



Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang

RAPPORT DE RECHERCHE

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Septembre 2014

AUTEURS

Sous-comité Facteurs de risque et ITSS à rechercher

Marie-Claude Drouin, agente de planification de programmation et de recherche, coordonnatrice du Comité sur les ITSS
Institut national de santé publique du Québec

Marc Steben, médecin-conseil, président du Comité sur les ITSS
Institut national de santé publique du Québec

Jean-Guy Baril, médecin clinicien (*auteur principal de la section VIH*)
Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH

Claude Fortin, médecin microbiologiste-infectiologue (*auteur principal de la section syphilis*)
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Claude Gauthier, médecin-conseil (*auteur principal de la section infection gonococcique*)
Direction de santé publique Bas-Saint-Laurent

Françoise Gendron, médecin-conseil (*auteure principale de la section infection à Chlamydia trachomatis*)
Direction de santé publique de l'Estrie

Claude Laberge, médecin conseil
Service de lutte contre les ITSS, ministère de la Santé et des Services sociaux

Marie-Louise Vachon, médecin microbiologiste-infectiologue (*auteure principale de la section VHB et VHC*)
Centre hospitalier universitaire de Québec-Centre hospitalier de l'Université Laval

AVEC LA COLLABORATION DE

Karine Blouin, agente de planification, de programmation et de recherche
Institut national de santé publique du Québec

Mariève Talbot-Savignac, agente de planification, de programmation et de recherche, coordonnatrice du Comité sur les ITSS pour l'année 2013-2014
Institut national de santé publique du Québec

Membres du Comité sur les ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Virginie Boué, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2015
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-72221-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2015)

Membres du comité sur les ITSS – années d'exercice 2012-2014 (en ordre alphabétique de nom de famille)

Michel Alary, médecin-conseil et chercheur
Unité de recherche en santé des populations, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec,
Université Laval

Jean-Guy Baril, médecin clinicien
Président du Comité consultatif sur la prise en charge clinique des PVVIH
Clinique du Quartier Latin

Marc Dionne, directeur scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du
Québec

André Dontigny, directeur
Direction de la prévention et de la promotion de la santé, ministère de la Santé et des Services
sociaux

Marie-Claude Drouin, agente de planification, de programmation et de recherche
Coordonnatrice du Comité sur les ITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du
Québec

Brigitte Fournier, médecin conseil en maladies infectieuses
Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches/Direction de santé publique

Judith Fafard, médecin microbiologiste-infectiologue et représentante de l'Association des médecins
microbiologiste du Québec
Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur

Suzanne Gagnon, médecin conseil
Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, ministère de la Santé et des
Services sociaux

Claude Gauthier, médecin conseil et représentant de la Table de concertation en maladies
infectieuses
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent/Direction de santé publique

Danielle Gélinas, infirmière
Module maladies transmissibles, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue/Direction de santé publique

Françoise Gendron, médecin conseil
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Robert Gervais, médecin conseil
Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du
Canada

Lise Guérard, chef de service du Service de lutte contre les ITSS
Direction de la prévention et de la promotion de la santé, ministère de la Santé et des Services
sociaux

Annie-Claude Labbé, médecin microbiologiste-infectiologue
Présidente du Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS de l'Institut national de
santé publique du Québec
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Gilles Lambert, médecin-conseil
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Danièle Longpré, médecin clinicien
Clinique médicale l'Actuel

Ken Monteith, directeur général
Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida

Raymond Parent, chef de l'unité Infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du
Québec

Marc Steben, médecin conseil
Président du Comité sur les ITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du
Québec

Nathanaëlle Thériault, médecin conseil
Équipe maladies infectieuses, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Cécile Tremblay, directrice scientifique
Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec

Maude Veilleux-Lemieux, pédiatre spécialisée en médecine de l'adolescence et représentante de
l'Association canadienne pour la santé des adolescents
Centre hospitalier universitaire de Québec

Avant-propos

Le rapport du sous-comité Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang à rechercher a soutenu la mise à jour 2014 des indications de dépistage du Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Les travaux ont débuté en juillet 2011 pour se terminer en novembre 2013. Le rapport ainsi que les indications de dépistage qu'il contient ont été entérinés par les membres du Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CITSS) de l'Institut national de santé publique du Québec le 20 mars 2013. Le rapport a ensuite été transmis au ministère de la Santé et de Services sociaux du Québec. Par la suite, quelques modifications mineures au rapport ont été présentées au CITSS et acceptées le 11 novembre 2013. Par conséquent, le rapport présente l'état des connaissances en date du 20 mars 2013. Toutefois, une mise à jour en continue des indications de dépistage est prévue.

Table des matières

Liste des tableaux.....	VII
Liste des figures.....	VII
Liste des sigles et acronymes	IX
Faits saillants.....	1
Résumé	3
1 Introduction	5
2 Mandat du sous-comité facteurs de risque et ITSS à rechercher	7
3 Méthodologie.....	9
3.1 Critères d'évaluation des indications de dépistage	9
3.2 Gradation des recommandations et évaluation de la qualité des données probantes	10
3.2.1 Gradation des indications de dépistage.....	10
3.2.2 Évaluation de la qualité des données probantes.....	11
4 Mise à jour des facteurs de risque	13
4.1 Indications de dépistage retenues.....	13
4.2 Définition de certaines indications de dépistage.....	14
4.2.1 Personne originaire d'une région où la gonorrhée, la syphilis, le VIH, le VHB et le VHC sont endémiques	15
4.2.2 Personne ayant eu un partenaire originaire d'une région où la gonorrhée, syphilis, le VIH, le VHB et le VHC sont endémiques.....	17
4.2.3 Partenaires sexuels multiples	17
4.2.4 Partenaires sexuels anonymes	19
4.2.5 Personne demandant un test de dépistage après un counseling prétest, même en l'absence de facteurs de risque dévoilés	19
4.3 Autres facteurs de risque à considérer dans l'évaluation du dépistage	19
4.3.1 Utilisation du condom	19
4.3.2 Consommation d'alcool et de drogue	20
4.3.3 Lieux de rencontre	20
4.3.4 Victime d'agression sexuelle	20
5 Mise à jour des indications de dépistage.....	21
5.1 Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	21
5.1.1 Facteurs de risque associés à l'infection.....	21
5.1.2 Les indications de dépistage ailleurs au Canada et dans le monde	24
5.1.3 Synthèse critique	26
5.1.4 Proposition d'indications de dépistage	28
5.2 Infection gonococcique	30
5.2.1 Facteurs de risque associés à l'infection.....	30
5.2.2 Les indications de dépistage ailleurs au Canada et dans le monde	33
5.2.3 Synthèse critique	34
5.2.4 Proposition d'indications de dépistage	36
5.3 Syphilis.....	37
5.3.1 Facteurs de risque associés à l'infection.....	38
5.3.2 Les indications de dépistage ailleurs au Canada et dans le monde	40

5.3.3	Synthèse critique.....	42
5.3.4	Proposition d'indications de dépistage	44
5.4	Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).....	46
5.4.1	Facteurs de risque associés à l'infection.....	47
5.4.2	Les indications de dépistage ailleurs au Canada et dans le monde	50
5.4.3	Synthèse critique.....	53
5.4.4	Proposition d'indications de dépistage	56
5.5	Virus de l'hépatite B (VHB).....	58
5.5.1	Facteurs de risque associés à l'infection.....	59
5.5.2	Les recommandations d'indications de dépistage au Canada et dans le monde	63
5.5.3	Synthèse critique.....	64
5.5.4	Proposition d'indications de dépistage	66
5.6	Virus de l'hépatite C (VHC)	67
5.6.1	Facteurs de risque associés à l'infection.....	68
5.6.2	Les indications de dépistage au Canada et dans le monde.....	72
5.6.3	Synthèse critique.....	74
5.6.4	Proposition d'indications de dépistage :	77
6	Synthèse des indications de dépistage proposées	79
7	Fréquence de dépistage recommandée	129
8	Pistes pour l'intervention, la recherche et la surveillance	131
	Bibliographie.....	133
Annexe 1	La recherche des facteurs de risque et l'évaluation du niveau de risque pour la personne	147

Liste des tableaux

Tableau 1	Sensibilité et spécificité des indications de dépistage selon l'étude montréalaise dans les milieux cliniques.....	23
Tableau 2	Sensibilité et spécificité des indications de dépistage selon l'étude montréalaise dans les milieux cliniques.....	31
Tableau 3	Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque	80

Liste des figures

Figure 1	Nombre de partenaires sexuels dans la dernière année chez les hommes EQSP 2008.....	18
Figure 2	Nombre de partenaires sexuels dans la dernière année chez les femmes EQSP 2008.....	18

Liste des sigles et acronymes

AASLD	American Association for the Study of Liver Diseases
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AIP	Atteinte inflammatoire pelvienne
ALT	Alanine Aminotransférase
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, France
ASPC	Agence de santé publique du Canada
AST	Aspartate Aminotransférase
BASHH	British Association for Sexual Health and HIV
CALI	Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIC	Citoyenneté et Immigration Canada
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CMQ	Collège des médecins du Québec
CT	<i>Chlamydia trachomatis</i>
CCSIR	Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et réfugiés
CITSS	Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
FR-ITSS	Facteurs de risque et infections transmissibles sexuellement et par le sang
GQDITSS	Guide québécois de dépistage des ITSS
HAS	Haute Autorité de Santé, France
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HASTI	HIV/AIDS and Sexually Transmissible Infections Subcommittee, Australie
ICAHRD	Intergovernmental Committee on AIDS, Hepatitis and Related Diseases, Australie
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infection(s) transmissible(s) sexuellement et par le sang
ITS	Infection(s) transmissible(s) sexuellement

IUSTI	International Union against Sexually Transmitted Infections
IVG	Interruption volontaire de grossesse
IPPAP	Intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une ITS et auprès de ses partenaires
LDC-ITS	Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
MACASHH	Ministerial Advisory Committee on AIDS, Sexual Health and Hepatitis, Australie
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NG	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OMS-Europe	Organisation mondiale de la Santé, division européenne
p.a	Personnes-années
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PSI-VIH	Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SAJR	Surveillance accrue des jeunes de la rue
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
UD	Usager de drogue
UDI	Usager de drogue par injection
USPSTF	United States Preventive Services Task Force
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain
VHS	Virus de l'herpès simplex

Faits saillants

Contexte

Ce rapport présente la synthèse de la littérature sur les facteurs de risque et les indications de dépistage pour chaque infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS). Il s'adresse aux professionnels de la santé concernés par le dépistage des ITSS.

Le contenu de ce rapport a soutenu la mise à jour 2014 des indications de dépistage du Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Il présente donc une révision des indications de dépistage des ITSS pour le Québec ainsi que le rationnel scientifique derrière les indications de dépistage du Guide, soit l'état des connaissances en date du 20 mars 2013.

Messages clés

- Le succès du dépistage ciblé réside dans la recherche des facteurs de risques par les professionnels de la santé et le dévoilement de ceux-ci par les patients.
- L'évaluation des indications de dépistage devrait être faite minimalement une fois par année dans le cadre de l'examen médical périodique. Un dépistage peut être offert plus fréquemment et en routine à certaines personnes à cause d'une présence continue ou répétée de facteurs de risque.
- Peu de nouveaux facteurs de risque ont été ajoutés à cette révision comparativement à la version déjà existante. Toutefois, compte tenu du portrait épidémiologique des ITSS au Québec, un effort a été fait afin de rejoindre davantage les populations susceptibles d'être à risque d'ITSS.

Résumé

Le dépistage des ITSS permet de déceler une infection chez les personnes l'ayant contractée, mais étant asymptomatiques. Offrir le dépistage selon les facteurs de risque évite des procédures chez les personnes ayant un faible risque d'avoir été exposés et augmente le taux de positivité chez ceux ayant subi un dépistage. Le succès d'une telle approche réside dans la recherche des facteurs de risque par les professionnels de la santé et le dévoilement de ceux-ci par les patients, sans quoi les personnes ciblées par l'offre de dépistage ne sont pas jointes.

Puisque le portrait épidémiologique des ITSS et des populations vulnérables à ces infections évoluent, une mise à jour des indications de dépistage au Québec a été effectuée par le sous-comité Facteurs de risque et ITSS à rechercher du Comité sur les ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec. Cette révision a été effectuée conséquemment à une demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les données probantes et les indications de dépistage ont été évaluées selon des critères prédéfinis en fonction de leur rigueur méthodologique et leur puissance scientifique.

Les prévalences estimées des ITSS dans certains groupes, le nombre de personnes rapportant avoir des comportements à risque selon les études recensées, le mode de vie de certains groupes de la population, la difficulté pour certaines personnes d'avoir accès à des services de santé ou de dévoiler ses facteurs de risque, les complications anticipées d'une infection non traitée sont les facteurs qui ont influencé le choix des indications de dépistage.

Les indications de dépistage peuvent se diviser en deux grandes catégories : caractéristiques de la personne et de ses partenaires et contexte de la consultation de santé. Pour chacune d'entre elles, les ITSS à rechercher ont été précisés.

Caractéristiques de la personne et de ses partenaires :

- Caractéristiques sociodémographiques :
 - jeune de 25 ans et moins actif sexuellement;
 - personne provenant d'une région où la gonorrhée, la syphilis¹, le VIH, le VHB ou le VHC est endémique;
 - personne résidant dans les régions Terres-Cries-de-la-Baie-James et Nunavik;
- Comportements et modes de vie :
 - homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH);
 - travailleur et travailleuse du sexe;
 - utilisateur de drogues par injection ou inhalation (UDI);
- Caractéristiques des partenaires sexuels ou de consommation :
 - personne ayant eu un nouveau partenaire ou plus de un concurremment;
 - personne ayant eu des partenaires multiples;
 - personne ayant eu un partenaire anonyme;

¹ Pour la gonorrhée et la syphilis : si la personne est ou a été sexuellement active.

- personne ayant eu un partenaire originaire d'une région où la gonorrhée, la syphilis, le VIH, le VHB ou le VHC est endémique;
- Milieu de vie :
 - personnes incarcérées ou l'ayant été;
 - personnes recevant des services dans un centre de ressources en dépendance aux drogues;
- Personne demandant un test de dépistage après un counseling prétest, même en l'absence de facteurs de risque dévoilés.

Contexte de la consultation de santé :

- Diagnostic d'ITSS;
- Grossesse et interruption volontaire de grossesse;
- Exposition à du sang et autres liquides biologiques :
 - tatouage, perçage dans des conditions non stériles;
 - exposition en milieu de travail;
 - procédures médicales (chirurgicales ou autres) avec du matériel potentiellement contaminé dans des régions où la prévalence du VIH, VHB ou VHC est élevée;
 - transfusion de sang et de produits sanguins et greffes de cellules, de tissus ou d'organe avant la mise en place de mesure universelle de criblage des donneurs;
- Conditions médicales particulières (diagnostic différentiel et élément de suivi médical) :
 - chimiothérapie ou autre thérapie immunosuppressive;
 - hémodialyse;
 - lymphome;
 - tuberculose;

Plusieurs pistes pour la recherche et la surveillance des ITSS au Québec sont proposées en guise de conclusion.

1 Introduction

Le dépistage est une activité préventive efficace du continuum d'intervention visant à briser la chaîne de transmission des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)[1]. Le dépistage permet de détecter une infection chez les personnes l'ayant contractée, mais étant asymptomatiques. Lorsqu'une personne présente des symptômes, il s'agit d'un diagnostic et ce cas de figure n'est pas abordé dans le cadre de ce rapport.

Le dépistage selon les facteurs de risque, par opposition au dépistage universel, a l'avantage de mieux cibler les populations à risque. Cette approche évite des procédures chez ceux ayant un faible risque d'avoir été exposés et augmente le taux de positivité chez ceux ayant subi un dépistage. Ainsi, le ratio coûts/bénéfices du dépistage est amélioré. Le principal inconvénient du dépistage ciblé est que si l'ensemble des facteurs de risque n'est pas recherché par les professionnels de la santé ou si ceux-ci ne sont pas divulgués par les patients, les personnes ciblées par l'offre de dépistage ne sont pas jointes. Ceci souligne l'importance de questionner régulièrement les patients sur leurs facteurs de risque.

Comme le portrait épidémiologique des ITSS et le portrait des populations vulnérables à ces infections évoluent, une mise à jour des indications de dépistage au Québec a été effectuée. Ce rapport présente le mandat du sous-comité Facteurs de risque et ITSS à rechercher (FR-ITSS) du Comité sur les ITSS (CITSS) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la méthodologie employée pour la révision des facteurs de risque et des indications de dépistage, la révision et la définition des facteurs de risque, la synthèse de la revue de la littérature pour chaque ITSS, un tableau synthèse des indications de dépistage selon les facteurs de risque retenus, la fréquence de dépistage des ITSS recommandée et des propositions pour la recherche, l'intervention et la surveillance. Les indications de dépistage proposées par le sous-comité et adoptées par le CITSS sont présentées dans le tableau synthèse.

Les ITSS traitées dans ce rapport sont les infections à *Chlamydia trachomatis* (CT), à *Neisseria gonorrhoeae* (NG), à *Treponema pallidum* (syphilis) et les infections causées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC). Bien que les infections causées par le virus du papillome humain (VPH) ou le virus herpès simplex (VHS), les mycoplasmes génitaux, la trichomonase, le chancre mou et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) soient aussi transmis sexuellement, ils ne font pas l'objet de cette présente révision puisqu'ils ne font pas l'objet de dépistage, mais d'un diagnostic. Ce rapport ne précise pas non plus les tests de laboratoire à utiliser ni les sites de prélèvement pour les tests de dépistage. Cette question sera traitée par le Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI) de l'INSPQ.

Enfin, l'application clinique des indications de dépistage proposées dans ce rapport peut varier selon les milieux cliniques (clientèle et prévalence estimée) et les régions (portrait épidémiologique). Le jugement clinique est toujours requis dans l'évaluation des indications de dépistage et l'offre de dépistage.

2 Mandat du sous-comité facteurs de risque et ITSS à rechercher

En avril 2011, le Service de lutte contre les ITSS du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a sollicité le CITSS pour effectuer une mise à jour des facteurs de risque associés aux ITSS et indiquer les ITSS à rechercher selon les facteurs de risque. Les attentes du MSSS sont une mise à jour des renseignements compris dans le *Guide québécois de dépistage des ITSS (GQDITSS)* aux pages 35 à 39 et 47 (annexe 1)[2] :

- Appuyée par les données de la littérature jugées les plus pertinentes par les experts du CITSS et de l'INSPQ;
- Avec une analyse des données épidémiologiques qui tient compte du contexte québécois.

Afin de répondre au mandat confié par le MSSS, le sous-comité FR-ITSS a été formé. Les travaux ont débuté en juillet 2011 pour se terminer en novembre 2013.

3 Méthodologie

Les travaux de mise à jour s'appuient sur une revue des recommandations de dépistage dans des pays qui ont une épidémiologie comparable à la nôtre (États-Unis, France, Grande-Bretagne, Australie). Cette première étape a permis de donner un aperçu du champ des possibilités en matière de dépistage. Ces recommandations étrangères, les recommandations canadiennes et les indications québécoises de dépistage révisées en 2010 ont ensuite été analysées en fonction de l'épidémiologie québécoise et des données probantes sur les risques de transmission. Le *Portrait des ITSS au Québec, Année 2010 (et projection 2011)*[3] et le *Rapport intégré*[4], rapport récent qui présente et analyse les données épidémiologiques disponibles sur les ITSS au Québec, ont été les deux sources principales d'information sur l'épidémiologie québécoise. De plus, des données non publiées, des consultations auprès de professionnels expérimentés et des échanges au sein du sous-comité FR-ITSS ont grandement contribué à l'évaluation des indications de dépistage à proposer. Une recension des écrits a été effectuée sur des questions complémentaires émergeant des réflexions du sous-comité FR-ITSS et du CITSS.

Les indications de dépistage pour chaque infection ont été révisées par un membre du sous-comité à partir des données colligées par la revue de la littérature. Des critères d'évaluation des indications de dépistage (section 3.1) ainsi qu'une charte de gradation des indications et d'évaluation de la qualité des données probantes (section 3.2) ont été établis. Les propositions d'indications de dépistage ont ensuite été discutées au sein du sous-comité avant d'être soumises au CITSS. Un effort a été fait afin de synthétiser les indications de dépistage et de simplifier la recherche de facteurs de risque en milieu clinique. Le CITSS a entériné le rapport ainsi que les indications qui y sont proposées le 20 mars 2013. Quelques modifications relativement mineures ont été proposées et acceptées au CITSS, le 11 novembre 2013.

Les indications de dépistage pour chacune des ITSS ont été révisées de façon indépendante (section 5). Par la suite, elles ont été révisées de façon transversale dans le but de favoriser l'application clinique (section 6).

Enfin, la présente analyse est restreinte par les limites des programmes de surveillance au Québec et des études recensées. Par exemple, l'absence de données de prévalence des ITSS au Québec ne nous permet pas d'évaluer avec certitude la situation épidémiologique ni d'estimer le ratio coût-efficacité des différentes indications de dépistage. Les propositions de dépistage qui suivent se basent sur la meilleure connaissance de l'épidémie des ITSS que nous avons en ce moment.

3.1 Critères d'évaluation des indications de dépistage

Trois critères généraux ont été retenus pour proposer des indications de dépistage :

- Épidémiologie;
- Rapport avantages/inconvénients;
- Faisabilité.

Ces trois critères sont nuancés par la mise à jour des critères justifiant un dépistage effectué par le groupe de travail du MSSS sur la mise à jour du *Guide d'intervention sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang à déclaration obligatoire*[5] et s'appuyant sur les critères définis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)[5] :

- Problème de santé important;
- Prévalence élevée de la maladie dans le groupe visé;
- Évolution naturelle de la maladie bien connue;
- Durée de la phase asymptomatique suffisante pour permettre d'effectuer un dépistage;
- Examen de dépistage valide, fiable et acceptable;
- Traitement efficace disponible;
- Traitement précoce apportant des avantages par rapport à un traitement tardif;
- Critères précis permettant de déterminer auprès de qui doit se faire le dépistage;
- Coût du dépistage n'est pas disproportionné en comparaison au coût de santé de cette maladie.

3.2 Gradation des recommandations et évaluation de la qualité des données probantes

Les critères pour la gradation des indications de dépistage et l'évaluation des données probantes sont inspirés de ceux employés par le US Preventive Services Task Force (USPSTF)[6] et du Comité consultatif sur la prise en charge clinique des PVVIH[7].

Plus les données probantes appuyant l'indication de dépistage sont multiples et de niveau élevé, plus l'indication de dépistage sera gradée fortement. Inversement, plus les données probantes sont limitées, moins l'indication de dépistage sera évaluée fortement, sauf dans les cas où les experts qui ont une bonne connaissance du terrain et de la littérature scientifique récente, en l'occurrence les membres du CITSS, l'évaluent fortement.

L'évaluation des données probantes et la gradation des indications de dépistage d'autres organismes de santé publique ont influencé l'évaluation des indications de dépistage proposées par le sous-comité. Par exemple, une indication de dépistage gradée A par les Centers for disease control and prevention (CDC) et le British Association for sexual health and HIV (BASHH) a beaucoup de chance de l'être également dans ces travaux, sauf si l'épidémiologie québécoise ne le justifie pas.

3.2.1 GRADATION DES INDICATIONS DE DÉPISTAGE

Fortement indiqué (A) : Il existe des données probantes sur les bienfaits ou l'efficacité de cette approche, incluant des données épidémiologiques québécoises possiblement généralisables.

Indiqué (B) : Il existe des données sur les bienfaits modérés ou sur l'efficacité modérée de cette stratégie ou des données de qualité modérée sur l'efficacité de cette approche.

Non indiqué d'emblée (optionnel) (C) : Il y a des données qui suggèrent que le bénéfice d'une telle stratégie est petit ou les données sont discordantes, ou encore elles révèlent des risques potentiels à l'utilisation de la stratégie de dépistage. Toutefois, l'indication de dépistage peut être appliquée selon le jugement clinique de façon individuelle.

Non indiqué (D) : Il y a des données qui montrent que l'approche n'apporte pas de bénéfice ou que les méfaits surpassent les bénéfices.

3.2.2 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES

Élevée (I) : La méthodologie des études est robuste. Les échantillons sont représentatifs de la population. Les études évaluent les effets d'un service sur la santé. Il est peu probable que les résultats soient contredits par d'autres études ultérieures.

