez les moins de 25 ans, dans des contextes cliniques avec des groupes sélectionnées où la présence de facteurs de risque est habituelle (ex. : cliniques ITS, cliniques de jeunes). Donc, **le Comité consultatif sur les ITS ne recommande pas le dépistage systématique de tous les jeunes de moins de 25 ans actifs sexuellement, sauf dans des contextes cliniques particuliers où la prévalence attendue est plus élevée.**
- 3) Le dépistage simultané systématique de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* n'est pas approprié. La seule présence d'un des facteurs de risque suivant justifie un dépistage de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, mais pas nécessairement de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*.
 - relations sexuelles non protégées ;
 - nouveau partenaire ou plus de deux partenaires dans les derniers six mois.
- 4) Effectuer le dépistage simultané de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* en présence d'un facteur de risque parmi les suivants :
 - contact avec un cas connu de ITS ;
 - jeune de la rue ou usagers de drogues ;
 - homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ;
 - diagnostic antérieur de ITS ;
 - travailleur de l'industrie du sexe (ainsi que ses clients) ;
 - jeune actif sexuellement de moins de 25 ans ayant plusieurs partenaires ;
 - personne ayant des rapports sexuels non protégés avec un partenaire issu d'une région de forte endémicité. Il faut considérer le risque accru d'acquisition de souches résistantes ;
 - voyageur ayant séjourné dans un pays où ces infections sont endémiques et qui a eu des relations sexuelles non protégées avec des membres de la population locale. Il faut aussi considérer le risque accru d'acquisition de souches résistantes.

Le Comité consultatif sur les ITS estime que ces quatre principes devraient permettre une utilisation plus efficace des tests de détection de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* dans un contexte de dépistage.

L'utilisation ciblée des tests de détection doit cependant s'appliquer conjointement avec l'utilisation des techniques les plus performantes dans la détection de la chlamydie.

Deuxième recommandation

Favoriser l'utilisation des techniques les plus performantes dans la détection de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* au Québec.

Les techniques relatives à la détection de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* ont évolué très rapidement en moins de deux décennies. La première méthode disponible, la culture cellulaire, était relativement sensible et très spécifique, mais laborieuse, coûteuse et somme toute peu accessible. Les tests immunoenzymatiques, encore majoritairement utilisés dans les laboratoires de microbiologie du Québec, ont permis de donner un coup de barre dans la détection de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*. En effet, leur facilité d'utilisation et de transport ainsi que leur coût relativement bas ont favorisé un large accès à ce test de détection.

Plus récemment, les tests de détection des acides nucléiques ont fait leur apparition. Ils constituent la technique la plus spécifique et la plus sensible à l'heure actuelle, même à partir d'un spécimen d'urine. Bien que ces tests soient plus coûteux, certaines études coûts avantages réalisées en Europe ou aux États-Unis ont appuyé les avantages de l'utilisation des tests de détection des acides nucléiques dans la détection de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*. Il existe donc une technique beaucoup plus performante, qui exerce un attrait supplémentaire évident dans un contexte où la prévalence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* semble en décroissance. Dans un contexte de faible prévalence, la valeur prédictive plutôt faible des tests immunoenzymatiques sans confirmation doit nous inciter à remettre en question ces tests, car ils peuvent produire un nombre inquiétant de faux résultats positifs. De plus, la faible sensibilité augmente le risque de faux résultats négatifs.

Compte tenu du fait que l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est la MADO la plus fréquente au Québec, une analyse des modalités techniques de détection et de dépistage de cette infection s'avère grandement nécessaire.

Le Comité consultatif sur les ITS recommande de favoriser l'utilisation des techniques les plus performantes dans la détection de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* au Québec, soit les tests de détection des acides nucléiques à partir d'un prélèvement génital (col, urètre). Considérant les coûts relativement élevés de ce type d'analyse à partir de prélèvements urinaires, le comité consultatif recommande de réserver cette dernière option à des contextes cliniques particuliers où le prélèvement génital ne peut être effectué ou constitue une barrière significative pour l'intervention préventive.

Dans les contextes où les avantages de cette technique pour la détection de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* sont moins bien documentés, le comité consultatif recommande de poursuivre l'utilisation de la culture comme méthode de choix dans la détection de cette infection. De plus, la culture a l'avantage de permettre la détection de la résistance

aux antibiotiques couramment utilisés dans le traitement de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*, ce que la méthode par amplification des acides nucléiques ne permet pas pour l'instant. Toutefois, des contextes cliniques particuliers peuvent justifier l'utilisation de techniques à partir de prélèvements urinaires.