Modérée/Faible (II) : Les données permettent d'estimer les effets du service sur la santé, mais la validité et la fidélité des résultats sont limitées par des contraintes méthodologiques. Les données sont limitées par la faible quantité d'études, des limites importantes dans les études recensées, des résultats différents d'une étude à l'autre, des limites dans les évidences, l'impossibilité de généraliser les résultats et l'absence de résultats sur les effets sur la santé. L'avancement des connaissances pourrait modifier les conclusions.

Opinion d'experts (III) : En l'absence de données probantes ou en présence de données discordantes, l'opinion des experts dans le domaine devient la référence pour établir une recommandation.

4 Mise à jour des facteurs de risque

Cette section présente sommairement les facteurs de risque retenus dans cette mise à jour des indications de dépistage. Peu de nouveaux facteurs de risque comparativement à la version déjà existante ont été ajoutés à cette révision. Toutefois, compte tenu du portrait épidémiologique des ITSS au Québec, un effort a été fait afin d'élargir les indications de dépistage.

Les prévalences estimées des ITSS dans certains groupes, le nombre de personnes rapportant avoir des comportements à risque selon les études recensées, le mode de vie de certains groupes de la population, la difficulté pour certaines personnes d'avoir accès à des services de santé ou de dévoiler ses facteurs de risque, les complications anticipées d'une infection non traitée font en sorte qu'un dépistage de certaines ou de l'ensemble des ITSS peut être offert d'emblée auprès de certains groupes. Néanmoins, une évaluation des comportements à risque auprès des personnes appartenant à ces groupes permet de personnaliser l'intervention préventive, dont le counseling, selon leurs besoins.

Les personnes qui cumulent plus d'un facteur de risque ont un risque accru de contracter une ITSS. Un suivi et un counseling adaptés devraient leur être offerts. De plus, une personne chez qui les facteurs de risque sont présents de façon répétée ou continue devrait se voir offrir un dépistage périodique. Des propositions de fréquence de dépistage sont proposées à la section 7.

Les facteurs présentés ci-dessous devraient orienter l'intervention préventive et le dépistage des ITSS à proposer. Ce sont autant de facteurs que le professionnel voudra discuter avec son patient afin de lui offrir un service adapté à ses besoins. De plus, pour plusieurs facteurs de risque, les partenaires d'une personne qui les possède devraient se voir offrir les mêmes tests de dépistage que si elles avaient ces facteurs de risque, selon le risque d'exposition et le jugement clinique.

4.1 Indications de dépistage retenues

Dans cette section se trouve la liste des facteurs de risque pour lesquels une offre de dépistage de l'une ou l'autre des ITSS est indiquée selon les résultats des travaux du sous-comité FR-ITSS. Les prochaines sections spécifieront les ITSS à rechercher selon ces indications de dépistage. Les indications de dépistage peuvent se diviser en deux grandes catégories : caractéristiques de la personne et de ses partenaires et contexte de la consultation de santé.

Caractéristiques de la personne et de ses partenaires :

- Caractéristiques sociodémographiques :
 - jeune de 25 ans et moins actif sexuellement;
 - personne provenant d'une région où la gonorrhée, la syphilis², le VIH, le VHB ou le VHC est endémique;
 - personne résidant dans les régions Terres-Cries-de-la-Baie-James et Nunavik;
- Comportements et modes de vie :
 - homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH);
 - travailleur et travailleuse du sexe;

² Pour la gonorrhée et la syphilis : si la personne est ou a été sexuellement active.

- utilisateur de drogues par injection ou inhalation (UDI);
- Caractéristiques des partenaires sexuels ou de consommation :
 - personne ayant eu un nouveau partenaire ou plus de un concurremment;
 - personne ayant eu des partenaires multiples;
 - personne ayant eu un partenaire anonyme;
 - personne ayant eu un partenaire originaire d'une région où la gonorrhée, la syphilis, le VIH, le VHB ou le VHC est endémique;
- Milieu de vie :
 - personnes incarcérées ou l'ayant été;
 - personnes recevant des services dans un centre de ressources en dépendance aux drogues;
- Personne demandant un test de dépistage après un counseling prétest, même en l'absence de facteurs de risque dévoilés.

Contexte de la consultation de santé :

- Diagnostic d'ITSS;
- Grossesse et interruption volontaire de grossesse;
- Exposition à du sang et autres liquides biologiques :
 - tatouage, perçage dans des conditions non stériles;
 - exposition en milieu de travail;
 - procédures médicales (chirurgicales ou autres) avec du matériel potentiellement contaminé dans des régions où la prévalence du VIH, VHB ou VHC est élevée;
 - transfusion de sang et de produits sanguins et greffes de cellules, de tissus ou d'organe, selon l'année et le pays où les produits ont été reçus;
- Conditions médicales particulières (diagnostic différentiel et élément de suivi médical) :
 - chimiothérapie ou autre thérapie immunosuppressive;
 - hémodialyse;
 - lymphome;
 - tuberculose.

4.2 Définition de certaines indications de dépistage

Alors que la signification de certaines indications de dépistage va de soi, par exemple l'âge, d'autres nécessitent de s'attarder à leur définition opérationnelle.

4.2.1 PERSONNE ORIGINNAIRE D'UNE RÉGION OÙ LA GONORRHÉE, LA SYPHILIS³, LE VIH, LE VHB ET LE VHC SONT ENDÉMIQUES

Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) peut exiger un résultat de test de dépistage pour la syphilis et le VIH pour certaines personnes demandant à résider au Canada et peut demander un test de dépistage du VHB et VHC dans certains contextes. Ce ne sont donc pas tous les immigrants au Canada qui ont reçu un résultat de test pour ces infections[8]. La Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et des réfugiés (CCSIR) souligne que plusieurs immigrants et réfugiés au Canada n'ont pas reçu ou compris leurs résultats de tests au moment de l'immigration, ce qui nuit à la prévention de la transmission de l'infection et à l'accès à un suivi clinique. Selon ce groupe, offrir un test de dépistage aux immigrants ouvre la porte à une offre de soins de santé adaptés à leurs besoins et à leur culture[9].

De plus, le risque d'acquisition de ces infections se poursuit après l'immigration, entre autres à cause des voyages dans le pays d'origine et du réseau sexuel. Cette indication doit être modulée selon les facteurs de risque de la personne ainsi que son histoire personnelle et ses antécédents de dépistage[10].

Le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) définit le concept « personnes originaires d'une région endémique pour le VIH » en référant aux personnes nées dans les régions où le VIH est à forte endémicité ou ayant un des deux parents né là-bas (immigrants de 1^{er} et 2^e génération)[10].

Dans le contexte québécois, en plus des personnes immigrantes de ces régions de 1^{er} génération qui sont visées par cette indication, celles de 2^e génération pourraient l'être aussi si elles ont eu un partenaire sexuel provenant d'une région où la gonorrhée, la syphilis, le VIH ou le VHB sont endémiques (voir section 4.2.2).

L'OMS, sans préciser un seuil, estime que les régions à forte endémicité pour les **infections transmissibles sexuellement (ITS)** (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud-Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[11]. Notons toutefois que la chlamydia est une infection dont la prévalence estimée est élevée dans toutes les régions du monde comparativement aux autres ITS[12]. Par ailleurs, des éclosions de syphilis ont été observées dans plusieurs grandes villes comme New York[13], Los Angeles[14], Montréal[4] et autres[15].

Par régions à endémicité élevée pour le **VIH**, l'ASPC réfère à celles qui présentent l'une des caractéristiques suivantes :

- Une prévalence de 1 % ou plus chez les adultes de 15 à 49 ans et où la transmission est à prédominance hétérosexuelle;
- Le ratio hommes-femmes infectés est de 2 pour 1 ou moins;
- La prévalence du VIH chez les femmes recevant des soins prénataux est de 2 % ou plus[10].

Selon les estimations de l'OMS en 2009, les régions à endémicité élevée (plus de 1 % pour le VIH) sont principalement l'Afrique subsaharienne et les Caraïbes. Une carte géographique détaillée a été produite par l'OMS et l'ONUSIDA en 2011[16]. Par ailleurs, la CCSIR recommande, entre autres, un dépistage pour les personnes provenant de régions où la prévalence dépasse 1 % : Afrique Subsaharienne et les Caraïbes. Les personnes en provenance de la Thaïlande, de l'est de l'Europe et

³ Pour la gonorrhée et la syphilis : sauf si la personne n'a jamais été sexuellement active.

de l'Asie Centrale pourraient aussi faire l'objet d'une indication de dépistage puisque la prévalence estimée est de 0,9 %^[9].

Une région à endémicité modérée ou élevée pour le **VHB** est caractérisée selon l'OMS par une prévalence de 2 % et plus. Une carte géographique détaillée a été produite par l'OMS en 2012^[17]. Les régions où la prévalence d'infection chronique au VHB est intermédiaire ou élevée (≥ 2 %) sont l'Asie du Sud-est, la Chine, les îles du Pacifique, l'Afrique subsaharienne, l'Alaska, le Pérou, le nord-ouest du Brésil, le bassin de la Méditerranée, l'Europe de l'Est, l'Asie centrale, le Japon, le bassin de l'Amazone et le Moyen-Orient^[9, 18, 19].

Les régions où la prévalence du **VHC** dépasse la prévalence moyenne mondiale soit 3 % peuvent être considérées comme étant à forte endémicité. L'Italie, la Roumanie, l'Égypte, le Pakistan et Taiwan affichent une prévalence supérieure à 3 %. Toutefois, la prévalence du VHC est inconnue ou sous-estimée dans plusieurs pays^[18-20]. Une carte géographique détaillée a été publiée en 2011^[20].

Ce sont à ces seuils que nous référons pour définir les pays à endémicité élevée pour les ITSS. Toutefois, il est possible que l'épidémiologie mondiale de ces ITSS change, d'où la nécessité de s'appuyer sur les données les plus à jour possible.

À toutes fins pratiques, les membres du CITSS⁴ sont unanimes sur la nécessité de regrouper en une liste les régions du monde où l'une de ces infections est fortement endémique. Ils conviennent qu'il est préférable de couvrir plus large avec cette indication de dépistage plutôt qu'émettre des recommandations si complexes que leur application clinique serait compromise. Par ailleurs, plusieurs régions ont plus d'une ITSS endémique sur leur territoire. Par contre, un clinicien qui dispose de données à jour sur l'épidémiologie des ITSS dans le monde peut adapter son offre de test de dépistage à ses patients selon leur provenance. Il serait indiqué d'offrir un dépistage de la gonorrhée, la syphilis⁵, du VIH, du VHB et du VHC aux personnes originaires de l'une de ces régions :

- Caraïbes;
- Afrique subsaharienne;
- Fédération de la Russie;
- Europe de l'Est;
- Moyen-Orient (incluant l'Égypte et le Pakistan);
- Asie du Sud et Asie centrale;
- Amériques centrale et du Sud;
- Bassin du Pacifique, excluant le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

En plus, toutes les personnes originaires de l'Égypte (Afrique du Nord) et du Pakistan (Asie du Sud) devraient se voir offrir au moins une fois un dépistage du VHC.

⁴ Rencontre du CITSS, le 11 juin 2012.

⁵ Pour la gonorrhée et la syphilis : sauf si la personne n'a jamais été sexuellement active.

4.2.2 PERSONNE AYANT EU UN PARTENAIRE ORIGINAIRE D'UNE RÉGION OÙ LA GONORRHÉE, SYPHILIS, LE VIH, LE VHB ET LE VHC SONT ENDÉMIQUES

Cette indication réfère aux personnes qui vivent au Québec et qui ont eu une relation sexuelle avec un partenaire originaire d'une des régions précédemment citées. La rencontre a pu se faire sur le territoire québécois (c.-à-d. un résidant rencontrant un voyageur au Québec), dans un contexte de voyage dans une région où la gonorrhée, la syphilis, le VIH ou le VHC sont endémiques ou lors d'un séjour prolongé dans ces régions.

Une revue systématique de la littérature accompagnée d'une méta-analyse estime que 20,4 % des voyageurs ont eu des relations sexuelles avec un partenaire occasionnel dans le contexte de voyage, près de la moitié d'entre eux ayant eu une relation sexuelle non protégée. Les auteurs estiment que la rencontre d'un nouveau partenaire à l'étranger est associée à un jeune âge, au genre masculin, au célibat, au voyage en solitaire ou avec des amis, à de multiples partenaires sexuels et aux antécédents d'ITS. Selon leur étude, le risque de contracter une ITS augmentait de 3 fois lorsque les personnes avaient une relation sexuelle avec un partenaire occasionnel dans le contexte d'un voyage[21].

Les partenaires d'une personne originaire d'une région où la gonorrhée, la syphilis, le VIH, le VHB ou le VHC sont endémiques partagent les mêmes facteurs de risque que la personne qui est originaire de l'une des régions en question. Pour le VHC, cela concerne uniquement les partenaires de consommation de drogues par inhalation ou par injection. Puisque la prévalence de la chlamydia est élevée dans la plupart des pays, il est aussi indiqué d'offrir à ces personnes un dépistage de cette ITS. Ceci correspond par ailleurs à l'indication de dépistage pour les personnes ayant un nouveau partenaire.

4.2.3 PARTENAIRES SEXUELS MULTIPLES

La définition d'un nombre seuil de partenaires sexuels pour une période de temps donnée à partir duquel il est justifié d'offrir un dépistage des ITSS est arbitraire. Les résultats des études ne sont pas congruents quant au nombre de partenaires à partir duquel le risque de contracter une ITSS est augmenté. Plusieurs autres facteurs entrent en ligne de compte. Entre autres, plus les relations entre différentes personnes sont rapprochées dans le temps ou se chevauchent (relations concomitantes et sériées), plus le risque de contracter une ITSS est augmenté[22]. Par ailleurs, la plupart des lignes directrices sur le dépistage et la prise en charge clinique des ITSS n'opérationnalisent pas ce concept.

Les membres du CITSS⁶ ont proposé d'établir un seuil permettant d'exclure les personnes chez qui la probabilité d'être infectées par la syphilis, le VIH, le VHB ou le VHC est faible, tout en rejoignant celles qui ont un risque probable d'avoir contracté une ITSS sans être ciblées par une des indications de dépistage⁷.

Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) en 2008, 11,1 % de l'ensemble de la population québécoise sexuellement active ont eu 2 partenaires sexuels et plus au cours de la dernière année. Ce taux est variable selon le sexe et les groupes d'âge. Il est le plus élevé, soit jusqu'à 30 % chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans (tableau 1 et 2).

⁶ Rencontre du CITSS, le 30 avril 2012.

⁷ À noter qu'une proposition d'indication de dépistage du sous-comité *FR-ITSS* vise un dépistage des infections à CT et NG dès qu'il y a un nouveau partenaire ou si le (s) partenaire (s) a eu un nouveau partenaire depuis le dernier dépistage.

Figure 1 Nombre de partenaires sexuels dans la dernière année chez les hommes EQSP 2008[23]

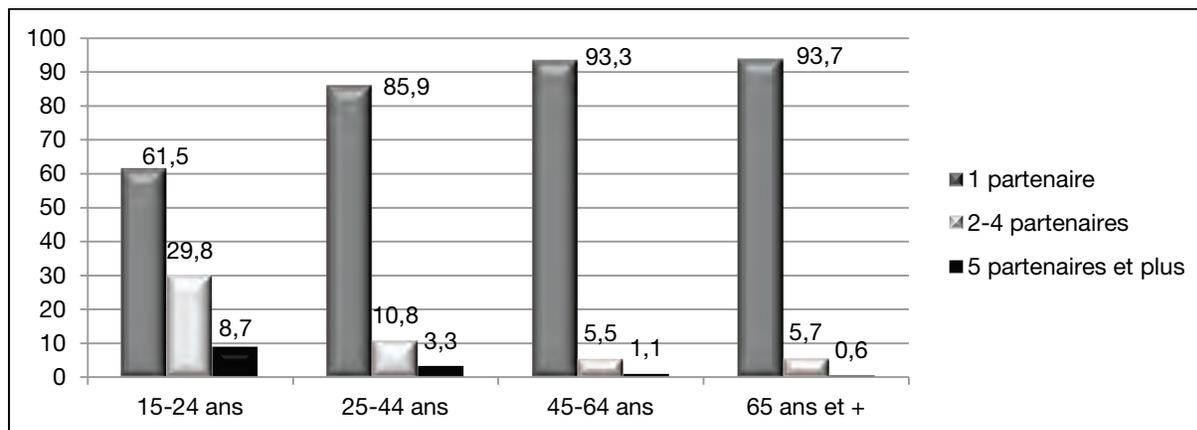
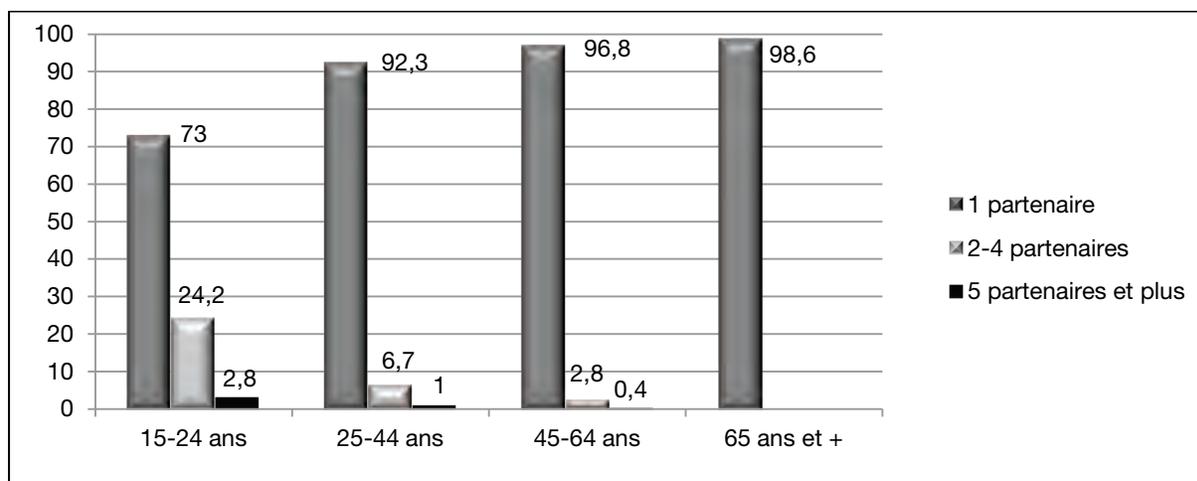


Figure 2 Nombre de partenaires sexuels dans la dernière année chez les femmes EQSP 2008[23]



Établir un seuil unique sur le nombre de partenaires à partir duquel un dépistage de toutes les ITSS est indiqué, en l'absence d'autres facteurs de risque tels que les relations sexuelles entre hommes ou le travail du sexe, s'avère une tâche complexe. Peu de données probantes associant le risque potentiel de contracter une ITSS et le nombre de partenaires sexuels sont disponibles. Des études de surveillance avec analyses biologiques tenant compte de ce facteur de risque devraient être effectuées au Québec afin de convenir d'un seuil sur des bases scientifiques.

À l'aide des indicateurs présentés ci-dessus et dans les différentes sections sur les ITSS de ce rapport, des seuils fixés dans d'autres lignes directrices et d'une lecture du portrait épidémiologique québécois, le sous-comité a convenu qu'un seuil à plus de 3 partenaires sexuels dans la dernière année serait le plus pertinent (évaluation C/III). Il s'agit toutefois d'une décision prise par consensus d'experts et qui tient compte des autres indications de dépistage proposées.

Ce seuil est établi à titre indicatif. Il devrait être modulé selon l'infection considérée, les caractéristiques du patient et du milieu dans lequel il évolue. Le jugement clinique est requis. De plus, ce seuil devrait être adapté à l'épidémiologie régionale et locale des ITSS. Par exemple, dans le cas

du VIH, si les données épidémiologiques montrent que la prévalence pourrait être supérieure au seuil de coût efficacité établi par les CDC⁸, le seuil pour définir l'indication de dépistage « partenaires sexuels multiples » en l'absence d'autres indications de dépistage pourrait être abaissé.

En l'absence de données probantes, les membres du CITSS considèrent qu'un seuil de plus de 3 partenaires sexuels dans la dernière année pourrait représenter un indicateur de risque d'acquisition d'une ITSS et justifier un dépistage indépendamment des autres facteurs de risque (C III). Ce seuil peut être modulé en fonction de l'infection considérée, de la prévalence attendue dans le groupe d'âge visé, dans un milieu ou une région donnée.

4.2.4 PARTENAIRES SEXUELS ANONYMES

Les partenaires sexuels anonymes réfèrent aux partenaires qui sont peu connus du patient. Le patient ne connaît peu ou rien de leurs caractéristiques ou même de leurs coordonnées. Les partenaires rencontrés dans des lieux de rencontres sexuelles immédiates (sex-club, sauna, parcs), dans les bars, sur Internet ou sur les médias sociaux peuvent être considérés comme étant des partenaires anonymes. Puisque les facteurs de risque du partenaire sexuel ne peuvent être connus, un dépistage de toutes les ITSS, sauf le VHC, est indiqué.

4.2.5 PERSONNE DEMANDANT UN TEST DE DÉPISTAGE APRÈS UN COUNSELING PRÉTEST, MÊME EN L'ABSENCE DE FACTEURS DE RISQUE DÉVOILÉS

Cette indication de dépistage réfère aux personnes qui, après avoir reçu un counseling prétest complet et ne révélant pas de facteurs de risque justifiant un dépistage des ITSS, demandent tout de même un dépistage. Elle vise à permettre aux personnes de recevoir les tests de dépistage dont elles auraient besoin même si elles ne désirent pas dévoiler leur facteur de risque. Comme pour toutes les autres indications de dépistage, le jugement clinique est requis.

4.3 Autres facteurs de risque à considérer dans l'évaluation du dépistage

Certains facteurs recensés dans la littérature sont associés à un risque de transmission d'ITSS, mais ils ne sont pas suffisamment spécifiques pour justifier une indication de dépistage. Ils influencent le risque. Il demeure utile de les aborder dans l'intervention clinique afin d'adapter et d'orienter le counseling aux besoins de la personne. Quatre facteurs sont présentés ici.

4.3.1 UTILISATION DU CONDOM

L'utilisation du condom est la meilleure méthode pour se protéger contre la plupart des ITSS lors d'une relation sexuelle. Toutefois, une revue de la littérature montre que les erreurs relatives à l'utilisation du condom sont fréquemment rapportées dans des études à travers le monde et auprès de diverses clientèles[25].

L'enquête *Je passe le test* auprès de cégépiens montréalais âgés de 17 à 25 ans a révélé que près de la moitié des jeunes ayant eu une relation sexuelle dans la dernière année n'avait pas toujours utilisé le condom avec leurs partenaires occasionnels. Parmi les répondants, recrutés d'octobre 2005 à novembre 2006, qui ont utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle, 23,4 % ont rapporté qu'il y a eu pénétration avant l'installation du condom, 7,5 % ont rapporté que le condom

⁸ Le dépistage universel du VIH dans les milieux de soins, ce qui reviendrait à dire 1 partenaire et plus dans la dernière année, est considéré coût-efficace lorsque la prévalence dépasse 0,1 % (CDC[24]).

n'est pas demeuré en place jusqu'à la fin de la pénétration, et que le condom a été endommagé pendant la relation sexuelle chez 4,8 % d'entre eux[26].

Chez les jeunes hébergés en Centre jeunesse, les 3/4 des participants à l'enquête *Sexe, Drogue et autres questions de santé* qui étaient actifs sexuellement dans les six derniers mois n'ont pas toujours utilisé un condom. Parmi ceux et celles qui ont utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle (n = 176 et n = 97), 20,3 % des garçons et 20 % des filles ont rapporté une utilisation inadéquate du condom (c.-à-d. pénétration avant l'installation du condom, bris du condom, retrait du condom avant la fin de la pénétration)[27].

Une étude suédoise auprès de 1 305 patients dans une clinique ITSS montre que le seul fait d'avoir eu un nouveau partenaire ou un partenaire occasionnel est un facteur associé significativement à un résultat positif d'infection à *Chlamydia trachomatis*. De tous les patients questionnés, seulement 5 % ont affirmé utiliser le condom pendant toute la relation sexuelle avec leur dernier partenaire. Les auteurs concluent que d'évaluer l'utilisation du condom n'apporte pas de précision supplémentaire significative à l'évaluation des risques. Le seul fait d'être actif sexuellement était suffisant pour justifier un dépistage[28].

En somme, l'usage auto rapporté du condom ne semble pas être un indicateur valide pour le dépistage puisque les études rapportent une utilisation inconsistante du condom. Néanmoins, le questionnement sur l'utilisation du condom ou d'autres stratégies de réduction des risques lors des relations sexuelles permet d'orienter le counseling à offrir, de renforcer l'adoption de comportements sexuels sécuritaires et d'éduquer sur la bonne utilisation du condom.

4.3.2 CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUE

Bien que la consommation d'alcool et de drogue, particulièrement avant ou pendant une relation sexuelle, augmente les probabilités de comportements sexuels à risque, le sous-comité a convenu que ce facteur était trop général pour permettre de justifier un dépistage sur la seule base de ce critère. Néanmoins, la consommation de substances peut moduler le risque en affectant la capacité à adopter des comportements sécuritaires, surtout si la consommation se produit avant ou pendant l'activité sexuelle. Il s'agit d'un facteur à considérer dans l'évaluation générale des facteurs de risque. Seul le mode de consommation de drogue par inhalation ou par injection a été retenu comme une indication de dépistage dans le cadre de ces travaux.

4.3.3 LIEUX DE RENCONTRE

Les lieux de rencontre influencent l'adoption ou non de comportements sexuels sécuritaires à cause de plusieurs facteurs. Les partenaires sexuels rencontrés dans les lieux de rencontres sexuelles immédiates (sex-club, sauna, parc, club échangiste), dans les bars, sur Internet ou les médias sociaux peuvent être considérés comme étant des partenaires anonymes puisqu'ils sont souvent peu ou mal connus. Il ne faut toutefois pas généraliser, certains partenaires rencontrés dans ces lieux peuvent être connus du patient. Le professionnel de la santé de première ligne gagnera à questionner son patient sur ses facteurs de risque et sur ses partenaires. Lorsque le partenaire est anonyme (peu ou mal connu du patient), un dépistage systématique de toutes les ITSS, sauf le VHC, est indiqué.

4.3.4 VICTIME D'AGRESSION SEXUELLE

Pour les victimes d'agression sexuelle, les professionnels de la santé doivent se référer au centre désigné pour l'intervention médico-sociale auprès des victimes d'agressions sexuelles de sa région. Pour le connaître, consulter l'Agence de la santé et des services sociaux de votre région.

5 Mise à jour des indications de dépistage

5.1 Infection à *Chlamydia trachomatis*

Actuellement, les indications de dépistage pour l'infection à CT selon le GQDITSS, mis à jour en 2010[2] sont :

- Personne de moins de 25 ans sexuellement active sans autre facteur de risque;
- Personne ayant eu plus de deux partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ou plus de cinq partenaires au cours de la dernière année ou un partenaire anonyme au cours de la dernière année et ses partenaires;
- Personne ayant eu une relation sexuelle avec un partenaire originaire d'une région où les ITS ou le VIH sont endémiques, et ses partenaires;
- Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, et ses partenaires;
- Travailleur ou travailleuse du sexe, et ses partenaires ou clients;
- Jeune de la rue, et ses partenaires;
- Personne ayant contracté une infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, répéter le dépistage six mois après le diagnostic;
- Personne ayant contracté une infection gonococcique, répéter le dépistage six mois après le diagnostic;
- Personne ayant contracté une infection gonococcique dans la dernière année;
- Personne ayant contracté une syphilis au cours de la dernière année;
- Personne ayant contracté une infection par le VIH au cours de la dernière année;
- Personne ayant contracté une hépatite B au cours de la dernière année;
- Femme demandant une interruption de grossesse;
- Femme enceinte dans le cadre d'un bilan prénatal de base;
- Femme enceinte, répéter le dépistage au besoin, plus d'une fois et au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement, si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque, ou si le partenaire présente un facteur de risque;
- Personne demandant un dépistage après un counseling pré test, même en l'absence de facteur de risque avoué.

5.1.1 FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À L'INFECTION

Les données épidémiologiques canadiennes montrent que le nombre de cas d'infection à CT déclarés augmente. En nombre absolu, l'augmentation la plus marquée est dans le groupe des moins de 30 ans, particulièrement chez les 20-24 ans. Les femmes sont plus nombreuses à avoir reçu un diagnostic de l'infection que les hommes. Le ratio homme/femme tend à s'amenuiser avec l'âge. Chez les plus de 40 ans, le taux est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Selon ces données, l'épidémiologie des infections à CT au Canada se compare davantage à celle des États-Unis qu'à d'autres pays comme l'Australie ou le Royaume-Uni[29].

Au Québec, le portrait de l'infection selon l'âge et le sexe est conforme au portrait canadien : 69 % des cas d'infection à CT en 2010 sont des femmes; les 2/3 des cas se retrouvent chez des personnes âgées de 15 à 24 ans; la hausse la plus marquée des cas d'infection à CT est observée chez les hommes. En 2010, chez les femmes, le taux d'incidence est de 1 747,7 pour 100 000 chez les 15 à 19 ans, et de 1 813,3 pour 100 000 chez les 20 à 24 ans. Chez les hommes, le taux est de 770,6 pour 100 000 chez les 20 à 24 ans. Pour les deux sexes, l'incidence de l'infection diminue pour les groupes âgés de 25 ans et plus[3].

Le portrait épidémiologique de l'infection à CT montre que de nombreux cas sont déclarés dans toutes les régions du Québec. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, deux régions peuplées principalement par des Autochtones, affichent les taux les plus élevés[3]. Une analyse de la déclaration des cas montre que les taux sont les plus élevés chez les jeunes de 15 à 24 ans, comme pour les autres régions du Québec[30].

Les taux d'infections à CT varient selon les groupes spécifiques visés par les études. Les résultats d'études de surveillance de seconde génération au Québec montrent que les taux de prévalence sont élevés chez les jeunes en difficulté :

- 9,3 et 1,9 % respectivement chez les filles et garçons hébergés en Centre jeunesse[27];
- 6,6 % chez les jeunes de la rue de la Cohorte des jeunes de la rue de Montréal[31];
- 12,6 % chez les jeunes filles de la rue et les travailleuses du sexe recrutées en milieu communautaire (prévalence de l'infection à CT ou de l'infection gonococcique)[32].

Les facteurs qui étaient associés à cette infection chez les jeunes hébergés en centre jeunesse étaient la situation financière des parents, la consommation problématique d'alcool ou de drogue dans la famille, l'hospitalisation pour une intoxication à l'alcool, le nombre de partenaires sexuels à vie, la pratique du sexe en groupe, la danse dans les bars érotiques, le nombre de partenaires avec qui le jeune a eu des relations sexuelles en échange d'argent ou de cadeaux, l'abus sexuel extrafamilial, avoir planifié ou tenté de se suicider et la dépression[27].

Chez les jeunes de la rue, le seul facteur significativement associé à l'infection chez les participants à la Cohorte des jeunes de la rue de Montréal était d'avoir vécu une grossesse. Néanmoins, les jeunes âgés de 14 à 20 ans affichaient une prévalence plus élevée de l'infection que chez ceux qui étaient âgés de 21 à 25 ans (9,0 % vs 4,1 %)[31].

Il faut toutefois nuancer ces facteurs associés à l'infection à CT par le fait que les populations à l'étude sont particulièrement vulnérables socialement. Les facteurs énoncés ci-haut sont également un reflet de la vulnérabilité des jeunes hébergés en centre jeunesse et vivant dans la rue. Ils peuvent être présents avant que ces jeunes soient suivis par les Centres jeunesse ou vivent dans la rue. Ainsi, ces facteurs peuvent être interprétés, avec prudence, comme des indicateurs d'un facteur de risque associé à l'infection à CT.

La prévalence de l'infection était aussi élevée dans l'étude auprès des cégépiens montréalais : 5,1 % chez les filles et 3,0 % chez les garçons[26].

Dans une étude effectuée dans des cliniques médicales de Montréal, la prévalence des infections à CT était de 3,8 % (IC = 2,7-4,9) chez les femmes et de 4,0 % (IC = 3,0-5,3) chez les hommes. La prévalence était supérieure dans le groupe des 14 à 25 ans : 4,4 % chez les femmes et 5,2 % chez les hommes[33]. Il faut toutefois souligner que la prévalence mesurée peut être biaisée vers le haut comparativement à la population générale puisqu'il s'agit de personnes recrutées dans un contexte

de recherche de soins de santé. De plus, 4,9 % de l'échantillon a vécu de l'itinérance dans les 12 mois précédant l'enquête. La proportion de répondants ayant déclaré un comportement à risque était plus élevée dans ce sous-groupe.

Cette étude a aussi analysé les facteurs associés à l'infection à CT[33]. Chez les femmes, les facteurs associés à l'infection à CT sont d'avoir contracté au moins une ITS dans sa vie et d'avoir subi une IVG au moins une fois dans sa vie. Chez les hommes, les facteurs associés à l'infection étaient d'avoir un symptôme d'ITS et d'avoir consommé de la cocaïne au moins une fois dans les 6 derniers mois.

Cette étude a également évalué la capacité de certains facteurs d'exposition (recommandés comme indications de dépistage de l'infection à CT ou de l'infection gonococcique dans le GQDITSS) à détecter l'infection observée chez les répondants⁹. La sensibilité d'un facteur d'exposition (d'une indication de dépistage) correspond à la proportion des personnes infectées qui seront détectées par le facteur d'exposition, soit la capacité du critère à détecter les cas « positifs ». Par exemple, le critère « être HARSAH » permet de détecter x % personnes chez qui une infection à CT a été observée (ou encore, parmi les personnes infectées, 40,0 % sont HARSAH). La spécificité du facteur d'exposition correspond à la proportion des personnes chez qui le facteur d'exposition est absent et qui sont non infectées. Ce qui correspond à la capacité du critère à détecter uniquement des personnes ayant le facteur d'exposition et donc, à exclure celles qui ne l'ont pas (ou encore, reprenant le même exemple, parmi les non HARSAH, 54,6 % ne sont pas infectés) (tableau 3)[33].

Tableau 1 Sensibilité et spécificité des indications de dépistage selon l'étude montréalaise dans les milieux cliniques

Critères de dépistage	Sensibilité	Spécificité
Moins de 25 ans et nouveau partenaire dans les 6 mois	46,2 %	63,1 %
Moins de 25 ans et plus de 2 partenaires dans l'année	42,9 %	69,8 %
Moins de 25 ans et antécédents d'ITS	26,3 %	89,9 %
IVG actuelle ou antérieure	55,3 %	62,9 %
Plus de 5 partenaires dans l'année	31,2 %	77,9 %
HARSAH	40,0 %	54,6 %
UDI/Usage de drogue	19,2 %	84,3 %
Partenaires résidant à l'extérieur du Canada	16,7 %	82,5 %
Travail du sexe	1,3 %	98,3 %
Au moins un facteur de risque	100 %	2,7 %

⁹ Les personnes qui ont vécu de l'itinérance ont été retirées de l'échantillon pour ces analyses.

5.1.2 LES INDICATIONS DE DÉPISTAGE AILLEURS AU CANADA ET DANS LE MONDE

Canada	États-Unis			France	Royaume-Uni
Lignes directrices canadiennes sur les ITS (LDC-ITS), 2006[39]	USPSTF, 2007[6, 40]	CDC, 2011[41]	Partnership for Prevention; CDC; National Chlamydia Coalition, 2008[42]	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), 2003[43]	BASHH, 2006[44]
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femme de moins de 25 ans, active sexuellement ▪ Homme de moins de 25 ans, actif sexuellement ▪ Femme enceinte lors de leur première visite et au 3^e trimestre si le 1^{er} test est positif ou s'il y a un risque élevé de réinfection ▪ Répéter le test 6 mois après le traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femme non enceinte : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 24 ans ou moins, sexuellement active; ▪ 25 ans et plus avec un facteur de risque; ▪ Femme enceinte : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 24 ans et moins à la 1^{re} visite puis au 3^e trimestre s'il y a persistance d'un facteur de risque ou un nouveau facteur risque; ▪ 25 ans et plus en présence de facteur de risque à la 1^{re} visite puis au 3^e trimestre si persistance d'un facteur de risque ou un nouveau facteur de risque; ▪ Facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antécédent d'infection à CT; ▪ Antécédent d'ITS; ▪ Nouveau ou plus d'un partenaire sexuel; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recommandations du USPSTF ▪ Annuellement aux femmes de moins de 25 ans; ▪ Homme ayant des facteurs de risque si cela n'affecte pas les ressources dédiées aux femmes; ▪ Répéter le test 3 mois après une infection. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annuellement aux femmes de 24 ans et moins actives sexuellement; ▪ Femme de plus de 24 ans : <ul style="list-style-type: none"> ▪ selon l'histoire d'ITS, ▪ nouveau ou plus d'un partenaire sexuel, ▪ présence d'une ectopie cervicale, ▪ usage « inconsistant » de méthodes barrières; ▪ Femme enceinte à la 1^{re} visite. ▪ Femmes enceintes qui ont un nouveau partenaire ou plus d'un partenaire devraient subir un second test au 3^e trimestre; ▪ Femme homosexuelle, selon leur âge et les facteurs de risque; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femme de moins de 25 ans. ▪ Homme de moins de 30 ans ▪ Personne ayant plus d'un partenaire sexuel, peu importe l'âge. ▪ Dépistage systématique opportuniste : <ul style="list-style-type: none"> ▪ centres de planification et d'éducation familiale, ▪ centres de dépistage anonymes et gratuits, ▪ dispensaires antivenériens (cliniques ITSS) ▪ centres d'IVG. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personne de moins de 25 ans; ▪ Nouveau partenaire ou plus d'un partenaire sexuel dans la dernière année; ▪ Usage irrégulier du condom; ▪ Répéter le test 5 semaines après le traitement (6 semaines si traitement avec azithromycine) s'il y a non-conformité au traitement, un risque de réexposition ainsi que chez les femmes enceintes.

Canada	États-Unis		France	Royaume-Uni
<p>Lignes directrices canadiennes sur les ITS (LDC-ITS), 2006[39]</p>	<p>USPSTF, 2007[6, 40]</p>	<p>CDC, 2011[41]</p>	<p>Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), 2003[43]</p>	<p>BASHH, 2006[44]</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usage irrégulier du condom; ▪ Échange de relations sexuelles contre de l'argent ou de la drogue; ▪ Population à haute prévalence : communauté afro-américaine ou hispanique, milieu carcéral, recrues de l'armée, cliniques ITSS. ▪ Recommandation contre un dépistage de l'infection à CT chez les hommes 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ HARSAH annuellement, ▪ Homme qui a une partenaire atteinte, ▪ Homme qui consulte dans une clinique ITS ou dans une communauté où la prévalence est élevée; ▪ Programmes de dépistage systématique : <ul style="list-style-type: none"> ▪ homme de moins de 30 ans dans l'armée, ▪ homme en détention, ▪ jeune contrevenant en détention, ▪ <i>Job Corps</i> (école pour les plus de 16 ans, avec faible revenu). ▪ Répéter le test 3 à 4 mois après le tx ou 3 semaines plus tard chez les femmes enceintes. 	

5.1.3 SYNTHÈSE CRITIQUE

L'infection à CT est l'ITS où le plus grand nombre de cas est déclaré au Québec. Ce nombre est en croissance. Cette infection n'est pas concentrée dans des groupes spécifiques, quoique la prévalence de l'infection soit plus élevée au sein de certaines populations[3, 4].

Par ailleurs, les complications associées aux infections à CT peuvent justifier un dépistage plus intense de l'infection à CT chez les jeunes femmes. Toutefois, il est difficile d'avoir une idée de l'évolution des atteintes inflammatoires pelviennes (AIP), des grossesses ectopiques et de l'infertilité tubaire au Québec. Selon les informations disponibles, tirées du Rapport intégré[4] :

« Les infections génitales à *C. trachomatis* seraient une cause importante d'AIP (de 10 à 40 % des infections non traitées évolueraient en AIP)[45]. L'infection à *C. trachomatis* serait responsable d'au moins 64 % des cas de stérilité tubaire et de 42 % des grossesses ectopiques[46].

Les données canadiennes suggèrent que les taux d'hospitalisation associés à une atteinte inflammatoire pelvienne, à une grossesse ectopique ou à la stérilité sont en diminution. Au Québec, le nombre d'hospitalisations pour grossesse ectopique a diminué de près de la moitié entre 1991-1993 et entre 2003-2005[47]. Cependant, une grande partie des diminutions observées seraient attribuables au fait que cette pathologie est maintenant traitée en clinique externe et ne nécessite plus d'hospitalisation[45] ».

Plusieurs recommandations d'autres pays ont été émises avant celles diffusées dans le GQDITSS. Les recommandations du GQDITSS sont bien détaillées et claires. Toutefois, certaines recommandations méritent d'être révisées.

L'offre systématique du dépistage aux femmes de 25 ans et moins, sexuellement actives, est supportée par toutes les lignes directrices révisées et par l'épidémiologie québécoise. Une périodicité de l'offre du test aux femmes de 25 ans et moins pourrait être ajoutée à cette indication déjà présente au Québec, comme le font les CDC[41]. Cela aurait pour effet d'offrir un cadre à la pratique du dépistage et de tenir compte spécifiquement de ce facteur.

Dans plusieurs pays, les hommes ne sont souvent pas inclus dans les indications de dépistage de l'infection à CT ou alors seulement s'ils ont des facteurs de risque précis autre que l'âge[6, 41, 43]. Au Québec, même si l'incidence de l'infection est moins élevée chez les jeunes garçons que chez les jeunes filles, elle demeure élevée. Il n'est pas exclu que cette différence soit associée au recours aux services de santé plus grand chez les femmes. Par ailleurs, l'enquête dans les cliniques médicales de Montréal a montré des taux de prévalence similaires entre les deux sexes dans un contexte de recherche de soins de santé[33].

Une étude américaine sur le coût-efficacité du dépistage chez les garçons sexuellement actifs sans autre facteur de risque et de la notification aux partenaires conclut que ces deux stratégies sont aussi coût-efficace l'une que l'autre. Toutefois, puisque les hommes ont moins souvent recours au dépistage, s'il y a un choix à faire dans le développement d'un programme de dépistage entre l'intensification du dépistage auprès des hommes ou la notification aux partenaires, les auteurs concluent que le second choix serait le plus efficace, la meilleure stratégie étant d'offrir les deux services[48]. Une revue de la littérature sur ce même sujet arrive à la même conclusion[49]. La représentativité de ces études est limitée à leur territoire et au programme analysé. Toutefois, même si le contexte de soins de santé et l'épidémiologie sont différents, on peut quand même penser que ces conclusions peuvent s'appliquer au Québec. Quoiqu'il y ait peu de preuves sur les bénéfices du

dépistage de l'infection à CT chez les hommes pour prévenir les complications chez les femmes, rien ne va à l'encontre de cette idée. À moins de données probantes qui estiment un faible impact du dépistage chez les jeunes hommes sur la prévention de la transmission de l'infection et des complications, les hommes peuvent agir comme un relais de la transmission dans la population, justifiant ainsi le maintien du dépistage.

Au-delà des considérations sur l'âge, le nombre de partenaires sexuels peut influencer sur le risque de contracter une CT. Le USPSTF[6], l'ANAES[43] et BASHH[44] recommandent un dépistage lorsqu'il y a un nouveau partenaire ou plus d'un partenaire dans l'année. Cette indication pourrait être reprise au Québec. Par ailleurs, l'étude dans les cliniques médicales de Montréal souligne la bonne sensibilité de cet indicateur chez les moins de 25 ans[33]. Puisque l'infection à CT est la plus fréquente de toutes les ITSS et qu'elle touche des groupes sans facteur de risque particulier, il est pertinent d'offrir un dépistage de l'infection à CT à toute personne qui a un nouveau partenaire ou qui en a eu plus d'un depuis son dernier test de dépistage, ceci dans un but de prévention de la transmission et des complications. L'application de cette indication doit tenir compte de l'incidence de l'infection à CT qui diminue avec l'âge (moins de 250 pour 100 000 p.a. chez les 35 ans et plus[3]). Par exemple, un dépistage de l'infection à CT chez une personne de 55 ans qui a un nouveau partenaire pourrait ne pas être pertinent selon l'âge de son partenaire et de l'épidémiologie de l'infection sur le territoire. Le professionnel de la santé exercera son jugement clinique basé sur la probabilité de transmission de l'infection pour offrir ou non un dépistage sur la base de ce critère.

Les indications précédentes s'appliquent indépendamment du fait que les relations sexuelles aient été protégées ou non par un condom. Cette indication est contraire à celle de l'USPSTF[6] et de BASHH[44] qui considèrent l'usage irrégulier du condom comme un facteur de risque justifiant une offre de dépistage. Le lien entre l'usage irrégulier du condom et le risque de contracter une infection à CT n'est pas remis en question. Toutefois, selon les résultats des études citées à la section 4.3.1, la validité de cet indicateur est insuffisante pour évaluer les indications de dépistage.

La prévalence élevée de l'infection dans certains groupes de la population et de leurs facteurs de risque justifient que l'appartenance à l'un de ces groupes entraîne une offre de dépistage de l'infection à CT. Par exemple, le USPSTF[6] recommande un dépistage selon la prévalence de l'infection au sein de groupes partageant des caractéristiques sociodémographiques (ex. : origine latino-américaine) et dans certains milieux (ex. : milieu carcéral, cliniques ITSS, services aux recrues militaires, éducation aux adultes, services destinés aux jeunes contrevenants). Au Québec, il est actuellement indiqué d'offrir un dépistage de l'infection à CT aux jeunes de la rue, aux travailleurs du sexe et aux HARSAH, et ce, indépendamment d'autres facteurs de risque. Les partenaires sexuels des personnes originaires de région où les ITS sont endémiques sont aussi visés par une telle indication de dépistage[2]. L'épidémiologie québécoise justifie le maintien de ces indications[3, 4]. Les jeunes hébergés en Centre jeunesse et les autochtones bénéficieraient également d'une offre systématique de dépistage. Or, une grande partie de cette population est rejointe par l'offre de dépistage systématique suggérée chez les 25 ans et moins sexuellement actifs, comme c'est le cas également pour les jeunes de la rue.

Concernant l'offre de dépistage aux femmes enceintes, une offre de dépistage systématique des ITSS au bilan prénatal chez les femmes enceintes, indépendamment des facteurs de risque, est préconisée au Québec. Cette offre doit être répétée à la 28^e semaine de grossesse et à l'accouchement s'il y a une exposition à un risque. En plus de fournir une occasion de dépistage aux femmes, cette approche permet d'éviter les complications à l'issue de la grossesse et au nouveau-né. Cette approche semble être efficace, moins de 10 cas d'infection à CT ayant été déclarés chez les enfants de moins d'un an pour les années 2009 et 2010[4].

Une offre de dépistage de l'infection à CT est aussi indiquée lors d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) à titre préventif et afin d'éviter les complications liées à une intervention invasive. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) recommandent un dépistage des ITS avant une IVG[50, 51]. De plus, cette indication de dépistage était un facteur significativement associé à une infection à CT dans l'étude auprès de patients consultants dans des cliniques de Montréal[33].

Les données sur les taux de réinfection et les recommandations visant une répétition du dépistage 3 mois après un diagnostic suggèrent de réviser la période de 6 mois actuellement indiquée au Québec. La révision du délai optimal pour la répétition du dépistage doit tenir compte du risque de réinfection, du risque de transmission, de la durée du traitement et du risque de complications. La revue de littérature portant sur l'intervalle de dépistage de l'infection à CT arrive à la conclusion qu'un délai se situant entre 3 et 6 mois est le plus optimal. Un second dépistage effectué tôt après le traitement permet d'identifier rapidement une réinfection, ce qui limite le risque de transmission à d'autres personnes et le risque de complications. Inversement, un délai plus long entre le traitement et le second dépistage permet de trouver davantage d'infections, mais augmente le risque de complications. De plus, cette revue de littérature suggère d'offrir à la fois un dépistage de l'infection à CT et de l'infection gonococcique en présence de l'une ou l'autre des infections, à cause des hauts taux de co-infection et de réinfection[36].

Selon l'épidémiologie québécoise et à cause du mode de transmission, il est tout indiqué de conserver une offre de dépistage de l'infection à CT à toute personne qui reçoit un diagnostic d'infection gonococcique, de syphilis, d'infection par le VIH ou d'une hépatite B dans la dernière année. De plus, le fait de contracter une ITSS est un indicateur d'une prise de risque.