Les tests de détection des acides nucléiques qui peuvent être utilisés à partir de prélèvements urinaires, ce qui les rends moins invasifs, présentent des avantages très importants quand le dépistage se fait en dehors des sites habituels et auprès de populations plus réfractaires à des prélèvements génitaux.

Troisième recommandation

Développer et implanter des activités de dépistage des ITS adaptées aux besoins des populations vulnérables et à risque très élevé, en incluant l'utilisation de techniques moins invasives.

Les jeunes de la rue, les utilisateurs de drogues injectables et d'autres substances, les travailleuses et travailleurs de l'industrie du sexe, les jeunes aux prises avec de multiples problèmes (problème de santé mentale, alcool, drogues) et les jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont tous des exemples de personnes particulièrement vulnérables. Quoique les données épidémiologiques sur ces groupes de personnes soient déficientes et que des études à leur sujet soient donc fort souhaitables, on peut cependant considérer d'emblée, que leur situation comporte un risque particulièrement élevé à l'égard des ITS. Il est reconnu que ces personnes sont généralement peu enclines à consulter un médecin. De plus, lorsqu'elles consultent, c'est souvent dans une situation d'urgence où le sujet des ITS ne sont pas abordées. Souvent, la présence de facteurs de risque n'est ni recherchée par le professionnel de santé consulté, ni avouée par la personne qui consulte.

Il est donc recommandé d'offrir des services de prévention adaptés aux besoins de ces populations et de les rejoindre là où elles sont. Plusieurs projets réalisés au Québec et ailleurs ont démontré qu'une telle stratégie s'avère prometteuse. Pour donner quelques exemples, mentionnons l'implantation de cliniques jeunesse en milieu scolaire, la réalisation d'interventions de dépistage intégrées à des activités d'organismes communautaires offrant des services aux populations visées et l'intégration du dépistage des ITS dans les activités d'unités mobiles de prévention des ITS et du sida.

De tels projets méritent d'être poursuivis et développés.

Pour ces raisons, le comité consultatif recommande que des activités de dépistage soient implantées dans certains milieux de vie. Pour ce faire, il faudra tenir compte des caractéristiques particulières de la population visée et favoriser l'accès aux techniques les moins invasives (par exemple : techniques d'amplification des acides nucléiques pour la détection de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* ou de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* à partir d'un spécimen d'urine).

Annexe 3

**Objectifs du Programme québécois d'intervention préventive
auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs
partenaires, 2003**

Objectifs du programme

Objectifs généraux

Les objectifs généraux du Programme d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires répondent à des impératifs de protection de la santé publique.

- 1) Interrompre la chaîne de transmission dans la communauté ;
- 2) Éviter la survenue de séquelles liées à ces infections chez les partenaires ;
- 3) Éviter la réinfection de la personne infectée.

Objectifs spécifiques

- 1) Sensibiliser les personnes infectées par une ITS à l'importance de l'intervention préventive auprès de leurs partenaires ;
- 2) Offrir un support aux personnes infectées dans leurs démarches pour aviser leurs partenaires sexuels ;
- 3) Offrir un counseling préventif aux partenaires des personnes infectées par une ITS ;
- 4) Favoriser le traitement précoce des partenaires sexuels des personnes infectées par une ITS.

Objectifs spécifiques	Activités	Critères
Sensibiliser les personnes infectées par une ITS à l'importance de l'intervention préventive auprès de leurs partenaires sexuels	Directions de santé publique	
	<ul style="list-style-type: none"> Intégration de cet aspect dans le counseling effectué lors de l'enquête épidémiologique⁸² 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % des déclarations gonorrhée 100 % des déclarations syphilis 60 % des déclarations de CT chez les 19 ans et moins
	<ul style="list-style-type: none"> Formation des professionnels de la santé 	<p>Sessions de formation offertes dans toutes les régions</p> <ul style="list-style-type: none"> Pour les médecins Autres professionnels de santé de première ligne impliqués dans la lutte aux ITS <p>Intégration de cet aspect dans le programme de formation des intervenants SID</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion des outils du programme 	<p>100 % des professionnels de santé concernés (médecins, infirmières impliqués dans le dépistage des ITS) ont reçu les outils pertinents</p> <p>Les outils sont accessibles sur commande aux professionnels de la santé</p> <p>L'envoi des outils pertinents est offert systématiquement au cas index lors des enquêtes épidémiologiques</p>
	Professionnels de santé (première ligne)	
	<ul style="list-style-type: none"> Intégration de cet aspect dans le counseling pré et post-test 	L'IPP a été abordée avec toutes les personnes ayant un diagnostic d'ITS

82. Selon l'organisation régionale des services, la réalisation des enquêtes peut être confiée une autre instance que la DRSP (ex. : CLSC, dispensaire).