Finalement, tout partenaire de personne ayant contracté une infection à CT devrait se faire offrir le test de dépistage, en plus du traitement épidémiologique, s'il est susceptible d'avoir été en contact avec l'infection selon la période de contagiosité. Cette indication de dépistage réfère à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires (IPPAP), une intervention évaluée efficace pour briser la chaîne de transmission et éviter la réinfection du cas-index[5].

Il est proposé de reconduire les indications de dépistage actuelles avec quelques modifications.

5.1.4 PROPOSITION D'INDICATIONS DE DÉPISTAGE

À la lumière des données présentées et discutées, les indications de dépistage de l'infection à CT proposées sont :

1. Femme et homme de 25 ans et moins sexuellement actifs, sans autre facteur de risque;
2. HARSAH;
3. Travailleur ou travailleuse du sexe;
4. Personne qui a eu un nouveau partenaire sexuel ou plus d'un concurremment depuis son dernier test de dépistage;
5. Personne ayant eu un partenaire sexuel anonyme depuis son dernier test de dépistage;
6. Personne ayant eu plus de 3 partenaires sexuels dans la dernière année;

7. Diagnostic d'ITS :

- personne recevant un diagnostic d'une infection à CT : répéter les tests 3 à 6 mois après le traitement¹⁰;
 - personne recevant un diagnostic d'une infection gonococcique¹¹ : répéter le test de dépistage de l'infection gonococcique et faire un test de dépistage de l'infection à CT 3 à 6 mois après le traitement;
 - personne recevant un diagnostic de syphilis;
 - personne recevant un diagnostic d'une infection par le VIH;
 - personne recevant un diagnostic d'une hépatite B;
8. Partenaire d'une personne ayant contracté une infection à CT selon la période de contagiosité (cas contact confirmé)¹²;
9. Femme demandant une interruption volontaire de grossesse;
10. Femme enceinte :
- dans le cadre d'un bilan prénatal de base;
 - répéter le dépistage au besoin plus d'une fois ou au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement, si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque;
11. Personne demandant un dépistage après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque décelé.

Une personne qui a eu un partenaire ayant une indication de dépistage numéro 2 à 6 devrait se voir offrir le test de dépistage de l'infection à CT comme si elle possédait ce facteur de risque.

En plus de ces propositions d'indications de dépistage, il est proposé d'offrir le test de dépistage de l'infection à CT minimalement une fois par année aux femmes de 25 ans et moins, et plus souvent si les facteurs de risque le justifient.

Enfin, les forts taux d'incidence et/ou de prévalence observés dans les études auprès des jeunes hébergés ou suivis par les centres jeunesse, et auprès des jeunes de la rue ainsi que le nombre élevé de cas déclarés sur les territoires autochtones, particulièrement chez les jeunes, justifient que soient développées des activités de dépistage spécifiques dans ces groupes.

¹⁰ Il est probable que les personnes reçoivent tout de même un résultat de dépistage pour l'infection à NG à cause de l'utilisation croissante des tests combinant la détection de l'infection à CT et à NG dans plusieurs laboratoires. Sans recommander une telle pratique, lorsque ces tests sont utilisés, les deux résultats, CT et NG, doivent être rapportés aux patients. Les patients devraient être informés de cette situation lorsqu'elle s'applique.

¹¹ Il est recommandé de donner d'emblée un traitement pour l'infection à CT aux personnes recevant un diagnostic d'infection à NG[52].

¹² Se référer au Guide d'intervention sur les ITSS à déclaration obligatoire[5].

5.2 Infection gonococcique

Actuellement, les indications de dépistage pour l'infection gonococcique selon le GQDITSS, mises à jour en 2010[2] sont :

- Personne ayant eu plus de deux partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ou plus de cinq partenaires au cours de la dernière année ou un partenaire anonyme au cours de la dernière année, et ses partenaires;
- Personne ayant eu une relation sexuelle avec un partenaire originaire d'une région où les ITS ou le VIH sont endémiques, et ses partenaires;
- Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, et ses partenaires;
- Travailleur ou travailleuse du sexe, et ses partenaires;
- Jeune de la rue, et ses partenaires;
- Personne ayant contracté une infection gonococcique, répéter le dépistage 6 mois après le diagnostic;
- Personne ayant contracté une syphilis au cours de la dernière année;
- Personne ayant contracté une infection par le VIH au cours de la dernière année;
- Personne ayant contracté une hépatite B au cours de la dernière année;
- Femme demandant une interruption de grossesse;
- Femme enceinte dans le cadre d'un bilan prénatal de base standard;
- Femme enceinte, répéter le dépistage au besoin, plus d'une fois et au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement, si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque;
- Personne demandant un dépistage après un counseling pré test, même en l'absence de facteur de risque avoué.

5.2.1 FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À L'INFECTION

Selon les données canadiennes, 11 178 cas ont été déclarés en 2009 au Canada. L'infection est en croissance. La hausse des cas observée entre 2002 et 2009 est plus marquée chez les femmes que chez les hommes (95,2 % vs 45,9 %), même si ce sont ces derniers qui composent la majorité des cas. Les personnes les plus touchées par l'infection seraient les moins de 30 ans; c'est d'ailleurs chez les 20 à 24 ans que la hausse du nombre de cas déclarés a été la plus élevée. Le Québec se dresse au 8^e rang de l'ensemble des provinces[29].

Les données de surveillance du Québec montrent une situation semblable : 2066 cas ont été déclarés en 2010. Le 2/3 de ces cas se retrouve chez des hommes, mais la hausse du nombre de cas enregistrés entre 2006 et 2010 a été plus élevée chez les femmes. Chez celles-ci, 62 % des infections déclarées l'étaient dans le groupe d'âge des 15 à 24 ans. Chez les 15-19 ans, 61 % des cas le sont chez des femmes. Le ratio hommes/femmes infectés est de 2:1 en 2010. Au-delà des facteurs ayant trait au sexe et à l'âge, les infections gonococciques touchent particulièrement les HARSAH et les communautés autochtones[3]. Une vigie intensifiée des infections gonococciques menée en 2005-2006 a trouvé que 60 % des cas masculins alors déclarés au Québec étaient des HARSAH[3, 53].

Des études de surveillance de seconde génération ont été menées auprès de jeunes en situation de vulnérabilité.

- Une étude de cohorte réalisée auprès des jeunes de la rue à Montréal n'a trouvé aucun cas d'infection à NG chez les 302 jeunes suivis d'octobre 1999 à mars 2000[31].
- Une étude auprès de jeunes filles travailleuses du sexe à Québec a montré une prévalence de 12,6 % des infections à CT ou à NG[32].
- Une étude auprès de jeunes hébergés en Centre jeunesse a trouvé une prévalence de l'infection à NG de 0,6 % : 1,7 % chez les filles âgées de 14 à 17 ans et 0,0 % chez les garçons âgés de 14 à 17 ans et âgés de 18 à 20 ans[27].

Une étude dans des cliniques de Montréal[33] a mesuré une prévalence de l'infection à NG de 0,2 % (0,05-0,7) chez les femmes et de 0,9 % (0,5-1,6) chez les hommes, tous groupes d'âge confondus. Chez les 14-25 ans, elle était de 0,3 % (0,07-1,0) chez les femmes et de 1,2 % (0,6-2,2) chez les hommes. Précisément chez les jeunes hommes participant à l'enquête et âgés de 15 à 24 ans, les facteurs associés à une infection gonococcique étaient d'avoir eu un partenaire à l'extérieur du Canada; être un HARSAH; avoir contracté une ITS au moins une fois à vie; et avoir consommé de la cocaïne au moins une fois dans les 6 mois précédents.

Cette étude a également évalué la capacité de certains facteurs d'exposition (recommandés comme indications de dépistage de l'infection à CT ou de l'infection gonococcique dans le GQDITSS) à détecter l'infection observée chez les répondants¹³ (tableau 4). Rappelons que la sensibilité d'un facteur d'exposition (d'une indication de dépistage) correspond à la proportion des personnes infectées qui seront détectées par le facteur d'exposition, soit la capacité du critère à détecter les cas « positifs ». Par exemple, le critère « être HARSAH » permet de détecter x % de personnes chez qui une infection à NG a été observée (ou encore, parmi les personnes infectées, 90 % sont HARSAH). La spécificité du facteur d'exposition correspond à la proportion des personnes chez qui le facteur d'exposition est absent et qui sont non infectées. Ce qui correspond à la capacité du critère à détecter uniquement des personnes ayant le facteur d'exposition et donc, à exclure celles qui ne l'ont pas (ou encore, reprenant le même exemple, parmi les non HARSAH, 55,3 % ne sont pas infectés)[33].

Tableau 2 Sensibilité et spécificité des indications de dépistage selon l'étude montréalaise dans les milieux cliniques

Critères de dépistage	Sensibilité	Spécificité
< 25 ans et antécédents ITS	16,7 %	89,3 %
IVG actuelle ou antérieure	50,0 %	61,9 %
> 5 partenaires/12mois	70,0 %	77,8 %
HARSAH	90,0 %	55,3 %
UDI/UD	41,7 %	84,3 %
Partenaires hors Canada	66,7 %	82,8 %
Travailleurs (ses) du sexe	18,2 %	98,4 %
Au moins un facteur de risque	100 %	5,5 %

¹³ Les personnes qui ont vécu de l'itinérance ont été retirées de l'échantillon pour ces analyses.

Le tableau montre que le fait d'être HARSAH, avoir plus de 5 partenaires dans les 12 derniers mois, avoir eu un partenaire qui résidait à l'extérieur du Canada et avoir eu une IVG sont les indicateurs les plus sensibles, sans trop perdre de spécificité. L'indicateur le plus sensible est la présence d'au moins un facteur de risque, mais il présente aussi la spécificité la plus faible[33].

La co-infection et la réinfection sont aussi des enjeux importants de la révision des indications de dépistage :

- Une revue de 47 études américaines montre que le taux de réinfection à NG chez les femmes varie entre 2,6 % et 40 % avec une médiane à 11,7 %. Les taux de réinfection varient selon la période de temps fixé pour le second dépistage (3 à 156 mois). Ce taux augmente avec la période de temps et diminue pour les groupes âgés de 26 ans et plus. De plus, cette revue montre que la co-infection à NG et CT augmente le risque d'être réinfecté avec l'une ou l'autre de ces infections. La réinfection n'est pas liée à des facteurs comportementaux tels le nombre de partenaires et les antécédents d'ITSS. Cette étude conclut à un intervalle optimal de dépistage après un traitement entre trois et six mois[36].
- Une seconde étude américaine montre que la proportion d'hommes réinfectés par NG est de 7,0 % (valeur médiane provenant de huit études)[37].
- Une troisième étude auprès d'hommes ayant fréquenté une clinique ITSS de La Nouvelle-Orléans a trouvé un taux de réinfection à l'infection à CT ou à NG de 28,7 %, quatre semaines après le traitement : 76,9 % ont été réexposés au même organisme. Le taux de réinfection était plus élevé avec l'infection à CT qu'avec l'infection gonococcique (36,8 % vs 16 %). Parmi ceux qui ont contracté la même souche de gonorrhée une seconde fois, 38,9 % ont affirmé n'avoir eu des relations sexuelles qu'avec leur partenaire régulier[38].
- Au Canada, une étude albertaine a évalué rétrospectivement tous les cas de gonorrhée déclarés entre 1991 et 2003. Cette étude a trouvé que 8 % des 5701 cas de gonorrhée déclarés ont été réinfectés, certains plus d'une fois. Ces cas de réinfection correspondaient à 16 % de l'ensemble des cas de gonorrhée déclarés pendant la période observée[54].

Ces hauts taux de réinfection à l'infection gonococcique, et de co-infection avec l'infection à CT, soulignent la pertinence de la répétition du test de dépistage de l'infection à CT et de l'infection à NG après un diagnostic et l'importance de l'intervention préventive auprès des partenaires (incluant le traitement des partenaires).

En somme, les infections touchent davantage les hommes que les femmes. Toutefois, le nombre de cas déclarés auprès des femmes est à la hausse. Outre ces caractéristiques démographiques, les HARSAH et la communauté autochtone sont particulièrement touchés par cette épidémie. L'étude dans les cliniques de Montréal montre que les facteurs de risque HARSAH, partenaires multiples, partenaire résidant à l'étranger et l'IVG sont des indicateurs relativement sensibles et spécifiques d'une infection gonococcique. Finalement, plusieurs études ont démontré que le risque de réinfection et de co-infection avec l'infection à CT est élevé tant chez les hommes que les femmes.

5.2.2 LES INDICATIONS DE DÉPISTAGE AILLEURS AU CANADA ET DANS LE MONDE

Canada	États-Unis	France	Royaume-Uni
LDC-ITS, 2006[39]	USPSTF, 2008[40]	Haute autorité sanitaire (HAS)[55]	BASHH, 2006[56]
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cas contact d'un cas confirmé ou avec syndrome compatible; ▪ Personne qui a eu une relation non protégée avec un partenaire provenant d'une région où la gonorrhée est endémique; ▪ Voyageur séjournant dans des régions où la gonorrhée est endémique et ayant des relations non protégées; ▪ Travailleur et travailleuse du sexe; ▪ Jeune de moins de 25 ans actifs sexuellement et ayant plusieurs partenaires; ▪ Jeune de la rue; ▪ HARSAH; ▪ Personne ayant des antécédents de gonorrhée ou autres ITS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femme active sexuellement de moins de 25 ans; ▪ Facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ multiples partenaires concurremment; ▪ nouveau partenaire; ▪ utilisation irrégulière du condom; ▪ relation sexuelle sous l'effet de l'alcool ou de drogues; ▪ relation sexuelle en échange d'argent ou de drogues[40]. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personne dépistée ou diagnostiquée pour une autre ITS; ▪ Personne ayant des antécédents d'ITS, dont le gonocoque; ▪ HARSAH; ▪ Personne porteuse du VIH; ▪ Homme et femme ayant des comportements sexuels à risque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et ayant une utilisation inadéquate du condom; ▪ partenaire sexuel d'une personne infectée par le gonocoque ou par une autre ITS. ▪ Pour les sous-groupes présentant des facteurs de risque : lors du recours aux soins; ▪ Pour les autres sous-groupes qui consultent dans les milieux spécialisés de santé sexuelle : dépistage systématique. ▪ HARSAH : prélèvement annuel incluant pharynx et anus. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En présence de symptômes : urétrite, inflammation pelvienne, pertes vaginales anormales; ▪ Personne de 25 ans ou moins qui demande un test de dépistage pour les ITSS. ▪ Ces lignes directrices précisent que l'infection est plus fréquente chez les : <ul style="list-style-type: none"> ▪ patients de clinique de médecine génito-urinaire^A; ▪ personnes hétérosexuelles âgées de moins de 25 ans; ▪ personnes de la communauté noire; ▪ personnes qui ont un faible statut socio-économique; ▪ HARSAH. ▪ Répéter le dépistage 2 semaines après le tx.

^A Les GUM (*genitourinary medicine clinics*; clinique de médecine génito urinaire) sont des cliniques médicales spécialisées qui offrent plusieurs services, dont le dépistage des ITSS et leurs traitements.

5.2.3 SYNTHÈSE CRITIQUE

Si on tente de faire une synthèse de l'ensemble des recommandations présentées précédemment par rapport à celles du Québec, on constate que les indications de dépistage de l'infection gonococcique qui prévalent actuellement chez nous sont plus prudentes. Compte tenu de l'augmentation générale des ITS au cours des dernières années au Québec, il serait probablement mal venu d'en faire moins.

La seule vraie exception à ce constat a trait aux jeunes femmes de 25 ans et moins actives sexuellement sans facteur de risque, enceintes ou non, que le USPSTF inclut maintenant dans ses recommandations de dépistage de l'infection gonococcique[40]. BASHH recommande aussi cette indication de dépistage[56]. On l'a montré en préambule : l'incidence de l'infection gonococcique augmente au Québec, et ce, davantage chez les jeunes femmes[3]. Or, devant une telle situation et connaissant les risques associés à une gonorrhée non traitée chez une femme en âge de procréer (AIP, infertilité tubaire et grossesse ectopiques), il apparaît souhaitable d'inclure cette nouvelle indication dans nos recommandations.

Quand on applique la même réflexion pour les hommes, on n'arrive cependant pas aux mêmes conclusions. D'abord, bien que les hommes soient encore davantage touchés par l'infection gonococcique que les femmes, la hausse est moins significative chez eux. Par ailleurs, on s'entend pour réaffirmer que la prévalence de l'état asymptomatique d'une gonorrhée chez l'homme demeure relativement faible. Les études montrent que les infections sont symptomatiques chez les hommes dans 90 à 95 % des cas[57, 58]. BASHH précise dans son guide clinique que l'infection est souvent asymptomatique lorsqu'elle se situe au col de l'utérus ou à l'urètre chez la femme et habituellement asymptomatique lorsqu'elle se situe à l'anus et à l'oropharynx chez l'homme et la femme[56].

La faible proportion estimée de jeunes hommes asymptomatiques et sans facteur de risque pourra donc être rejointe via l'intervention préventive auprès des personnes infectées et leurs partenaires (IPPAP). Comparativement à l'infection à CT, où une offre de dépistage est indiquée chez les jeunes hommes sexuellement actifs sans facteur de risque, l'infection à NG est plus souvent symptomatique que cette dernière infection, permettant ainsi un diagnostic de l'infection. De plus, les conséquences d'une gonorrhée non traitée n'ont pas l'envergure de celles chez la femme. Le USPSTF a d'ailleurs émis une recommandation en défaveur d'une offre de dépistage chez les hommes[40]. En somme, il n'y a pas de matière suffisante pour justifier un dépistage de l'infection gonococcique chez les jeunes hommes sans facteur de risque.

Par ailleurs, il est probable que des hommes de 25 ans et moins sexuellement actifs sans facteur de risque reçoivent tout de même un résultat de dépistage, à cause du dépistage de l'infection à CT offert aux hommes de 25 ans et moins sexuellement actifs, dans le contexte d'une utilisation croissante des tests combinant la détection de l'infection à NG et à CT dans plusieurs laboratoires. Sans se prononcer sur la recommandation d'une telle pratique, lorsque ces tests sont utilisés, les deux résultats, infection à CT et à NG, doivent être rapportés aux patients. Ces derniers devraient être informés de cette situation au moment de subir le test lorsqu'elle s'applique.

Un élément de questionnement se pose pour l'infection gonococcique, à savoir le seuil du nombre de partenaires à partir duquel on estime pertinent, en dehors de tout autre facteur de risque, d'effectuer un dépistage. Les résultats de l'analyse faite par la région des Laurentides des cas de gonorrhée par rapport au nombre de partenaires, que ce soit dans les deux derniers mois ou la dernière année, inquiètent. Avec les seuls critères maintenant appliqués au Québec, un certain nombre de cas leur auraient échappé[59]. On ne sait pas toutefois s'ils auraient été rattrapés par le dépistage de leurs partenaires ou avec l'apparition de symptômes. Il s'agit toutefois ici du portrait d'une seule région et

ces constats ne se généralisent peut-être pas à toutes les régions du Québec. Par ailleurs, l'étude auprès de patients de cliniques à Montréal a montré que 70 % des personnes ayant eu un diagnostic d'infection gonococcique avaient eu plus de cinq partenaires dans la dernière année[33].

Ainsi, il faut se questionner sur la pertinence d'abaisser le seuil du nombre de partenaires : est-ce qu'avoir plus d'un partenaire dans les deux derniers mois et plus de quatre dans la dernière année serait une recommandation plus judicieuse? Serait-il pertinent d'indiquer un dépistage de l'infection gonococcique lorsqu'il y a un nouveau partenaire? La question reste entière puisqu'il demeure difficile de statuer clairement sur ce point compte tenu du caractère arbitraire du facteur de risque « nombre de partenaires ».

Si l'on souhaite s'inspirer des recommandations d'autres pays, l'USPSTF reconnaît le fait d'avoir un nouveau partenaire ou de multiples partenaires concurremment comme un facteur de risque[40]. La HAS recommande un dépistage lorsque la personne a de multiples partenaires[55]. Toutefois, ces deux institutions n'établissent pas de seuil pour définir le multi partenariat. Selon la littérature sur la dynamique de la transmission des ITSS, la notion de partenaires multiples prend surtout son sens lorsqu'une personne a plus d'un partenaire concomitant ou sériel de courte durée et à court intervalle[22].

La prévalence élevée de l'infection dans certains groupes de la population et leurs facteurs de risque justifient que l'appartenance à l'un de ces groupes soit une indication de dépistage de l'infection gonococcique. Les données épidémiologiques actuellement disponibles sont en faveur de la poursuite d'une offre de dépistage chez les HARSAH[34] et les travailleurs (ses) du sexe[4, 32]. Ces indications de dépistage sont cohérentes avec celles recommandées par le USPSTF[40], la HAS[55] et BASHH[56]. Par contre, pour les jeunes de la rue, cette indication d'offrir un dépistage de l'infection gonococcique n'a peut-être plus sa raison d'être puisque les filles de ce groupe seraient rejointes par l'indication plus générale d'offrir un test de dépistage aux filles de 25 ans et moins, sexuellement actives, indépendamment des autres facteurs de risque. Toutefois, les jeunes hommes ne sont pas concernés par cette indication de dépistage. La Cohorte des jeunes de la rue au début des années 2000 n'avait pas trouvé d'infections gonococciques chez cette population[31], mais nous ne savons pas si la hausse des cas de gonorrhée observée en 2010 concerne un groupe en particulier.

Aussi, tel qu'expliqué aux sections 4.2.1 et 4.2.2, le dépistage de l'infection gonococcique auprès des personnes originaires d'une région où la gonorrhée, la syphilis, le VIH, le VHB ou le VHC sont endémiques et aux personnes ayant eu un partenaire sexuel provenant de l'une de ces régions est une intervention pertinente.

En ce qui a trait aux indications de dépistage relatives à l'interruption volontaire de grossesse, l'offre de dépistage est toujours pertinente puisqu'elle vise à prévenir les complications associées à cette intervention. La SOGC et le CMQ recommandent un dépistage des ITS avant une IVG[50].

L'offre systématique de dépistage lors du bilan prénatal de base et au besoin à la 28^e semaine et à l'accouchement est également toujours valide. Cette approche de dépistage pour les femmes enceintes semble efficace puisqu'un seul cas d'infection gonococcique a été déclaré chez un enfant de moins d'un an au Québec en 2009 et 2010[4, 60].

Les données probantes sur la réinfection et la co-infection[36-38, 54] justifient le maintien d'une offre de dépistage de l'infection à CT, la syphilis, le VIH et le VHB pour toute personne qui a contracté une infection gonococcique, de même que le maintien d'une offre de dépistage de l'infection gonococcique pour toutes les personnes qui ont contracté l'une de ces infections. L'acquisition de

cette ITSS est considérée comme un indicateur de risque pour les autres ITSS. Ces données probantes indiquent également l'importance d'offrir d'emblée un test de dépistage de la CT aux cas positifs de gonorrhée et de refaire un test de dépistage pour ces deux infections 3 à 6 mois après le traitement. De plus, tel que recommandé dans l'énoncé provisoire LGV[61], un dépistage de la gonorrhée est aussi indiqué lors d'un diagnostic de LGV.

Enfin, tout partenaire de personne qui a contracté une gonorrhée devrait se voir offrir le test de dépistage, de même qu'un traitement épidémiologique, s'il est susceptible d'avoir été en contact avec l'infection selon la période de contagiosité. De plus, une évaluation des autres facteurs de risque est indiquée. Cette indication de dépistage réfère à l'IPPAP, une intervention jugée efficace pour briser la chaîne de transmission et éviter la réinfection du cas-index[5]. Le sous-comité propose donc de reconduire les indications de dépistage actuelles avec quelques ajouts et modifications.