Objectifs spécifiques	Activités	Critères
Offrir un support aux personnes infectées dans leurs démarches pour aviser leurs partenaires sexuels	<p>Directions de santé publique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise sur pied de services de soutien qui devra : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Proposer différentes modalités d'IPPS aux personnes infectées par une ITS ➢ Prendre une entente avec le cas index ➢ Préparer les cas index qui choisissent d'aviser eux-mêmes leurs partenaires. 	<p>100 % des régions ont implanté un service de soutien⁸³</p> <p>Offre systématique de service dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 100 % des déclarations gonorrhée ➢ 100 % des déclarations syphilis ➢ 100 % des ITS rares ➢ 60 % des déclarations de CT chez les 19 ans et moins <p>Réponse à toutes les demandes de soutien IPP acheminées par les professionnels de santé de première ligne</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Information/sensibilisation et formation des professionnels de la santé 	<p>100 % des professionnels de santé concernés ont reçu les documents du programme IPP</p> <p>Sessions de formation offertes aux médecins dans toutes les régions</p> <p>Sessions de formation dispensée dans toutes les régions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les intervenants des services de soutien • Pour les intervenants SID
	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusion des outils du programme destinés aux personnes infectées et aux partenaires 	<p>100 % des professionnels de santé concernés (médecins, infirmières impliqués dans le dépistage des ITS) ont reçu les outils pertinents</p> <p>Les outils sont accessibles sur commande à tous les professionnels de santé du réseau</p> <p>L'envoi des outils pertinents est offert systématiquement au cas index lors des enquêtes épidémiologiques</p>

83. Selon l'organisation régionale des services, le service de soutien peut être soit à la DRSP ou dans un autre établissement de santé mandaté spécifiquement à cet effet.

Objectifs spécifiques	Activités	Critères
(suite)	<p>Professionnels de santé (première ligne)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référence des cas prioritaires au service de soutien • Remise des outils destinés au cas index <p>Si le cas n'est pas référé au service de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration de la liste des partenaires • Préparation de la personne à aviser ses partenaires • Suivi auprès du cas index • 	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % des cas d'ITS MADO font l'objet d'une déclaration par les médecins • 100 % des médecins qui diagnostiquent des cas de ITS MADO réfèrent au service de soutien les cas pour lesquels les facteurs de vulnérabilité ne sont pas inclus dans les données de déclaration • 100 % des personnes avec un diagnostic d'ITS reçoivent les outils du programme qui leur sont destinés <p>Tous les cas d'ITS MADO pour lesquels il n'y a pas d'intervention du service de soutien sont supportés dans leur démarche par le clinicien.</p>
<p>Offrir un counseling préventif aux partenaires des personnes infectées par une ITS</p> <p>Favoriser l'évaluation et le traitement précoce des partenaires sexuels des personnes infectées par une ITS</p>	<p>Direction de santé publique⁸⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démarche auprès des partenaires ciblés pour counselling et référence <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi du cas index dans sa démarche • Formation 	<p>Démarche d'IPP entreprise pour 100 % des partenaires ciblés pour une intervention du service IPP selon l'entente avec le cas index</p> <p>Suivi effectué auprès de 100 % des cas prioritaires, qui, selon l'entente établie, se sont engagés à rejoindre eux-mêmes tous leurs partenaires ou certains d'entre eux</p> <p>Formation dispensée à tous les intervenants des services de soutien et aux intervenants des SID Intégration de ces aspects dans les formations offertes aux médecins (voir premier objectif spécifique)</p>

84. Selon l'organisation régionale des services, le service de soutien peut être soit à la DRSP ou dans un autre établissement de santé mandaté spécifiquement à cet effet.

Objectifs spécifiques	Activités	Critères
	<p>Professionnels de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueil des partenaires référés pour évaluation et traitement. • Remise des outils disponibles sur les ITS (brochures dépliants produits par le MSSS, la DRSP ou autres instances) 	<p>Tous les partenaires contactés sont référés pour évaluation et traitement Les partenaires ont accès aux documents pertinents sur les ITS.</p>