5.2.4 PROPOSITION D'INDICATIONS DE DÉPISTAGE

À la lumière des données présentées et discutées, les indications de dépistage de l'infection gonococcique sont les suivantes :

1. Femme de 25 ans et moins sexuellement active, sans autre facteur de risque;
2. Personne provenant d'une région où la gonorrhée est endémique¹⁴, sauf si elle n'a jamais été sexuellement active;
3. HARSAH;
4. Travailleur ou travailleuse du sexe;
5. Femme ayant eu un nouveau partenaire ou plus d'un concurremment depuis le dernier test de dépistage;
6. Personne ayant eu un partenaire sexuel anonyme depuis son dernier test de dépistage;
7. Personne ayant eu plus de 3 partenaires sexuels dans la dernière année;
8. Personne ayant eu un partenaire sexuel originaire d'une région où cette infection est endémique;
9. Diagnostic d'ITSS :
 - personne recevant un diagnostic d'infection gonococcique¹⁵ : répéter le test de dépistage de l'infection gonococcique et faire le test de dépistage pour la *Chlamydia trachomatis* 3 à 6 mois après le traitement;
 - personne recevant un diagnostic d'une syphilis;
 - personne recevant un diagnostic d'une infection par le VIH;
 - personne recevant un diagnostic d'une hépatite B;
 - personne recevant un diagnostic de LGV;
10. Partenaire d'une personne ayant contracté une infection gonococcique selon la période de contagiosité (cas contact confirmé)¹⁶;
11. Femme demandant une interruption volontaire de grossesse;

¹⁴ L'OMS, sans préciser un seuil, rapporte que les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud-Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[11];

¹⁵ Il est recommandé de donner d'emblée un traitement pour l'infection à CT aux personnes recevant un diagnostic d'infection gonococcique[52].

¹⁶ Se référer au Guide d'intervention sur les ITSS à déclaration obligatoire[5].

12. Femme enceinte :
 - dans le cadre d'un bilan prénatal de base,
 - répéter le dépistage au besoin plus d'une fois ou au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement, si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque;
13. Personne demandant un dépistage après un counseling pré test, même en l'absence de facteur de risque décelé.

Une personne qui a eu un partenaire ayant une indication de dépistage numéro 2 à 7 devrait se voir offrir le test de dépistage de l'infection gonococcique comme si elle possédait ce facteur de risque.

Finalement, le nombre élevé de cas déclarés sur les territoires autochtones des régions Terres-Cries de la Baie-James et Nunavik, particulièrement chez les jeunes, justifie que soient développées des activités de dépistage spécifiques dans ce groupe. Entre autres, un dépistage de l'infection gonococcique pourrait être indiqué chez les hommes de 25 ans et moins sans facteur de risque qui résident dans les régions Terres-Cries de la Baie-James et Nunavik à cause de l'épidémie qui sévit sur ces territoires.

La vulnérabilité et les facteurs de risque observés chez les jeunes de la rue et les jeunes hébergés en Centre jeunesse, même si aucun ou peu de cas ont été trouvés, justifient une surveillance de cette infection auprès de ces groupes et des activités de prévention adaptées.

5.3 Syphilis

Actuellement, les indications de dépistage pour la syphilis selon le GQDITSS, mis à jour en 2010[2] sont :

- Personne ayant eu plus de deux partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ou plus de cinq partenaires au cours de la dernière année ou un partenaire anonyme au cours de la dernière année, et ses partenaires;
- Personne ayant eu une relation sexuelle avec un partenaire originaire d'une région où les ITS ou le VIH sont endémiques, et ses partenaires;
- Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, et ses partenaires;
- Travailleur ou travailleuse du sexe, et ses partenaires ou clients;
- Jeunes de la rue, et ses partenaires;
- Personnes ayant contracté une infection gonococcique dans la dernière année;
- Personne ayant contracté une infection par le VIH dans la dernière année;
- Personne ayant contracté une hépatite B au cours de la dernière année;
- Femme enceinte dans le cadre d'un bilan prénatal de base standard;
- Femme enceinte, au besoin, plus d'une fois et au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement, si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque;
- Personne demandant un dépistage après un counseling pré test, même en l'absence de facteur de risque avoué.

5.3.1 FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À L'INFECTION

Au Québec, les données épidémiologiques suggèrent que les facteurs de risque associés à cette infection sont d'être un HARSAH ou une personne qui a des partenaires sexuels provenant d'une région où la syphilis est endémique. De plus, la majorité des personnes qui contractent une syphilis infectieuse ont des antécédents d'ITSS[3, 4].

La hausse des cas de syphilis chez les jeunes hommes (15-19 ans) et chez les femmes[4, 29] ainsi que le cas de syphilis congénitale survenu en janvier 2011 préoccupent quant à un changement dans l'épidémie de syphilis[4]. Peu d'informations sont disponibles sur les facteurs de risque associés à la hausse des cas de syphilis infectieuse chez les jeunes hommes. On peut dès lors se questionner, à savoir si ces jeunes sont des HARSAH, puisqu'une importante partie des cas rapportés sont dans ce groupe. Par ailleurs, nous ne disposons pas de données au Québec sur la syphilis chez les jeunes de la rue.

Une vigie sanitaire rehaussée de la syphilis auprès des jeunes était en cours au Québec pour l'année 2012. Malgré les données manquantes, les résultats préliminaires montrent que les cas de syphilis infectieuse¹⁷ chez les 15 à 19 ans et les 20 à 24 ans survenus en 2011-2012 avaient tous des facteurs de risque : HARSAH, multiples partenaires sexuels (plus de 4/an), partenaires sexuels anonymes, pratique sexuelle en groupe, travail du sexe, histoire d'un partenaire ayant des facteurs de risque, partenaire sexuel résidant dans un pays endémique, origine ethnoculturelle de région où la syphilis est endémique, antécédents d'ITSS, consommation de drogue, excluant le cannabis. Lorsque comparés aux indications de dépistage actuelles, tous les cas, sauf un, répondaient à l'une des indications de dépistage. Ainsi, l'écllosion de syphilis chez les jeunes semble concentrée auprès de groupes à risque[62].

Une vigie intensifiée des cas féminins de syphilis a eu lieu du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2011; 51 cas enregistrés au fichier MAD0 en date du 9 février 2012 ont été analysés[63]. Voici quelques constats :

- Le tiers des cas survenus en 2010 et 2011 provenaient de la région de Montréal;
- 95 % des femmes sont nées au Canada;
- L'âge moyen des cas était de 31 ans : 39 % des cas étaient âgés de 15 à 24 ans et 31 % de 25 à 34 ans;
- 6 femmes étaient enceintes au moment du diagnostic;
- Selon les facteurs de risque :
 - 36 % des cas (n = 17) n'avaient aucun facteur de risque;
 - l'information sur le nombre de partenaires au courant de la dernière année était disponible pour 41 femmes : 49 % en ont eu 1 seul, 34 % de 2 à 4 partenaires, 10 % en ont eu 5 et plus;
 - « Le facteur de risque rapporté le plus souvent est une histoire récente de partenaire à risque chez près de la moitié des femmes (18/35 soit 51 % de celles pour qui l'information était disponible), suivi par l'antécédent d'ITSS (13/39, 33 %) et par la consommation de drogue (12/38, 32 %) ». L'antécédent d'ITSS était le plus souvent le VPH et l'infection à CT (4 femmes pour chacune);

¹⁷ 35 % des 26 cas de syphilis chez les 15-19 ans étaient au stade primaire versus 39 % chez les 20-24 ans et 27 % étaient des secondaires chez les 15-19 ans vs 30 % chez les 20-24 ans; 4 cas chez les 15-19 ans ne répondaient pas aux critères de définition nosologique de syphilis infectieuse, mais les données cliniques indiquaient vraisemblablement une syphilis infectieuse.

- 3 femmes ont déclaré avoir fait du travail du sexe : elles avaient toutes moins de 24 ans;
- 12/38 femmes ont consommé de la drogue autre que du cannabis dans la dernière année;
- 18/35 femmes ont eu un partenaire sexuel qui avait des facteurs de risque connus : HARSAH, usager de drogues, travailleur de sexe ou client, multiples partenaires, relations sexuelles à l'étranger (pays non spécifié) excluant les relations avec un partenaire originaire de région où la syphilis est endémique.
- Des informations ont été collectées sur le contexte du dépistage (n = 51) :
 - 57 % en diagnostic;
 - 6 % par l'IPPAP;
 - 10 % en dépistage prénatal;
 - 27 % en dépistage général;
- En analyse rétrospective, 26/48 femmes avaient au moins une indication de dépistage;
- 22 femmes n'avaient aucune indication de dépistage (plusieurs données manquantes) :
 - 7 femmes n'avaient pas d'indication de dépistage : la consommation de drogue récréative et les antécédents d'ITSS étaient les facteurs de risque, souvent associés aux ITSS, le plus rapportés;
 - 15 femmes n'avaient pas de facteurs de risque ni d'indication de dépistage.

Ces constats amènent les auteurs du rapport de vigie intensifiée à proposer d'évaluer la pertinence d'ajouter la consommation de drogue comme une indication de dépistage de la syphilis et à rappeler l'importance de l'IPPAP chez les personnes, hommes ou femmes, qui contractent une syphilis. « Pour ces femmes, la seule façon d'avoir accès à un diagnostic précoce, avant la survenue de symptômes, consiste à être avisée lorsque leur partenaire a reçu un diagnostic de syphilis ». Enfin, les auteurs avisent les lecteurs que les données du rapport sont limitées par une proportion non négligeable de données manquantes, un manque de standardisation dans la collecte de données et la faible taille de l'échantillon[63].

5.3.2 LES INDICATIONS DE DÉPISTAGE AILLEURS AU CANADA ET DANS LE MONDE

Canada	États-Unis	Europe	France	Royaume-Uni
LDC-ITS, 2010[64]	CDC[65]	International union against sexually transmitted infections/ Organisation mondiale de la Santé-division européenne (IUSTI/OMS-Europe)[66]	HAS, 2007[67]	BASHH, 2010[68]
<ul style="list-style-type: none"> ■ Cas contact de syphilis; ■ HARSAH; ■ Travailleur et travailleuse de l'industrie du sexe; ■ Personne vivant dans la rue et (ou) sans-abri; ■ UDI; ■ Personnes ayant des partenaires sexuels multiples; ■ Personne ayant des antécédents de syphilis, VIH ou autres ITS; ■ Personne originaire d'une région où la prévalence de la syphilis est élevée ou ayant des relations sexuelles avec des personnes provenant de ces régions; ■ Autochtone selon l'épidémiologie locale; ■ Personne ayant un diagnostic d'autres ITSS (Chancres mou, chlamydia non-LGV et LGV, gonorrhée, condylomes, 	<ul style="list-style-type: none"> ■ HARSAH : au moins annuellement et plus fréquemment chez les HARSAH ayant de multiples partenaires, des partenaires anonymes ou qui ont des relations sexuelles avec consommation de drogues illicites; ■ Personne ayant une infection par le VIH nouvellement diagnostiquée; ■ Personne ayant un diagnostic de chancre mou; ■ Femme enceinte : pendant le premier trimestre, et devrait être répétée au moins entre la 28^e et la 32^e semaine de grossesse et lors de l'accouchement si la femme a un facteur de risque qui l'expose durant sa grossesse. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personne nouvellement diagnostiquée avec une ITS; ■ Personne vivant avec le VIH; ■ Personne infectée par le virus de l'hépatite B; ■ Personne ayant un comportement sexuel la mettant à risque : <ul style="list-style-type: none"> ■ HARSAH; ■ travailleurs du sexe; ■ toute personne à haut risque de contracter une ITS; ■ Femme enceinte : <ul style="list-style-type: none"> ■ pendant la grossesse, ■ répéter le dépistage selon l'épidémiologie dans la population testée. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ HARSAH ayant des relations sexuelles non protégées; ■ Travailleur et travailleuse de l'industrie du sexe ayant des relations sexuelles non protégées; ■ Personne ayant des relations sexuelles non protégées avec des travailleurs et travailleuses de l'industrie du sexe; ■ Personne ayant des relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples; ■ Personne ayant un diagnostic récent ou des antécédents de gonococcie, lymphogranulomatose vénérienne ou infection par le VIH; ■ Migrant en provenance d'endémie (Afrique, Asie, Europe 	<ul style="list-style-type: none"> ■ HARSAH ayant des relations sexuelles non protégées (orales, vaginale ou anales) avec des partenaires sexuels multiples; ■ Personne ayant eu des partenaires anonymes rencontrés dans des saunas; ■ Travailleur de l'industrie du sexe; ■ Personne ayant un partenaire originaire d'une région où la prévalence de la syphilis est élevée.

Canada	États-Unis	Europe	France	Royaume-Uni
LDC-ITS, 2010[64]	CDC[65]	International union against sexually transmitted infections/ Organisation mondiale de la Santé-division européenne (IUSTI/OMS-Europe)[66]	HAS, 2007[67]	BASHH, 2010[68]
<p>hépatite B, VIH, pédiculose pubienne et gale);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Femme enceinte : pendant le 1^{er} trimestre et devrait être répétée au moins entre la 28^e et la 32^e semaine de grossesse et lors de l'accouchement si la femme a un facteur de risque qui l'expose durant sa grossesse. 			<p>de l'Est et Amérique du Sud);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lors d'une incarcération; ▪ Femme enceinte : pendant le premier trimestre et devrait être répétée avant la 28^e semaine de grossesse si la femme ou son conjoint ont eu des relations sexuelles non protégées avec un nouveau partenaire après le premier dépistage. 	

5.3.3 SYNTHÈSE CRITIQUE

Un enjeu important de la mise à jour des indications de dépistage de la syphilis concerne la hausse des cas de syphilis chez les femmes et chez les jeunes. Les résultats de la vigie intensifiée des cas féminins survenus entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2011 suggèrent l'importance de l'intervention préventive auprès de la personne atteinte d'une ITS et auprès de ses partenaires (IPPAP) et nous invite à réfléchir à la pertinence d'intégrer la consommation de drogue dans les indications de dépistage de la syphilis[63]. Concernant le premier point, il est pertinent de conserver une indication de dépistage pour tous les partenaires des personnes qui ont un facteur de risque pour la syphilis et pour tous les cas contacts de syphilis (le dépistage s'inscrit alors dans l'IPPAP). Concernant le second point, le sous-comité convient que la consommation de drogue et d'alcool accroît le risque de relations sexuelles non protégées et donc de contracter une ITSS, mais qu'il n'est pas pertinent de le considérer comme un facteur de risque au-delà du mode de consommation.

En ce qui concerne les jeunes, les résultats préliminaires de la vigie rehaussée montrent que, malgré les données manquantes, les cas de syphilis infectieuse chez les 15 à 19 ans et les 20 à 24 ans survenus en 2011-2012 avaient tous des facteurs de risque. Rappelons que tous les cas, sauf un, répondaient à l'une des indications de dépistage. L'éclosion de syphilis chez les jeunes semble concentrée auprès de groupes à risque[62].

Les indications de dépistage de la syphilis proposées dans les différents documents consultés sont le plus souvent identiques ou ressemblent à peu de choses près aux indications actuellement contenues dans le GQDITSS.

Concernant les groupes à risque chez qui il est suggéré d'offrir un test de dépistage de la syphilis, certaines des lignes directrices révisées ont mentionné des groupes qui sont différents de ceux suggérés par la version actuelle du GQDITSS. Il s'agit des autochtones[64], des utilisateurs de drogues injectables[64], des personnes incarcérées[67] et des personnes sans domicile fixe[64]. Les données épidémiologiques actuelles ne montrent aucune évidence de présence d'épidémie de syphilis dans ces groupes au Québec.

Les données du système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) mentionnent qu'il n'y a eu qu'un seul cas de syphilis déclaré en territoire fortement peuplé par les Autochtones au Québec en quatorze ans. Toutefois, le registre MADO ne donne pas de précisions sur l'appartenance aux groupes culturels[4]. On ne peut donc pas savoir si des autochtones qui vivent à l'extérieur de ces territoires ont contracté une syphilis, ni si le cas rapporté en territoire fortement peuplé par des autochtones en était un. Néanmoins, la vigie intensifiée de la syphilis chez les femmes a identifié que deux cas sur 27 femmes chez qui l'information était disponible étaient autochtones[63].

Nous ne disposons d'aucune donnée de surveillance de la syphilis auprès des groupes UDI, personnes incarcérées et personnes sans-abri. Par contre, un monitoring des ITSS est effectué au centre de détention pour femmes Maison Tanguay et aucun cas n'a été rapporté. On peut dès lors se questionner sur la pertinence de dépister la syphilis dans l'ensemble de ces groupes.

Il serait intéressant d'obtenir plus de données épidémiologiques québécoises dans ces groupes où des comportements à risque de transmission des ITSS sont souvent relevés. Offrir un dépistage de la syphilis d'emblée aux personnes qui composent ces groupes pourrait être une façon de joindre les personnes qui ont des comportements à risque, mais qui se font rarement tester. Toutefois, selon la connaissance de l'épidémie de syphilis au Québec, peu de cas seraient probablement diagnostiqués de cette façon.

En l'absence de données probantes, il serait préférable d'offrir un dépistage de la syphilis aux personnes composant ces groupes sur la base de l'évaluation d'autres facteurs de risque pour la syphilis (ex. : HARSAH ou cas contact) et de poursuivre les activités de surveillance.

La version actuelle du QDITSS[2] suggère d'offrir un test de syphilis aux jeunes de la rue. Les données de surveillance épidémiologique montrent que, vraisemblablement, l'épidémie de syphilis n'est pas ou très peu présente dans ce groupe, mais cette infection n'est pas systématiquement surveillée auprès de ce groupe. Conséquemment, une offre systématique ne semble pas pertinente. Toutefois, une surveillance doit être effectuée. Ce constat pourra être modifié selon les résultats de la vigie sanitaire réalisée pour les cas de syphilis chez les jeunes.

L'épidémiologie de la syphilis au Québec justifie le maintien d'une offre de dépistage pour les HARSAH[3, 4] et probablement chez les travailleurs et travailleuses du sexe.

Les personnes ayant eu des relations sexuelles avec des partenaires provenant de régions où la syphilis est endémique, que ce soit au Québec ou ailleurs, devraient aussi continuer à se voir offrir un dépistage de cette infection. Les régions à forte endémicité pour les ITSS dont la syphilis sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[11]. Par ailleurs, depuis la fin des années 1990, des éclosions de syphilis dans des groupes spécifiques (HARSAH, travailleur du sexe, UDI, immigrant) ont été observées en Chine, en France, en Belgique, au Royaume-Uni au Danemark, en Finlande, aux Pays-Bas, en Autriche, en Suisse ainsi que dans plusieurs grandes villes américaines et canadiennes comme New York, Los Angeles, Montréal, Edmonton, etc.[15]. Toutefois, il n'y a pas de seuil défini pour établir qu'une région est fortement endémique pour la syphilis.

Dans un contexte d'immigration, Citoyenneté et immigration Canada exige un test de syphilis non tréponémique pour les immigrants et réfugiés âgés de plus de 15 ans[69]. Une étude canadienne, de 2000-2004, a confirmé 2 209 cas de syphilis par un test tréponémique sur 2 001 417 demandes d'immigration; 36 % proviennent de l'Asie et Îles du Pacifique, 27 % des Amériques; 25 % d'Afrique et du Moyen-Orient, 12 % d'Europe. Le stade de l'infection était inconnu[70]. Les cliniciens, particulièrement ceux qui ont une clientèle ethnoculturelle, devraient être informés des régions où la syphilis est fortement endémique.

Le seuil du nombre de partenaires à partir duquel il apparaît pertinent d'offrir un dépistage de la syphilis sur la seule base de ce critère est matière à réflexion. Actuellement, le seuil est fixé à plus de deux au cours des deux derniers mois ou plus de 5 au cours de la dernière année. D'autres lignes directrices proposent des seuils différents ou n'en proposent pas du tout. Comme ce seuil est arbitraire, la définition actuelle présentée dans le Guide est aussi valable qu'une autre. Il faut toutefois se questionner : la vigie rehaussée des cas de syphilis chez les femmes au Québec a montré que 47 % des cas (n = 18/41) avaient eu 2 partenaires sexuels et plus au cours de la dernière année et trois ont déclaré avoir fait du travail du sexe[63]. La vigie rehaussée des cas de syphilis chez les jeunes montre que 56 % des 15-19 ans (n = 14/25) et 38 % des 20-24 ans (n = 13/34) ont eu de plus de quatre partenaires dans la dernière année[62].

Il est indiqué dans plusieurs références d'offrir un test de dépistage de la syphilis chez toute personne ayant un diagnostic d'une autre ITSS, plusieurs ITSS lorsque diagnostiquées font déjà l'objet d'une indication de dépistage dans le QDITSS. En outre, les documents consultés[64, 66] suggèrent l'infection à CT, l'hépatite C, le LGV, le chancre mou, la pédiculose pubienne, la gale et les condylomes. Le « Rapport Intégré » mentionne la proportion élevée de patients ayant un diagnostic de LGV qui ont un antécédent de syphilis[4]. Par conséquent, il devrait être recommandé, tel que dans l'énoncé provisoire de LGV[61], de dépister la syphilis chez tous les patients avec un diagnostic

de LGV. Toutefois, il n'y a pas de données de surveillance sur le taux de co-infections syphilis avec l'infection à chlamydia non LGV, l'hépatite C, le chancre mou, les ectoparasitoses et les condylomes. Compte tenu de la rareté du chancre mou au Québec[4], il ne semble pas pertinent de préciser cette indication de dépistage dans la présente mise à jour du GQDITSS. Un dépistage systématique de la syphilis chez les cas confirmés de CT ou de condylomes ne permettrait pas de trouver beaucoup plus de cas puisque ces infections sont plus répandues que la syphilis. Le VHC ne touche pas principalement le même groupe que la syphilis et le mode de transmission est différent. En présence de ces infections, il serait pertinent de rechercher les autres facteurs de risque pour la syphilis.

De plus, tout partenaire de personne qui a contracté une syphilis devrait se faire offrir le test de dépistage s'il est susceptible d'avoir été en contact avec l'infection selon la période de contagiosité. Cette indication de dépistage réfère à l'IPPAP, une intervention évaluée efficace pour briser la chaîne de transmission et éviter la réinfection du cas-index[5].

Chez les femmes enceintes, toutes les lignes directrices consultées s'entendent pour dépister la syphilis dans ce groupe de patientes et de répéter au moins une fois le test au troisième trimestre si la patiente est à risque d'être exposée durant sa grossesse[64-68], ce qui est déjà recommandé dans le GQDITSS. La survenue d'un cas de syphilis congénitale au début de l'année 2011, le premier au Québec en dix ans[3], et la hausse des cas de syphilis déclarés chez des femmes lance le débat à savoir si un second test de dépistage de la syphilis au cours de la 28^e semaine de grossesse devrait être rendu systématique au Québec. Aucune autre ligne directrice analysée ne propose une telle stratégie de dépistage. Un rappel aux médecins et aux femmes enceintes sur les avantages de subir le test une seconde fois pendant la grossesse s'il y a un risque d'exposition serait une stratégie probablement plus raisonnable.

Quoique l'objet du présent exercice ne soit pas de préciser la fréquence des tests, plusieurs des documents consultés recommandent de faire le dépistage de la syphilis au moins annuellement chez les HARSAH et les travailleurs de l'industrie du sexe, et plus fréquemment si ceux-ci sont à très haut risque (ex. : partenaires multiples, partenaires anonymes, consommation de drogues)[65, 68]. Il pourrait être pertinent d'en faire de même au Québec.

5.3.4 PROPOSITION D'INDICATIONS DE DÉPISTAGE

À la lumière des données présentées et discutées, les indications de dépistage de la syphilis sont les suivantes :

1. Personne provenant d'une région où la syphilis est endémique¹⁸, sauf si elle n'a jamais été sexuellement active;
2. HARSAH;
3. Travailleur ou travailleuse du sexe;
4. Personne ayant eu un partenaire sexuel anonyme depuis son dernier test de dépistage;
5. Personne ayant eu plus de trois partenaires sexuels dans la dernière année;
6. Personne ayant eu un partenaire sexuel originaire d'une région où la syphilis est endémique;

¹⁸ L'OMS, sans préciser un seuil, rapporte que les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud-Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[11]. Par ailleurs, des éclosions de syphilis ont été observées dans plusieurs grandes villes comme New York[13], Los Angeles[14], Montréal[4] et autres[15].

7. Diagnostic d'ITSS¹⁹ :
 - personne recevant un diagnostic d'infection gonococcique;
 - personne recevant un diagnostic d'infection par le VIH;
 - personne recevant un diagnostic d'hépatite B;
 - personne recevant un diagnostic de LGV;
8. Partenaire d'une personne ayant contracté une syphilis selon la période de contagiosité (cas contact confirmé)²⁰;
9. Femme enceinte :
 - dans le cadre d'un bilan prénatal de base;
 - répéter le dépistage au besoin plus d'une fois ou au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement, si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque²¹;
10. Personne demandant un dépistage après un counseling pré test, même en l'absence de facteur de risque décelé.

Une personne qui a eu un partenaire ayant une indication de dépistage numéro 1 à 5 devrait se voir offrir le test de dépistage de la syphilis comme si elle possédait ce facteur de risque.

En l'absence de données probantes témoignant de la présence d'une épidémie de syphilis, les groupes suivants ne devraient pas, dans le contexte épidémiologique actuel, faire l'objet d'un dépistage systématique, sauf s'ils présentent d'autres facteurs de risque ou selon le jugement clinique:

- Jeune de la rue;
- Autochtone;
- Personne sans domicile fixe;
- Personne incarcérée.

Toutefois, puisqu'ailleurs au Canada des épidémies sont présentes dans ces groupes, il importe que le Québec se dote de moyens pour surveiller l'apparition de cas de syphilis au sein de ces groupes et puisse réagir rapidement afin de freiner l'épidémie. Dans le cadre de la surveillance, une offre de dépistage accrue dans des populations à risque permet de mieux estimer l'épidémie au Québec tout en permettant d'augmenter le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique. Par exemple, des activités combinant dépistage et surveillance seraient pertinentes à développer dans les milieux de soins de la communauté autochtone afin d'une part évaluer des stratégies de dépistage et d'autre part, surveiller la survenue d'une épidémie de syphilis.

¹⁹ Chez les personnes qui ont contracté une infection à CT, une hépatite C, l'herpès génital ou le VPH, rechercher les autres facteurs de risque pour la syphilis.

²⁰ L'intervention est réalisée dans le cadre de l'IPPAP. Se référer au Guide d'intervention sur les ITSS à déclaration obligatoire[5].

²¹ Comme la syphilis peut être transmise de façon verticale et provoque un syndrome congénital et considérant le cas de syphilis congénitale survenu au Québec en 2011, un rappel devrait être fait au clinicien sur l'importance d'évaluer une seconde fois le risque d'exposition à une ITSS et d'offrir un dépistage en conséquence à la femme enceinte.

En plus de ces indications de dépistage, un dépistage de la syphilis devrait être offert au moins annuellement aux HARSAH et aux travailleurs et travailleuses du sexe, plus souvent si les facteurs de risque le justifient.

5.4 Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Actuellement, les indications de dépistage pour le VIH selon le GQDITSS, mis à jour en 2010[2] sont :

- Personne ayant eu plus de deux partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ou plus de cinq partenaires au cours de la dernière année ou un partenaire anonyme au cours de la dernière année, et ses partenaires;
- Personne originaire d'une région où le VIH est endémique, et ses partenaires;
- Personne ayant eu une relation sexuelle avec un partenaire originaire d'une région où les ITS ou le VIH sont endémiques, et ses partenaires;
- Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, et ses partenaires;
- Travailleur ou travailleuse du sexe, et ses partenaires;
- Jeune de la rue, et ses partenaires;
- Utilisateur de drogue par injection ou par inhalation, et ses partenaires;
- Personne ayant contracté une infection gonococcique dans la dernière année;
- Personne ayant contracté une syphilis au cours de la dernière année;
- Personne ayant contracté une hépatite B ou C au cours de la dernière année;
- Femme enceinte :
 - dans le cadre d'un bilan prénatal de base;
 - au besoin, plus d'une fois et au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement, si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque;
- Personne qui a été exposée à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement infectés selon les recommandations des guides sur la prophylaxie post-exposition :
 - tatouage ou perçage dans des conditions non stériles;
 - exposition en milieu de travail;
- Personne ayant subi des procédures (chirurgicales ou autres) avec du matériel contaminé dans des régions du monde où la prévalence de l'infection par le VIH est élevée;
- Personne ayant subi une transfusion sanguine ou reçu des produits sanguins ou une greffe de cellules, de tissus ou d'organe au Canada avant octobre 1985;
- Personne demandant un dépistage après un counseling pré test, même en l'absence de facteur de risque avoué.

5.4.1 FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À L'INFECTION

Au Québec, les données épidémiologiques du *Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec* (PSI-VIH)[71] démontrent que les groupes les plus touchés par l'infection sont les :

- Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes;
- Personnes originaires de régions où le VIH est endémique;
- Utilisateurs de drogue par injection.

Ces cas représentent, respectivement, 56,6 %, 14,7 % et 9,3 % des nouveaux diagnostics enregistrés au PSI-VIH entre 2002 et 2010. Les hommes à la fois HARSAH et UDI représentent 2,8 % des nouveaux diagnostics. Les rapports hétérosexuels sont impliqués dans 13,5 % des nouveaux diagnostics²². Si on ajoute les cas reliés à l'origine d'une région endémique pour le VIH, où prédomine la transmission hétérosexuelle du virus, 30,1 % (158/525) des nouveaux diagnostics ont contracté l'infection lors de rapports hétérosexuels[71].

Les données de surveillance montrent également qu'il y a peu de transmission verticale grâce aux traitements antirétroviraux et au programme d'intervention sur le VIH pendant la grossesse : 26 nouveaux diagnostics enregistrés entre 2002 et 2010, dont onze chez des enfants nés au Canada et quinze pour des personnes nées à l'extérieur. Peu de cas ont été déclarés sur les territoires principalement peuplés par les autochtones au Québec, mais 58 cas d'origine autochtone ont été enregistrés au PSI-VIH entre 2002 et 2010[71].

Les données issues de projets de recherche montrent, comme le Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec (PSI-VIH), que ce sont les HARSAH, les personnes originaires d'une région où l'infection par le VIH est endémique et les UDI qui sont les plus touchés par l'infection.

Chez les HARSAH, l'étude ARGUS a mesuré une prévalence de 13,5 % auprès de 1 873 HARSAH à Montréal en 2008-2009[3]. La cohorte OMÉGA a mesuré une incidence de l'infection par le VIH de 0,62 par 100 p.a. entre 1996 et 2001 auprès d'un échantillon de 5 342 HARSAH[72]. La séroconversion était associée :

- Au nombre de partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois;
- Aux relations anales non protégées avec des partenaires (occasionnels et réguliers) dont le statut sérologique positif au VIH était connu, particulièrement lorsqu'elles sont réceptives;
- Aux relations orales réceptives non protégées avec un partenaire régulier ou occasionnel connu séropositif pour le VIH, ou dans un contexte de prostitution;
- Au partage de seringues avec des personnes séropositives.

L'étude de surveillance auprès de Québécois d'origine haïtienne en 1994 avait trouvé une prévalence de l'infection par le VIH de 1,3 %[73]. Cette prévalence du VIH était plus élevée chez :

- Les hommes;
- Les répondants âgés de 30 à 39 ans;
- Ceux qui résident au Canada depuis cinq ans et moins;
- Ceux qui ont moins de huit ans de scolarité;

²² C'est-à-dire qu'aucun facteur de risque relié aux relations sexuelles entre hommes et à l'injection de drogue ni à la provenance d'un pays à forte endémicité pour le VIH n'a été trouvé.

- Ceux qui ont voyagé en Haïti durant les cinq années précédant leur participation à l'étude;
- Ceux qui ont eu au moins un partenaire en Haïti et n'ont pas toujours utilisé le condom avec lui (ou eux).

Par contre, l'étude de surveillance montréalaise auprès des Québécois d'origine haïtienne en 2007[74] a trouvé deux cas positifs sur 789 Québécois d'origine haïtienne. Pour les chercheurs, la prévalence de l'infection par le VIH mesurée dans leur étude peut être une sous-estimation de la prévalence du VIH dans l'ensemble de la communauté haïtienne de Montréal puisque les personnes qui se savaient infectées par le VIH auraient été moins susceptibles d'être jointes dans le cadre de leur étude.

Auprès des UDI, l'enquête SurvUDI[4] a mesuré une prévalence de 14,8 % pour les cycles 2003-2009 et une incidence de l'infection de 2,7 par 100 p.a. pour les cycles 1995-2009[75]. Cette enquête montre que les facteurs associés à l'infection dans ce groupe sont :

- Lieu de résidence dans la région de Montréal et Ottawa/Outaouais;
- Âge de plus de 25 ans;
- Partage de seringue;
- Cocaine comme drogue la plus souvent injectée;
- Prostitution féminine;
- Prostitution masculine.

D'autres études ont aussi montré la présence de l'infection par le VIH dans d'autres populations. Une étude dans des centres de détention au Québec a montré une prévalence du VIH de 8,8 % chez les femmes détenues et de 2,6 % chez les hommes détenus. Les PVVIH incarcérées avaient d'autres facteurs de risque tels que l'usage de drogue par injection et les relations sexuelles entre hommes[76].

Quoiqu'il n'y ait pas d'études de surveillance des ITSS spécifiquement auprès des travailleurs et des travailleuses du sexe, les études auprès de différentes populations (jeunes de la rue, UDI, milieu carcéral) ont montré des prévalences de l'infection variant de 0,8 % à 29,0 % chez les participants qui faisaient du travail du sexe, les taux les plus élevés étant dans les groupes UDI[4].

Chez les jeunes de la rue, il y a eu quinze séroconversions parmi les 718 jeunes de l'étude de cohorte montréalaise de 2001 à 2004[77]. De ces quinze cas, onze ont consommé des drogues par injection dans la période où l'infection est survenue. « Parmi les quatre autres jeunes (dont deux anciens usagers de drogues injectables), trois ont rapporté avoir eu des relations sexuelles non protégées dans les six mois précédents et un garçon a rapporté des activités de prostitution avec de nombreux hommes durant cette même période » (p. 78)[77].

Les données épidémiologiques québécoises montrent aussi d'importants taux de co-infection avec le VIH. Le cycle 2005 de l'enquête ARGUS[78] auprès de HARSAH Montréalais rapporte que :

- 14 % des personnes infectées par le VIH étaient également infectées par le VHC;
- 32 % des personnes infectées par le VHC étaient également infectées par le VIH;
- 18 % des personnes infectées par le VIH avaient un marqueur d'une infection syphilitique antérieure ou courante.

La vigie intensifiée de la lymphogranulomatose vénérienne à Montréal a montré que 56 % des cas de LGV diagnostiqués chez des HARSAH entre janvier 2003 et août 2010 étaient également infectés par le VIH²³. Celle de la syphilis infectieuse à Montréal a montré que 45 % des cas de syphilis diagnostiqués en phase infectieuse chez des HARSAH entre septembre 2000 et août 2011 étaient aussi infectés par le VIH[3].

L'étude SurvUDI a mesuré que 20,4 % des 2 770 UDI trouvés infectés par le VHC entre 2003 et 2009 étaient aussi infectés par le VIH et que 86,1 % des 656 UDI trouvés infectés par le VIH étaient aussi infectés par le VHC. De plus, les données de la base Med-Écho en 2006 montrent que 15 % des personnes infectées par le VHC étaient également infectées par le VIH et 6 % l'étaient par le VHB[4].

En somme, l'épidémie de l'infection par le VIH au Québec est concentrée auprès de groupes à risque. Les populations les plus touchées par l'infection sont les HARSAH, les personnes provenant d'une région où le VIH est endémique et les UDI. De plus, des taux élevés d'infection ont été mesurés chez les personnes incarcérées et les travailleurs et travailleuses du sexe. La co-infection avec le VHC ou avec la syphilis est fréquente, ce qui justifie un dépistage en présence de ces ITSS.

²³ Les cas déclarés au Québec de LGV, à l'exception d'un cas féminin en 2008, sont chez des hommes, dont la quasi-totalité est HARSAH.

5.4.2 LES INDICATIONS DE DÉPISTAGE AILLEURS AU CANADA ET DANS LE MONDE

Canada	États-Unis	Europe	France	Royaume-Uni	Australie
LDC-ITS, 2008[39]	CDC, 2006[24]	IUSTI/OMS-Europe[79]	HAS, 2009[80]	BASHH, 2010[81]	MACASHH/ HASTI/ ICAHRD ^A [82]
<p>Transmission :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relations sexuelles non protégées; ▪ Exposition à du sang d'une autre personne; ▪ Partage d'aiguilles ou de seringues; ▪ Transmission mère-enfant; ▪ Avoir reçu du sang ou des produits sanguins au Canada avant novembre 1985; ▪ Comportements à risque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ multipartenariat; ▪ relations sexuelles non protégées; ▪ relations sexuelles avec une PVVIH; ▪ relations sexuelles anales ou vaginales réceptives; ▪ partage de matériel d'injection de drogues; ▪ acquisition d'autres ITS comme le VHB ou la syphilis. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage systématique : <ul style="list-style-type: none"> ▪ dans les milieux de soins chez tous les patients de 13 à 64 ans sauf s'il est documenté que la prévalence des infections par le VIH non diagnostiquées dans le milieu de soins est < 0,1 % ou que la prévalence de l'infection par le VIH est < 1 cas par 1000 patients dépistés; ▪ cas de tuberculose; ▪ patients consultant dans une clinique d'ITSS sans égard aux facteurs de risque; ▪ Grossesse : <ul style="list-style-type: none"> ▪ dépistage prénatal; ▪ répéter le test de dépistage au 3^e trimestre de la grossesse dans les milieux de soins où 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personne demandant une évaluation ou un traitement des ITS dans une clinique ITS, sans égard aux signes et symptômes, ni aux facteurs de risque; ▪ Si les cliniques ne peuvent offrir un dépistage à tous, les clientèles à haut risque devraient être priorisées : <ul style="list-style-type: none"> ▪ personne qui croit fortement avoir été exposée au VIH; ▪ personne qui a des symptômes compatibles avec une rétrovirose aiguë ou une immunosuppression; ▪ personne qui a des relations sexuelles non protégées avec de multiples partenaires; ▪ personne qui a des antécédents d'ITS, particulièrement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage systématique : <ul style="list-style-type: none"> ▪ dans le cadre de consultation dans le système de soins de 1^{re} ligne, à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de transmission ou d'une caractéristique particulière; ▪ Proposer régulièrement le dépistage de l'infection par le VIH auprès de groupes ciblés : <ul style="list-style-type: none"> ▪ HARSAH; ▪ hétérosexuel ayant eu plus d'un partenaire dans la dernière année; ▪ UDI; ▪ personnes originaires d'une région où la prévalence de l'infection par le VIH est élevée; ▪ travailleur(se) du 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage universel : <ul style="list-style-type: none"> ▪ cliniques de santé sexuelle et cliniques de médecine génito-urinaire (GUM); ▪ services de périnatalité; ▪ services de suivi de grossesse; ▪ programme de dépendance aux drogues; ▪ services de santé pour les patients ayant une tuberculose, une hépatite B, une hépatite C ou un lymphome; ▪ Dans les milieux où la prévalence du VIH dans la population locale dépasse 2/1000 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ hommes et femmes qui consultent ou sont admis en soins de médecine générale; ▪ Dépistage systématique et en routine : <ul style="list-style-type: none"> ▪ patient se présentant pour des soins de santé où le VIH peut faire l'objet d'un diagnostic différentiel; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obligation pour les professionnels de la santé de connaître leur statut VIH s'ils font des procédures pouvant entraîner des expositions à risque; ▪ Dépistage de routine en fonction des facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> ▪ relation sexuelle non protégée entre hommes; ▪ partage de matériel d'injection de drogue; ▪ partenaire d'une PVVIH; ▪ originaire d'une région où la prévalence du VIH est élevée; ▪ voyage récent à l'étranger; ▪ se présenter pour une prophylaxie post-exposition après une exposition professionnelle ou non; ▪ grossesse; ▪ demande de test de dépistage en

Canada	États-Unis	Europe	France	Royaume-Uni	Australie
LDC-ITS, 2008[39]	CDC, 2006[24]	IUSTI/OMS-Europe[79]	HAS, 2009[80]	BASHH, 2010[81]	MACASHH/ HASTI/ ICAHRD ^A [82]
	<p>l'incidence du VIH est plus grande que 17/100 000 p.a.;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Répétition du test : <ul style="list-style-type: none"> ▪ annuellement chez les personnes à risque : UDI et leurs partenaires, personnes ayant des relations sexuelles contre rémunération ou drogues, HARSAH, hétérosexuels qui ont eu (ou dont le partenaire a eu) plus d'un partenaire sexuel depuis le dernier dépistage pour le VIH; ▪ au début d'une nouvelle relation; ▪ Personne source d'une exposition professionnelle; ▪ présence de symptômes d'infection par le VIH ou de maladie opportuniste (diagnostic); ▪ sur la base du jugement clinique. 	<p>celles associées avec un risque augmenté de transmission du VIH;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ victime d'agression sexuelle; ▪ partenaire sexuel d'une PVVIH; ▪ UDI qui a déjà partagé du matériel d'injection; ▪ personne qui a des relations sexuelles dans les régions à haute prévalence du VIH; ▪ personne qui a reçu des produits sanguins avant 1985 (pour la majorité des pays d'Europe); ▪ femme enceinte, peu importe les facteurs de risque; ▪ Fréquence de dépistage <ul style="list-style-type: none"> ▪ selon l'évaluation des risques, au maximum 3-4 fois par année. 	<p>sexe;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ partenaire sexuel d'une PVVIH. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ diagnostic d'une ITS; ▪ partenaire sexuel d'une PVVIH; ▪ HARSAH; ▪ femmes qui ont eu des relations sexuelles avec un HARSAH; ▪ histoire d'injection de drogue; ▪ personne qui provient de régions où la prévalence du VIH est élevée (> 1 %); ▪ personne qui a eu des relations sexuelles avec des personnes qui proviennent d'une région où la prévalence > 1 %; ▪ Répétition de l'offre du test : <ul style="list-style-type: none"> ▪ personne avec résultat de test négatif, mais chez qui le test a pu être effectué lors d'une période-fenêtre; ▪ HARSAH et UDI annuellement ou plus fréquemment si des symptômes cliniques suggèrent une séroconversion ou lorsqu'il y a une exposition continue au risque; 	<p>l'absence de facteurs de risque identifiés;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ diagnostic d'ITSS; ▪ Dépistage universel : <ul style="list-style-type: none"> ▪ milieux carcéraux; ▪ grossesse; ▪ Dépistage universel obligatoire : Don de sang, transfusion sanguine et transplantation de tissu.

Canada	États-Unis	Europe	France	Royaume-Uni	Australie
LDC-ITS, 2008[39]	CDC, 2006[24]	IUSTI/OMS-Europe[79]	HAS, 2009[80]	BASHH, 2010[81]	MACASHH/ HASTI/ ICAHRD^A[82]
				<ul style="list-style-type: none"> ▪ soins prénataux : Réoffrir lors d'un refus. S'il y a un second refus, réoffrir à la 36^e semaine; ▪ femmes se présentant en soins prénataux pour la première fois à l'accouchement : offre d'un test de dépistage rapide. 	

^A Ministerial advisory committee on AIDS, sexual health and hepatitis, HIV/AIDS and sexually transmissible infections subcommittee, Intergovernmental committee on AIDS, hepatitis and related diseases.

5.4.3 SYNTHÈSE CRITIQUE

Les facteurs de risque connus pour le VIH au Québec sont :

- Des caractéristiques sociodémographiques (âge, provenir de régions où l'infection est endémique, orientation sexuelle),
- Des comportements et modes de vie à risque (relations sexuelles non protégées, caractéristiques des partenaires sexuels, nombre de partenaires sexuels, UDI, travail du sexe, jeunes de la rue)
- Des circonstances ou des conditions liées à la santé (présence d'ITSS, grossesse, exposition professionnelle).

Bien que les indications de dépistage actuelles arrivent à identifier plusieurs cas d'infection par le VIH²⁴, une préoccupation réside dans l'estimation du quart des personnes vivant avec le VIH au Canada qui l'ignoreraient et la proportion de PVVIH apprenant tardivement leur statut sérologique[83]. De plus, le nombre exact de personnes diagnostiquées infectées par le VIH et n'ayant aucun facteur de risque est difficile à établir. Au Québec, les données du PSI-VIH sont limitées parce qu'elles excluent les personnes diagnostiquées avant 2002 (année de l'instauration du programme) et dont le diagnostic n'a pas été confirmé à nouveau depuis, les cas confirmés depuis avril 2002 qui ne sont pas enregistrés (ex. : collecte épidémiologique non complétée), les cas confirmés sans numéro d'assurance maladie et les PVVIH qui n'ont pas subi de test de dépistage, donc qui ignorent leur statut sérologique. De plus, la sous-déclaration des facteurs de risque est une limite pour connaître la proportion réelle de cas qui n'ont aucun facteur de risque[71].

Les lignes directrices des CDC[24], de BASHH[81], de la HAS[80] et de IUSTI/OMS-Europe[79] introduisent de nouveaux concepts comme le dépistage universel, c'est-à-dire une offre de dépistage systématique à tous avec droit de refus dans certains milieux ou auprès de certains groupes :

- Dépistage systématique dans les milieux de soins avec une prévalence des infections non diagnostiquées de > 0,1 % ou un taux de positivité de > 1 par 1000 (CDC[24]), ou un taux de positivité estimé supérieur à 0,2 % (BASHH[81]).
- Dépistage systématique dans les cliniques d'ITSS ou de santé sexuelle GUM, sans égard aux facteurs de risque (CDC[24], BASHH[81]) : le fait de se rendre dans une clinique de santé ou une clinique GUM est considéré par les CDC[24] et BASHH[81] comme un facteur de risque en soi.
- Dépistage systématique à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans consultant dans les services de santé de 1^{re} ligne (HAS[80]).

Le dépistage universel dans les milieux de soins est considéré coût-efficace lorsque la prévalence dépasse 0,1 % (CDC[24]) ou 0,2 % (BASHH[81])²⁵. Les résultats de deux études américaines de modélisation mathématique à partir de données probantes américaines montrent que le dépistage systématique de l'infection par le VIH dans les milieux de soins à faible prévalence est aussi coût-efficace que d'autres programmes de dépistage systématique, tels que ceux de l'hypertension et du cancer du sein ou du côlon[84, 85]. En plus, les résultats de l'une d'elles montrent qu'un dépistage systématique de routine favorise un dépistage précoce permettant aux PVVIH un meilleur

²⁴ 3 cas en 2010 et 43 cas depuis 2002 enregistrés au PSI-VIH ne correspondent à aucun facteur de risque déjà indiqué, leur partenaire n'ayant pas non plus de facteur de risque identifié[71].

²⁵ Le seuil de prévalence suggéré par BASHH pour un dépistage de routine s'inspire du seuil fixé par les CDC : « Une prévalence des infections par le VIH diagnostiquées excédant 2/1000 (0,2 %), chez ceux qui sont âgés de 15 à 59 ans, est une approximation d'une prévalence des infections par le VIH non diagnostiquées excédant 1/1000 (0,01 %), le seuil à partir duquel le dépistage de routine serait coût-efficace selon les données américaines (traduction libre) »[75].

accès aux soins, à une meilleure qualité de vie et à une espérance de vie prolongée, et permettant de prévenir la transmission de l'infection[84].

Des conditions liées à la santé sont aussi incluses comme indication de dépistage dans les lignes directrices révisées. Il s'agit toutefois de diagnostic différentiel ou d'éléments de suivi médical :

- Tuberculose (CDC[24], BASHH[81]);
- Lymphome (BASHH[81]);
- Symptômes suggestifs de primo-infection ou de maladies opportunistes (CDC[24], BASHH[81], IUSTI/OMS-Europe[79]).

D'autres groupes que ceux présentés dans les indications de dépistage québécoises sont aussi visés par les recommandations de dépistage d'autres pays :

- Professionnels de la santé s'ils font des procédures pouvant entraîner un risque d'exposition (Australie[82])²⁶;
- Personnes incarcérées (Australie[82]);
- Victimes d'agression sexuelle (IUSTI/OMS-Europe[79])²⁷;
- Partenaires sexuels des PVVIH (BASHH[81], HAS[80], IUSTI/OMS-Europe[79], MACASHH/HASTI/ICAHRD[82]).

Contrairement aux pays qui ont effectué un virage vers le dépistage universel, et de façon similaire à l'Australie, le CITSS a recommandé en 2011 de conserver un dépistage ciblé en fonction des facteurs de risque au Québec, mais de rehausser l'offre de dépistage et la recherche des facteurs de risque[86]. Certaines populations et certains milieux pourraient bénéficier d'un dépistage universel.

Au Québec, l'épidémiologie basée sur la déclaration des cas de 2002 à 2010 correspond toujours aux facteurs de risque classiques incluant des groupes à risque tels qu'exposés à la section 2. Par ailleurs, différentes enquêtes québécoises[4] ont montré des prévalences supérieures au seuil de coût-efficacité émis par les CDC[24] dans plusieurs groupes :

- HARSAH (de 12,58 % à 13,5 %);
- UDI (de 14 % à 22,5 %);
- Travailleurs du sexe (de 0,8 % à 14,8 % selon l'association avec d'autres facteurs de risque);
- Jeunes de la rue (0,9 %);
- Personnes incarcérées (3,4 %).

Tous ces groupes sont déjà visés par les indications actuelles de dépistage de l'infection par le VIH, à l'exception des personnes incarcérées. Considérant la prévalence mesurée de l'infection dans ce groupe, la présence de multiples facteurs de risque pendant ou avant le séjour en milieu carcéral et la difficulté pour ces derniers de dévoiler leurs facteurs de risque, en particulier aux professionnels de la santé en milieu carcéral[87], il apparaît pertinent d'ajouter une indication de dépistage pour l'infection par le VIH pour les personnes incarcérées et celles qui l'ont déjà été.

²⁶ Les professionnels de la santé n'ont pas l'obligation de subir un test de dépistage au Québec.

²⁷ Précisons qu'au Québec, une procédure spécifique pour les cas d'agression sexuelle existe : elle est décrite dans le *Guide d'intervention médicosociale* disponible dans la rubrique publications du site www.msss.gouv.qc.ca.

Pour les jeunes de la rue, la majorité de ceux ayant participé à l'étude de cohorte à Montréal et qui ont contracté une infection par le VIH avaient consommé de la drogue par injection. Parmi les quatre cas qui n'étaient pas UDI au moment de la cohorte et dont trois étaient d'anciens UDI, d'autres facteurs de risque ont été relevés : relations sexuelles non protégées et travail du sexe[88]. Malgré la prévalence estimée du VIH dans ce groupe, les personnes susceptibles d'avoir contracté une infection par le VIH devraient être jointes par une offre de dépistage selon les autres facteurs de risque. Néanmoins, il est envisageable d'offrir un dépistage d'emblée aux jeunes de la rue dans des services qui leur sont spécialisés puisqu'ils pourraient être à risque plus élevé de contracter une infection par le VIH et qu'ils pourraient avoir de la difficulté à dévoiler leurs facteurs de risque.

En ce qui concerne les personnes originaires de régions à endémicité élevée pour le VIH, un dépistage du VIH est exigé par Citoyenneté et immigration Canada[69] depuis 2002 pour les demandeurs du statut d'immigrant ou de réfugié âgés de 15 ans ou plus, pour les enfants qui ont été exposés à du sang ou des produits sanguins, pour les nourrissons dont la mère est atteinte ou pour les enfants en adoption internationale. Ce ne sont pas toutes les personnes qui immigreront au Canada qui ont subi un test de dépistage du VIH. La CCSIR a diffusé des lignes directrices sur la prise en charge clinique des immigrants et réfugiés[9]. Elle recommande, entre autres, un dépistage pour les personnes provenant de régions où la prévalence dépasse 1 % : Afrique Subsaharienne et les Caraïbes. Les personnes en provenance de la Thaïlande, de l'est de l'Europe et de l'Asie Centrale pourraient aussi faire l'objet d'une indication de dépistage puisque la prévalence estimée est de 0,9 %. Bien que ces indications s'appliquent aux immigrants et réfugiés, elles seraient aussi valables pour les personnes qui ont eu un partenaire sexuel originaire de ces régions.

Un dépistage est aussi indiqué en fonction du nombre de partenaires sexuels. Afin d'élargir les indications de dépistage pour le VIH, il a été proposé lors des travaux de recommander un dépistage pour toute personne qui a un nouveau partenaire ou plus de 1 dans la dernière année. Une façon d'évaluer la pertinence d'une telle indication de dépistage serait d'estimer la proportion de nouveaux cas qui pourrait être jointe par cette indication en s'appuyant sur le seuil de coût-efficacité déterminé par les CDC ($> 0,1$ %)[24]. Les données ne sont pas disponibles actuellement au Québec. Toutefois, un effort devrait être fait afin de les obtenir et d'évaluer la pertinence d'abaisser le seuil de partenaires multiples indiquant un dépistage du VIH au Québec.

Par ailleurs, tous les partenaires des personnes ayant un facteur de risque pour l'infection par le VIH devraient aussi se voir offrir un dépistage de l'infection par le VIH et d'autres ITSS selon l'évaluation de leurs facteurs de risque. Les partenaires des PVVIH devraient aussi se voir offrir un test de dépistage annuellement, plus souvent si les relations sexuelles sont non protégées et s'ils ont d'autres facteurs de risque.

Comme mentionnée en préambule, la co-infection d'autres ITSS est fréquente. Les CDC[24], BASHH[81], IUSTI/OMS-Europe[79] et le consortium australien MACASHH/HASTI/ICAHDR[82] recommandent d'offrir un dépistage lors du diagnostic d'une autre ITSS. Au Québec, le dépistage de l'infection par le VIH est indiqué lorsque la personne a contracté une infection gonococcique, une syphilis, une LGV, une hépatite B ou C (par voie sanguine) dans la dernière année[2, 61]. Considérant que les antécédents d'ITSS sont un indicateur d'une prise de risque justifiant une intervention préventive adaptée, la période d'antécédents d'ITSS qui est actuellement d'un an doit être révisée. Lors de consultations auprès du CITSS, les membres du comité proposent d'indiquer le dépistage lors d'un diagnostic d'ITSS. De plus, dans une certaine logique, les membres proposent d'offrir des tests de dépistage à un patient qui a reçu un diagnostic d'ITS antérieurement sans avoir subi les autres tests de dépistage indiqués.

Le dépistage systématique de l'infection par le VIH pendant la grossesse fait l'unanimité des lignes directrices révisées. Au Québec, les données tendent à montrer que le *Programme d'intervention sur le VIH et la grossesse* est efficace pour prévenir la transmission verticale. En 2010, 20 % des femmes enceintes vivant avec le VIH (n = 44) ont appris leur statut sérologique pendant la grossesse. Trois femmes l'ont appris après la grossesse, donnant ainsi naissance à 2 enfants atteints par le VIH[71]. Un questionnaire réside dans la pertinence d'offrir systématiquement un second test de dépistage à la 28^e semaine ou à l'accouchement, indépendamment des facteurs de risque. Les CDC ont établi que la répétition systématique du dépistage est coût-efficace lorsque l'incidence estimée est supérieure à 17/100,000 dans le milieu de soins[24]. Au Québec, une réflexion à partir des histoires de cas de transmission mère-enfant montre qu'un second dépistage systématique du VIH pendant la grossesse n'aurait probablement pas été efficace dans la prévention de cette transmission, mais le message sur l'importance d'un second test pendant la grossesse doit continuer à être transmis aux professionnels de la santé et aux femmes enceintes.

Enfin, certaines lignes directrices donnent aussi des recommandations sur la fréquence des tests de dépistage en fonction des facteurs de risque, soit annuellement dans les groupes à risque (CDC[24], BASHH[81], IUSTI Europe[79]). C'est ce que le CITSS a aussi recommandé pour certains groupes à risque dans l'avis *Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH* publié en 2011[86].

5.4.4 PROPOSITION D'INDICATIONS DE DÉPISTAGE

À la lumière des données présentées, le sous-comité suggère de reconduire les indications actuelles du GQDITSS[2] avec quelques modifications et ajouts. Les indications de dépistage pour l'infection par le VIH seraient les suivantes :

1. Personne originaire d'une région où le VIH est endémique²⁸;
2. HARSAH;
3. Travailleur ou travailleuse du sexe;
4. Utilisateur de drogue par injection ou par inhalation;
5. Personne incarcérée ou l'ayant été;
6. Personne ayant eu un partenaire anonyme depuis son dernier test de dépistage;
7. Personne ayant eu plus de 3 partenaires dans la dernière année;
8. Personne ayant eu un partenaire sexuel originaire d'une région où le VIH est endémique;
9. Diagnostic d'ITSS :
 - personne recevant un diagnostic d'infection gonococcique;
 - personne recevant un diagnostic de syphilis;
 - personne recevant un diagnostic d'une hépatite B;
 - personne recevant un diagnostic d'une hépatite C;
 - personne recevant un diagnostic de LGV;

²⁸ Par régions à endémicité élevée pour le VIH, l'ASPC réfère à celles qui présentent l'une des caractéristiques suivantes : prévalence de 1 % ou plus chez les adultes de 15 à 49 ans et où la transmission est à prédominance hétérosexuelle; ratio hommes-femmes infectés égal ou inférieur à 2 pour 1; prévalence du VIH chez les femmes recevant des soins prénataux de 2 % ou plus[10]. La CCSIR recommande, entre autres, un dépistage pour les personnes provenant de régions où la prévalence dépasse 1 % : Afrique Subsaharienne et les Caraïbes. Les personnes en provenance de la Thaïlande, de l'est de l'Europe et de l'Asie Centrale pourraient aussi faire l'objet d'une indication de dépistage puisque la prévalence estimée est de 0,9 % [9].

10. Partenaire sexuel d'une PVVIH;
11. Femme enceinte :
 - dans le cadre d'un bilan prénatal standard;
 - répéter le dépistage au besoin plus d'une fois ou au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement, si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque;
12. Personne recevant des services dans un centre de ressources en dépendance à des drogues;
13. Personne qui a été exposée à du sang ou d'autres liquides biologiques potentiellement infectés selon les recommandations des guides sur la prophylaxie post-exposition[89, 90], par exemple :
 - tatouage ou perçage dans des conditions non stériles;
 - exposition en milieu de travail;
14. Personne ayant subi des procédures médicales (chirurgicales ou autres) avec du matériel potentiellement contaminé dans des régions du monde où la prévalence du VIH est élevée (> 1 %);
15. Personne ayant subi une transfusion sanguine ou de produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organe avant la mise en place d'un système universel de criblage des donneurs (exemple : au Canada avant octobre 1985);
16. Autres considérations :
 - diagnostic différentiel : tuberculose ou lymphome;
 - À des fins diagnostiques : en présence de symptômes de primo-infection ou de maladies opportunistes;
17. Personne demandant un dépistage après un counseling pré test, même en l'absence de facteur de risque décelé.

Une personne qui a eu un partenaire ayant une indication de dépistage numéro 1 à 7 devrait se voir offrir le test de dépistage de l'infection par le VIH comme si elle possédait ce facteur de risque.

Dans le cadre de la surveillance, une offre de dépistage accrue dans des populations à risque permet de mieux estimer l'épidémie au Québec tout en permettant d'augmenter le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique. Par exemple, un projet pilote de dépistage systématique pourrait être mis à l'essai dans des salles d'urgence de milieux ciblés. Des activités combinant dépistage et surveillance seraient pertinentes à développer dans les milieux de soins de la communauté autochtone afin d'une part évaluer des stratégies de dépistage et d'autre part, surveiller l'épidémie de l'infection par le VIH, étant donné celles qui sont émergentes dans les milieux autochtones de l'Ouest canadien.

Il est aussi proposé de préciser la fréquence de dépistage recommandée par le CITSS dans la mise à jour du GQDITSS en y ajoutant les travailleurs et travailleuses du sexe :

- « Au moins une fois par année pour les HARSAH et leurs partenaires sexuels; les utilisateurs de drogues intraveineuses et leurs partenaires sexuels et de consommation; les partenaires des personnes vivant avec le VIH, *et pour les travailleurs et travailleuses du sexe et leurs partenaires ou clients.*

- Offrir aux 3 à 6 mois le dépistage aux personnes chez qui les comportements à risque de transmission pour le VIH sont présents de façon continue ou répétée »[86].

5.5 Virus de l'hépatite B (VHB)

Le GQDITSS[2] propose des indications de dépistage qui doivent être modulées selon le statut vaccinal en tenant compte de l'âge et des maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Il rappelle l'existence d'un programme universel de vaccination débuté en 1994 au Québec et recommande de se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour plus de renseignements sur la vaccination[91]. Actuellement, les indications de dépistage du virus de l'hépatite B sont :

- Personne ayant eu plus de deux partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ou plus de cinq partenaires au cours de la dernière année ou un partenaire anonyme au cours de la dernière année, et ses partenaires;
- Personne originaire d'une région où le VIH est endémique;
- Personne ayant eu une relation sexuelle avec un partenaire originaire d'une région où les ITS ou le VIH sont endémiques, et ses partenaires;
- Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, et ses partenaires;
- Travailleur ou travailleuse du sexe, et ses partenaires;
- Jeune de la rue, et ses partenaires;
- Diagnostic d'ITSS :
 - personne ayant contracté une infection gonococcique dans la dernière année;
 - personne ayant contracté une syphilis au cours de la dernière année;
 - personne ayant contracté une infection par le VIH au cours de la dernière année;
 - personne ayant contracté une hépatite C au cours de la dernière année;
- Femme enceinte :
 - dans le cadre d'un bilan prénatal de base;
 - au besoin, plus d'une fois et au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement, si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque;
- Utilisateur de drogue par injection ou par inhalation, et ses partenaires;
- Personne qui a été exposée à du sang ou d'autres liquides biologiques potentiellement infectés selon les recommandations des guides sur la prophylaxie post-exposition, par exemple :
 - tatouage ou perçage dans des conditions non stériles;
 - exposition en milieu de travail;
- Personne ayant subi des procédures (chirurgicales ou autres) avec du matériel contaminé dans des régions du monde où la prévalence du VHB est élevée;
- Personne ayant subi une transfusion sanguine ou de produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organe au Canada avant 1970;

- Personne qui demande un dépistage après un counseling pré test, même en l'absence de facteur de risque avoué.

5.5.1 FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À L'INFECTION

Le VHB est transmis par exposition percutanée ou d'une muqueuse avec du sang ou des liquides corporels infectés. Dans les régions de faible endémicité (prévalence AgHBs positif < 2 %) telles que le Canada, la transmission sexuelle et l'utilisation de drogues intraveineuses sont les 2 principaux facteurs de risque associés à la transmission du VHB[92], alors que dans les régions d'endémicité intermédiaire (prévalence AgHBs positif 2-7 %) ou élevée (prévalence AgHBs positif \geq 8 %), la transmission verticale et la transmission horizontale durant l'enfance sont des modes de transmission plus fréquent[93].

Selon Santé Canada, en 2001, les populations les plus touchées par l'hépatite B sur le territoire étaient les immigrants, les Inuits, les Premières Nations, les adolescents ainsi que les patients de cliniques d'ITS et des établissements de soins de longue durée[94]. En 2010, ce sont toujours les mêmes populations qui sont principalement touchées au Canada[95].

Un programme universel de vaccination contre le VHB a été implanté en 4^e année de l'école primaire et l'accès à la vaccination gratuite a été augmenté pour les groupes à risque au Québec[91]. Ces deux mesures ont mené à une baisse significative de l'infection par le VHB au Québec. L'infection est maintenant rare dans les cohortes vaccinées. Durant les 10 premières années suivant l'instauration du programme de vaccination, plus de 700 000 enfants ont été vaccinés et un seul cas d'hépatite B a été rapporté chez un enfant vacciné âgé de 10 ans. Plus de 4300 cas d'hépatite B aiguë auraient ainsi été prévenus entre 1994 et 2003 au Québec[96].

En 2010, 885 cas d'hépatite B aiguë, chronique ou non précisée, ont été déclarés et enregistrés au Registre MADO; 24 étaient des cas d'hépatite B aiguë. Les taux d'incidence les plus élevés étaient enregistrés chez les femmes de 25 à 40 ans et les hommes de 30 à 45 ans[3]. Ces personnes avaient, pour la plupart, dépassé la 4^e année scolaire au moment de l'instauration du programme universel de vaccination en 1994 et n'ont donc pas été incluses dans la cohorte vaccinée. Chez les jeunes enfants, en 2009 et 2010, respectivement 1 et 2 cas de VHB ont été déclarés chez les enfants de moins d'un an; 2 et 10 cas l'ont été chez les enfants de 1 à 4 ans pour les mêmes périodes[4].

Comme mentionnées ci-haut, les indications de dépistage sont modulées par le statut vaccinal. Des études de surveillance de seconde génération menées au Québec auprès des groupes à risque ont mesuré la proportion de personnes ayant reçu au moins une dose du vaccin contre le VHB.

- Étude ARGUS, cycle 2008-2009 : 50,4 % de l'ensemble des 1873 HARSAH participants ont affirmé avoir reçu plus d'une dose du vaccin contre le VHB[34].
- Étude dans 7 établissements de détention en milieu urbain et semi-urbain au Québec en 2003 : 56 % des 1357 hommes incarcérés et 61 % des 250 femmes incarcérées participant à l'étude ont déjà reçu au moins une dose du vaccin[76].
- Cohorte St-Luc auprès d'UDI Montréalais : « ... les données de 2003 sur la couverture vaccinale pour le VHB démontrent que 65 % des UDI étaient vaccinés (188/290) et que parmi ceux-ci, 80 % avaient complété le programme de vaccination »[4, 97].

Ces résultats montrent qu'une proportion des personnes appartenant aux groupes visés par la vaccination y échappe et que les 3 doses du vaccin ne sont pas nécessairement administrées aux personnes qui amorcent la vaccination. De plus, ces études ne vérifient pas si les patients affirmant être vaccinés sont, en réalité, immunisés.

De façon générale, les personnes à risque d'être infectées par le VHB font partie des 4 premiers groupes présentés ci-dessous, le cinquième étant un groupe chez qui une l'infection par le VHB n'est pas plus prévalente, mais pour qui elle pourrait avoir des conséquences plus importantes :

- Personne originaire ou ayant voyagé dans des régions endémiques;
- Personne ayant des comportements sexuels et de consommation de drogues à risque (relations sexuelles non protégées; partenaires multiples; partage de matériel de consommation de drogue);
- Personne ayant contracté une infection par le VIH ou le VHC;
- Personne ayant eu une exposition professionnelle;
- Personne ayant des conditions médicales particulières.

Personnes originaires de régions où le VHB est endémique et voyageurs

Environ 350 millions d'individus sont infectés par le VHB dans le monde[92]. La prévalence de l'infection varie selon la géographie et peut être divisée en 3 catégories :

1. Région de faible endémicité (prévalence AgHBs positif < 2 %);
2. Région d'endémicité intermédiaire (prévalence AgHBs positif 2-7 %);
3. Région de haute endémicité (prévalence AgHBs positif \geq 8 %).

Il a été estimé que 45 % de la population mondiale vit dans les régions de haute endémicité[98]. Ceci signifie que les Canadiens nés à l'extérieur du Canada ont un risque plus élevé d'être infectés par le VHB que ceux nés au Canada. En effet, entre 1981 et 2006, plus de 90 % des immigrants au Canada provenaient de régions dont le seuil d'endémicité était supérieur à 2 %[99]. Les régions où la prévalence d'infection chronique au VHB est intermédiaire ou élevée (\geq 2 %) sont l'Asie du Sud-est, la Chine, les îles du Pacifique, l'Afrique subsaharienne, l'Alaska, le Pérou, le nord-ouest du Brésil, le bassin de la Méditerranée, l'Europe de l'Est, l'Asie centrale, le Japon, le bassin de l'Amazone et le Moyen-Orient [9, 18, 19].

Personnes ayant des comportements à risque

Le Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite de l'ASPC²⁹ montre qu'entre le 1^{er} janvier 2005 et le 30 septembre 2010, les 262 cas d'hépatite B aiguë interviewés (sur un total de 405 cas déclarés) étaient répartis selon les facteurs de risque suivants[95] :

- 12,2 % UDI;
- 10,3 % plus d'un partenaire sexuel;
- 9,9 % relations sexuelles avec une personne porteuse du VHB;
- 9,9 % HARSAH;
- 6,9 % inhalation de drogue;
- 3,1 % soins de santé;

²⁹ Centres de surveillance : Ouest du Canada, Territoires du Nord-Ouest, Ontario et Québec.

- 1,9 % transmission percutanée;
- 24,4 % autres;
- 21,4 % inconnu.

Ces données soulignent que la plupart des cas d'infection par l'hépatite B surviennent chez des personnes qui ont des comportements à risque tel que mentionné en introduction. Il est toutefois important de noter que dans le questionnaire, la catégorie « personnes originaires de régions où le VHB est endémique et voyageurs » n'était pas incluse dans la répartition des facteurs de risque et que la plupart des infections aiguës déclarées correspondaient à des personnes nées à l'étranger.

Personnes ayant contracté une infection par le VIH ou le VHC

Les PVVIH sont à risque d'être co-infectées par le VHB (et par le VHC qui sera discuté à la prochaine section). Le VIH et le VHB ont les mêmes modes de transmission. Le taux de co-infection par le VHB des personnes infectées par le VIH est estimé à 10 % [100]. La co-infection du VHB avec le VIH ou le VHC est fréquente et relativement stable au Québec depuis le début des années 2000[4].

Tout comme le VHC, le VHB est transmis par le sang. Les données de Med-Écho (2006) ont montré que 6 % des personnes infectées par le VHC étaient aussi infectées par le VHB : 122 cas de co-infection VHC-VHB ont été rapportés en 2006 au Québec[4]. Les données montrent que les cas de co-infection VHC-VHB étaient plus nombreux chez les hommes que chez les femmes (7,6 % des hommes vs 4,1 % des femmes; $p < 0,01$), sans différence statistiquement significative selon l'âge ou la région de résidence (urbain vs semi-urbain)[4].

Personnes ayant eu une exposition professionnelle

L'exposition au VHB est possible dans le contexte du travail, notamment lors d'une piqûre accidentelle avec une aiguille contaminée. La vaccination de tous les travailleurs de la santé est d'ailleurs recommandée ainsi qu'une vérification de la réponse au vaccin après avoir reçu la 3^e dose. Les personnes non immunisées devraient recevoir la vaccination. Au Québec, le *Guide pour la prophylaxie post-exposition à des liquides biologiques dans le contexte du travail* est la référence dans ce contexte[89].

Personnes ayant des conditions médicales particulières

De plus en plus, on reconnaît l'importance de dépister le VHB chez les personnes devant recevoir une chimiothérapie pour le traitement d'un cancer ou un traitement immunosuppresseur, que ce soit après une greffe, pour le traitement de maladies rhumatologiques ou maladies inflammatoires de l'intestin. Le risque de réactiver une hépatite B dépend de plusieurs facteurs, dont le statut sérologique du patient pour le VHB, la nature du traitement immunosuppresseur et l'utilisation d'une prophylaxie antivirale. Dans une méta-analyse de quatorze études de patients AgHBs positif qui recevaient une chimiothérapie, 33 % (22-88 %) ont eu une réactivation de l'hépatite B et 7 % sont décédés[101]. Le risque existe aussi chez des patients avec AgHBs négatif et anti-HBc positif isolé[102]. Le dépistage de l'hépatite B chez des patients canadiens atteints de lymphome et devant recevoir une chimiothérapie de type R-CHOP³⁰ pourrait aussi diminuer le taux de réactivation de l'hépatite B de 10 fois et améliorer la survie à 1 an en plus d'être coût-efficace lorsque comparée au dépistage selon les facteurs de risque ou à l'absence de dépistage[103].

³⁰ Chimiothérapie de type R-CHOP : rituximab, cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone.

Le risque de transmission du VHB en hémodialyse a été démontré. La Société canadienne de néphrologie a émis des recommandations de vaccination de l'hépatite B et de vérification régulière de l'immunité des patients en hémodialyse et du personnel soignant. Leurs recommandations s'appuient sur celles des CDC et de Santé Canada[104]. Le lecteur est référé aux protocoles et procédures propres à chaque centre d'hémodialyse.

5.5.2 LES RECOMMANDATIONS D'INDICATIONS DE DÉPISTAGE AU CANADA ET DANS LE MONDE

Canada LDC-ITS, 2008 ^A [39]	États-Unis CDC, 2008[105]	Europe IUSTI/OMS-Europe, 2010[106]	Royaume-Uni BASHH, 2008[107]
<ul style="list-style-type: none"> ■ Groupes considérés à risque d'exposition et visés par la vaccination : <ul style="list-style-type: none"> ■ enfant provenant d'une région où le VHB est endémique; ■ population ou communauté où le VHB est endémique (ex. : certaines communautés autochtones au Canada); ■ résident et professionnel d'établissement pour personnes avec une déficience intellectuelle/retard de développement; ■ travailleur de l'industrie du sexe; ■ patient sous hémodialyse; ■ hémophile et autre personne recevant fréquemment des perfusions ou des produits sanguins; ■ contact sexuel ou membre d'un même foyer qu'une personne ayant une hépatite B aiguë; ■ femme enceinte; ■ UDI; ■ personnel des prisons et personnes incarcérées; ■ voyageur dans des régions où le VHB est endémique; ■ personne ayant des antécédents récents d'ITSS; ■ partenaire sexuel d'une personne positive à AgHBs; ■ personne ayant plusieurs partenaires sexuels; ■ HARSAH; ■ personne exposée à un risque en milieu professionnel; ■ enfant fréquentant une garderie où un enfant est infecté par le VHB; ■ PVVIH; ■ partenaire sexuel de toutes les personnes mentionnées ci-dessus. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personne originaire d'une région endémique (prévalence de 2 % et plus); ■ HARSAH; ■ UDI; ■ Personne immunosupprimée ou recevant des produits sanguins; ■ Personne qui a des taux inexplicables d'ALT/AST^B; ■ Personne née aux États-Unis de parents originaires d'une région où la prévalence atteint 8 %; ■ Personne sous hémodialyse; ■ Femme enceinte; ■ Partenaire sexuel ou de consommation de drogue d'une personne AgHBs positive; ■ PVVIH. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévalence locale inférieure à 1 % : <ul style="list-style-type: none"> ■ personne provenant d'une région où le VHB est fortement endémique; ■ HARSAH; ■ travailleur du sexe; ■ personne ayant de multiples partenaires; ■ UDI; ■ PVVIH; ■ victime d'agression sexuelle; ■ partenaire sexuel d'une personne positive pour l'AgHBs; ■ Prévalence supérieure à 1 % : tous les patients demandant un test de dépistage. ■ Tous les patients vivant avec le VIH ou avant le début d'une chimiothérapie ou une thérapie qui affecte le système immunitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ HARSAH; ■ Travailleur du sexe; ■ UDI; ■ Victime d'agression sexuelle; ■ Personne provenant d'une région où le VHB est endémique; ■ Personne s'étant blessée avec une aiguille; ■ Partenaire d'une personne AgHBs positif (cas contact/notification aux partenaires); ■ Partenaire d'une personne à haut risque d'être infectée par le VHB. ■ Rappel sur l'importance de vérifier l'immunité si elle est inconnue.

^A Les LDC-ITS, mises à jour en 2008[39], ne précisent pas les indications de dépistage pour le VHB, mais plutôt celles pour la vaccination. Les groupes chez qui la vaccination devrait être offerte systématiquement selon les LDC-ITS sont présentés ici à titre indicatif des groupes à risque d'être exposés au VHB au Canada. En matière de vaccination au Québec, le PIQ[91] est la référence en la matière.

^B ALT : Alanine Aminotransferase/AST : Aspartate Aminotransférase.

5.5.3 SYNTHÈSE CRITIQUE

Un des critères qui justifie un test de dépistage est la possibilité d'offrir un traitement pouvant diminuer la morbidité et/ou la mortalité de la personne diagnostiquée. Le traitement de l'hépatite B réduit significativement les complications associées, telles que la progression vers la cirrhose, le développement de la maladie hépatique terminale, le carcinome hépatocellulaire et le décès[92]. Les patients infectés peuvent être asymptomatiques pendant des décennies avant de développer des complications, laissant une grande fenêtre pour le dépistage. Le dépistage a aussi pour but de réduire le bassin de patients infectés par le VHB qui, ignorant leur statut, ne peuvent obtenir les soins nécessaires et peuvent transmettre l'infection. De plus, le dépistage permet d'offrir la vaccination aux partenaires sexuels et domiciliaires des personnes infectées et ainsi de réduire la transmission.

En ce qui concerne les personnes originaires d'une région où le VHB est endémique, les CDC établissent à 2 % le seuil d'endémicité AgHBs à partir duquel un dépistage est indiqué[105], ce qui correspond au seuil d'endémicité modérée défini par l'OMS[17]. Une carte géographique détaillée a été produite par l'OMS en 2012[9, 17]. L'Asie du Sud-est, la Chine, les îles du Pacifique, l'Afrique subsaharienne, l'Alaska, le Pérou, le nord-ouest du Brésil, le bassin de la Méditerranée, l'Europe de l'Est, l'Asie centrale, le Japon, le bassin de l'Amazone et le Moyen-Orient ont une prévalence supérieure à ce seuil[9, 18, 19]. Les personnes visées par cette indication de dépistage réfèrent, entre autres, aux immigrants, aux réfugiés et aux enfants adoptés de ces régions endémiques. Actuellement, le dépistage de l'hépatite B n'est pas effectué systématiquement au moment de l'immigration au Canada bien qu'entre 1981 et 2006, plus de 90 % des immigrants au Canada provenaient de régions dont le seuil d'endémicité était supérieur à 2 %[108]. Une analyse de modélisation mathématique canadienne a suggéré que le dépistage universel des immigrants au Canada serait modérément coût/efficace[109]. Des recommandations canadiennes provenant de la CCSIR visent, tout comme les CDC, le dépistage de toute personne provenant d'une région dont l'endémicité est égale ou supérieure à 2 %[9]. Selon ces données, il est justifiable, au Québec, de proposer un dépistage de toute personne née dans une région où la prévalence de l'infection par le VHB est $\geq 2\%$ et ses partenaires sexuels ou de consommation de drogue par injection et inhalation. Un test de dépistage est aussi indiqué pour tous les Québécois ayant eu des partenaires (sexuels ou de consommation) originaires de ces régions, que ce soit au Québec ou au cours d'un voyage à l'étranger. Le dépistage est aussi indiqué pour les personnes ayant subi des procédures chirurgicales avec du matériel non stérile dans ces régions.

Les personnes qui contractent une infection par le VIH devraient toutes subir un test de dépistage du VHB (et du VHC) lors de leur visite initiale. Non seulement le dépistage du VHB permet la prise en charge de cette infection, mais la co-infection par le VHB influence la décision de traiter le VIH et le choix des antirétroviraux initiaux et subséquents[110]. Connaître le statut sérologique du VHB permet aussi de cibler les personnes susceptibles en vue de les vacciner. Le *Guide sur la prise en charge des personnes co-infectées par le VIH et le VHB* précise les éléments cliniques et tests à effectuer. D'ailleurs, il stipule que «Toutes les personnes séropositives pour le VIH devraient être dépistées pour le VHB»[111].

Le même principe s'applique pour les patients infectés par le VHC qui est transmissible par le sang, tout comme le VHB. Les patients ayant été exposés au VHC, c'est-à-dire celles ayant des marqueurs d'exposition (anti-VHC positif avec ou sans ARN du VHC détectable) sont plus à risque d'avoir été infectées par le VHB. L'histoire naturelle de chacune de ces deux infections est influencée par l'autre et le traitement de l'une peut mener à l'exacerbation de l'autre[112].

L'hépatite B est plus prévalente chez les populations ayant eu un diagnostic de certaines ITSS. Ceci est dû au fait que ces ITSS partagent des modes de transmission. Il est donc recommandé dans l'énoncé provisoire LGV de dépister l'hépatite B lors d'un diagnostic de LGV[61]. Il est aussi indiqué d'effectuer un dépistage du VHB lors d'un diagnostic de la syphilis ou de la gonorrhée[2].

De plus en plus, on reconnaît l'importance de dépister le VHB chez les personnes devant recevoir une chimiothérapie pour le traitement d'un cancer ou un autre traitement immunosuppresseur, que ce soit après une greffe, pour le traitement de maladies rhumatologiques ou de maladies inflammatoires de l'intestin. Le risque de réactiver une hépatite B dépend de plusieurs facteurs, dont le statut sérologique du patient pour le VHB (les patients AgHBs positif sont plus à risque que les patients AgHBs négatif avec anti-HBc positif), la nature du traitement immunosuppresseur et l'utilisation d'une prophylaxie antivirale (pouvant prévenir les réactivations)[113]. Les autorités européennes et américaines ont déjà inclus cette population dans leurs indications de dépistage. Le taux élevé de réactivation du VHB chez les patients avec des marqueurs sérologiques du VHB, le haut taux de décès associés à la réactivation et la disponibilité d'un traitement antiviral préventif efficace et bien toléré justifient pleinement l'inclusion de cette indication de dépistage au Québec.

Le dépistage systématique des ITSS pendant la grossesse, excluant le VHC, fait l'unanimité des lignes directrices révisées. Il a été clairement démontré dans plusieurs populations que le dépistage systématique et la vaccination active et passive des nouveau-nés de mères AgHBs positif sont efficaces pour prévenir la transmission verticale dans la majorité des cas.

Par ailleurs, à cause de la prévalence estimée de l'infection et des facteurs de risque ainsi que de la difficulté à les dévoiler, une offre de dépistage est indiquée pour les personnes incarcérées ou l'ayant été et les personnes recevant des services dans un centre de ressources en dépendance à des drogues.

Un point important à retenir est qu'il faut rester critique en ce qui concerne le statut vaccinal dans la décision de dépister l'hépatite B chez un patient ayant une indication de dépistage. Puisque la vaccination contre l'hépatite B est le plus souvent offerte sans vérification au préalable du statut sérologique, certains individus peuvent avoir été vaccinés alors qu'ils étaient déjà infectés par le VHB tel que déterminé par la positivité de l'AgHBs. Ces individus n'ont pas développé une réponse au vaccin et pourraient échapper au dépistage. Ceci concerne précisément les personnes originaires de régions endémiques ($\geq 2\%$), les personnes nées au Canada de parents originaires de régions où le VHB est hautement endémique ($\geq 8\%$) et qui n'ont pas reçu la vaccination à la naissance, et celles qui ont reçu la vaccination contre le VHB après avoir initié des comportements à risque[105]. Il est aussi possible qu'un patient affirmant avoir été vacciné fasse erreur sur le vaccin ou que la vaccination n'ait pas été complétée, d'où l'importance de consulter le carnet de vaccination lorsque c'est possible. En ce qui concerne les indications de vaccination, les indications de sérologie pré et post-vaccination et les calendriers de vaccination, le PIQ est le guide de référence³¹[91].

Comme le portrait épidémiologique du VHB n'a pas changé depuis la dernière mise à jour des indications de dépistage, il est proposé de reconduire les indications actuelles avec quelques ajouts concernant les conditions médicales et les milieux de vie.

³¹ Le PIQ ne recommande pas la détection des anti-HBs avant la vaccination. Toutefois, sans retarder la vaccination, une recherche sérologique d'anti-HBs et un dépistage de l'AgHBs sont indiqués chez la personne qui a eu un grand risque d'infection au VHB dans le passé[91]. Pour consulter le PIQ : www.msss.gouv.qc.ca section Documentation/Publication. Cependant, des travaux sur le sujet par le Comité sur les analyses de laboratoires en ITSS de l'INSPQ sont en cours.

5.5.4 PROPOSITION D'INDICATIONS DE DÉPISTAGE

À la lumière des données présentées et discutées, il est proposé d'offrir un dépistage de l'hépatite B chez les personnes qui ont les facteurs de risque suivants. Les indications de dépistage doivent être modulées selon le statut vaccinal en tenant compte de l'âge, le calendrier de vaccination, la preuve de vaccination, la possibilité d'avoir contracté le VHB avant la vaccination (par exemple, lieu de naissance dans un pays endémique pour le VHB ou comportements à risque avant la vaccination) et les maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin³² :

1. Personne originaire d'une région où le VHB est endémique³³;
2. HARSAH;
3. Travailleur ou travailleuse du sexe;
4. Utilisateur de drogue par injection ou par inhalation;
5. Personne incarcérée ou l'ayant été;
6. Personne ayant eu un partenaire anonyme depuis son dernier test de dépistage ou au cours de la dernière année;
7. Personne ayant eu plus de trois partenaires dans la dernière année;
8. Personne ayant eu un partenaire sexuel originaire d'une région où le VHB est endémique;
9. Diagnostic d'ITSS :
 - personne recevant un diagnostic d'infection gonococcique
 - personne recevant un diagnostic de syphilis;
 - personne recevant un diagnostic d'infection par le VIH, lors de la visite initiale et par la suite selon les facteurs de risque³⁴;
 - personne ayant des anticorps anti-VHC positifs (avec ou sans ARN détectable), lors de la visite initiale, et par la suite selon les facteurs de risque;
 - personne recevant un diagnostic de LGV;
10. Partenaire sexuel et contact domiciliaire d'une personne atteint d'une hépatite B chronique ou aiguë³⁵;
11. Femme enceinte
 - dans le cadre d'un bilan prénatal de base;
 - répéter le dépistage au besoin plus d'une fois ou au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement, si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque;
12. Personne recevant des services dans un centre de ressources en dépendance à des drogues;

³² En ce qui concerne les indications de vaccination, les indications de sérologie pré et post-vaccination et les calendriers de vaccination, le PIQ est le guide de référence. Le PIQ ne recommande pas la détection des anti-HBs avant la vaccination. Toutefois, sans retarder la vaccination, une recherche sérologique d'anti-HBs et un dépistage de l'AgHBs sont indiqués chez la personne qui a eu un grand risque d'infection au VHB dans le passé[91]. Pour consulter le PIQ : www.msss.gouv.qc.ca section Documentation/Publication[91]. Cependant, des travaux sur les analyses de laboratoire pour le dépistage du VHB sont en cours et réalisés par le Comité sur les analyses de laboratoires en ITSS de l'INSPQ.

³³ Selon l'OMS, une région à endémicité modérée pour le VHB est caractérisée par une prévalence de 2 % et plus[17].

³⁴ Se référer au guide *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le VIH*[114] et au guide *La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par le VIH et le VHB*[111].

³⁵ Se référer au *Guide d'intervention sur l'hépatite B* [115] et au PIQ[91].

13. Personne qui a été exposée à du sang ou d'autres liquides biologiques potentiellement infectés, par exemple³⁶ :
 - tatouage ou perçage dans des conditions non stériles;
 - exposition en milieu de travail;
 - exposition accidentelle non professionnelle;
14. Personne ayant subi des procédures médicales (chirurgicales ou autres) avec du matériel potentiellement contaminé dans des régions du monde où la prévalence du VHB est élevée ($\geq 2\%$);
15. Personne ayant subi une transfusion sanguine ou de produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organe avant la mise en place d'un système universel de criblage des donneurs (exemple: au Canada avant 1970);
16. Autres considérations :
 - hémodialyse³⁷;
 - avant de débiter une chimiothérapie ou autre thérapie immunosuppressive;
17. Personne demandant un dépistage après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque décelé.

Une personne qui a eu un partenaire ayant une indication de dépistage numéro 1 à 7 devrait se voir offrir le test de dépistage de l'hépatite B comme si elle possédait ce facteur de risque.

5.6 Virus de l'hépatite C (VHC)

Actuellement, les indications de chercher la présence d'anticorps contre le virus de l'hépatite C (VHC) selon le GQDITSS, mis à jour en 2010[2], sont :

- Personne ayant contracté une infection par le VIH au cours de la dernière année;
- Personne ayant contracté une ITSS par voie sanguine, au cours de la dernière année;
- Utilisateur de drogue par injection ou par inhalation;
- Personne ayant été exposée à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement infectés³⁸:
 - tatouage ou perçage dans des conditions non stériles,
 - exposition en milieu de travail;
- Personne ayant subi des procédures (chirurgicales ou autres) avec du matériel contaminé dans des régions du monde où la prévalence de ces infections est élevée;
- Personne ayant reçu une transfusion sanguine ou ayant reçu des produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organe au Canada avant avril 1992;
- Personne demandant un dépistage du VHC après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque avoué.

³⁶ Se référer aux guides sur la prophylaxie post-exposition dans un contexte non professionnel ou de travail[89, 90].

³⁷ Se référer aux guides et protocoles en hémodialyse.

³⁸ Consulter les guides portant sur la prophylaxie post-exposition dans le contexte du travail et sur la prophylaxie post-exposition non professionnelle.

5.6.1 FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À L'INFECTION

Au Canada, plus de 11 000 cas d'hépatite C (infections anciennes et récentes) ont été déclarés en 2009, soit plus de 4 000 cas chez les femmes et plus de 7 200 cas chez les hommes. Parmi les douze provinces et territoires du Canada, le Québec se plaçait au troisième rang pour le nombre cumulatif de cas d'hépatite C déclarés et au onzième rang pour le taux de cas d'hépatite C déclarés selon la population[116].

Au Québec, 1467 cas d'hépatite C ont été déclarés au registre MADDO en 2010; 65 % de ces cas étaient des hommes. La majorité des cas étaient des gens âgés de 30 ans et plus[3]. Les données de surveillance MADDO³⁹ montrent que la proportion de cas est la plus élevée parmi le groupe âgé de 45 à 49 ans (420 cas/1467 cas en 2010), dont la majorité sont des hommes (318 cas masculins/420 cas en 2010)[4].

Une analyse des enquêtes épidémiologiques effectuées au Québec pour les cas de VHC rapportés entre avril 2002 et mars 2004[117] a rétrospectivement collecté les facteurs de risque chez les personnes pour qui un test positif a été reçu⁴⁰. Les répondants pouvaient identifier autant de facteurs de risque qu'ils le voulaient (non mutuellement exclusifs). Un facteur de risque collecté n'est pas nécessairement le facteur de risque responsable de l'acquisition. Les facteurs de risque étaient :

- Drogue par injection : 77,8 % (n = 1 363/1752);
 - 85,6 % ont partagé du matériel d'injection;
- Drogue par inhalation : 72,2 % (n = 1 154/1598);
 - 81,5 % ont partagé du matériel d'inhalation;
- Tatouage : 51,0 % (n = 845/1657);
- Perçage : 31,7 % (n = 517/1629);
- Transfusion sanguine (greffe et hémodialyse) : 20,5 % (n = 434/2116);
- Partenaires sexuels infectés : 19,9 % (n = 273/1271);
 - 42,9 % de ces cas étaient des femmes;
 - 10,5 % des hommes et 9,5 % des femmes ont rapporté des relations homosexuelles;
 - 0,7 % des cas avait pour seul facteur de risque les relations sexuelles avec un partenaire infecté;
- Soins de santé à l'étranger : 13,8 % (n = 144/1869);
- Acupuncture/électrolyse : 19,9 % (n = 237/1191);
- Exposition accidentelle : 7,7 %.

Dans cette étude, trois autres facteurs « contextuels ou environnementaux » augmentaient la probabilité d'acquisition du VHC : avoir séjourné en milieu carcéral, avoir des antécédents d'ITSS et avoir partagé le domicile d'une personne infectée par le VHC. Comme les auteurs le mentionnent, ces facteurs peuvent être considérés comme des indicateurs d'exposition au VHC[117], c'est-à-dire

³⁹ Données extraites du fichier central MADDO le 15 juin 2011.

⁴⁰ Limites importantes : 15 à 52 % de données manquantes selon les facteurs de risque; cinq régions du Québec non représentées, diagnostic tardif, sous-déclaration des facteurs de risque.

que sans qu'ils soient le facteur de risque responsable de l'acquisition, ils reflètent une probabilité plus grande d'avoir d'autres facteurs de risque d'acquisition du VHC reconnus.

Utilisation de drogue par injection

Au Canada et au Québec, l'utilisation de drogues injectables est le principal facteur de risque associé à la transmission du VHC.

L'enquête SurvUDI effectuée de 1995 à 2010 a rejoint 12 205 usagers de drogue par injection (UDI). La prévalence d'anticorps anti-VHC chez 4983 participants à l'étude entre 2003 et 2010 a été estimée à 62,9 %[4]. Ceci est comparable à d'autres cohortes canadiennes, américaines et européennes qui ont rapporté, chez des UDI, une prévalence d'anti-VHC variant de 60 à 80 %[118].

Au 31 décembre 2010, l'incidence mesurée par cette enquête était de 24,9 par 100 p.a. Parmi les UDI infectés par le VIH dans SurvUDI entre 2003 et 2010, 85,9 % (641/746) étaient aussi infectés par le VHC. Inversement, parmi les UDI infectés par le VHC, 20,7 % (641/3100) étaient aussi infectés par le VIH. Dans cette cohorte, l'infection par le VHC était associée à l'injection de drogues, le plus souvent la cocaïne avec des seringues empruntées, à un âge supérieur ou égal à 25 ans, à la prostitution féminine, et à la résidence dans les villes de Québec, Montréal et Ottawa/Outaouais (versus en milieu semi-urbain)[75].

Dans la Cohorte St-Luc auprès d'UDI à Montréal, l'incidence du VHC mesurée entre le 1^{er} novembre 2004 et le 2 octobre 2007 était de 18,96 par 100 p.a [4, 75].

Dans la Cohorte des Jeunes de la rue de Montréal, la prévalence du VHC à l'entrée à l'étude était de 13,9 % avec une incidence de 4,1 par 100 p.a. Tous les jeunes de la cohorte chez qui des anticorps ont été trouvés avaient déjà utilisé des drogues injectables[4, 119].

Une étude a été menée auprès de personnes incarcérées au Québec en 2003. Parmi les sujets à l'étude, 43,3 % des femmes et 28 % des hommes avaient consommé des drogues par injection. La prévalence de l'infection par le VHC était de 18,5 %. Cette prévalence grimpait à 55,6 % pour les participants UDI; 89,9 % des participants qui étaient porteurs du VHC étaient UDI. Parmi les sujets infectés par le VIH, 65 % étaient aussi infectés par le VHC[76].

Transmission sexuelle

Contrairement aux autres ITSS abordées précédemment, le VHC se transmet principalement par voie sanguine. La transmission sexuelle du VHC est possible et dépend de plusieurs facteurs. La transmission lors de rapports hétérosexuels est inefficace et rare[120-122]. Le risque pourrait être accru chez les personnes ayant de multiples partenaires sexuels. La transmission hétérosexuelle semble facilitée en présence d'une infection par le VIH[120].

La transmission sexuelle du VHC chez les HARSAH vivant avec le VIH a été clairement établie. Plusieurs éclosions ont été rapportées à travers le monde depuis 2004, principalement en Europe (à Amsterdam et à Londres), aux États-Unis (à New York) et en Australie[123-127]. La transmission a été associée à l'utilisation de drogues récréatives non injectées telles les méthamphétamines et à des pratiques sexuelles « traumatiques » entraînant des lésions, par exemple l'insertion du poing dans l'anus.

L'enquête ARGUS, menée auprès d'HARSAH de Montréal, a observé une diminution de la prévalence du VHC entre les cycles 2005 et 2008-2009 (de 5,4 % à 3,8 %). Dans le cycle de 2005, la prévalence était de 1,8 % chez les HARSAH non UDI. Parmi les HARSAH vivant avec le VIH, 14 %

étaient également infectés par le VHC[4]⁴¹. En 2008-2009, la prévalence était de 1,4 % chez les HARSAH non UDI. La Cohorte Oméga s'adressant elle aussi à des HARSAH montréalais a observé une seule séroconversion pour le VHC entre 1996 et 2003 pour 2 653 p.a. La séroconversion a été observée chez un UDI actif[128].

À ce jour, il n'a pas été démontré de façon convaincante que les HARSAH séronégatifs pour le VIH sont un groupe à risque élevé par rapport à la population générale[126-128]. Le VHC étant d'abord et avant tout un virus transmis par le sang, les relations sexuelles traumatiques et la présence d'ITS ulcéraives concomitantes augmentent le risque de transmission[129].

Tatouage et perçage

Les pratiques des salons de tatouage et de perçage professionnels se sont grandement améliorées au fil des années. Toutefois, le risque de transmission du VHC demeure lorsque le tatouage ou le perçage s'effectue dans des conditions ou avec des instruments non stériles, par exemple en prison ou par des pairs, comme le montrent de récentes études sur le sujet.

- Une étude américaine a évalué les facteurs de risque du VHC auprès de 5 282 étudiants de niveau collégial d'origine américaine ou canadienne en 2006. Les facteurs les plus fortement associés au VHC étaient l'injection de drogue, la transfusion de sang et l'incarcération. Alors que la prévalence totale était de 0,9 %, elle était de 6,11 % auprès du groupe UDI; de 0,8 % auprès des personnes ayant consommé des drogues par voie nasale et de 0,6 % parmi les personnes qui avaient un tatouage ou un perçage. La prévalence auprès des personnes ayant un tatouage ou un perçage augmentait à 8,0 % dans le groupe UDI[130].
- Une revue systématique de la littérature (83 articles scientifiques révisés) publiée en 2010 a trouvé un lien entre la transmission de l'hépatite C et le tatouage. Ce risque était significatif pour tous les groupes (UDI et non UDI; prisonniers; donneurs de sang; échantillon recruté dans un hôpital; vétérans; etc.) et régions étudiés. Le risque augmentait en fonction de l'étendue du corps couvert par les tatouages et le nombre de séances de tatouage[131].
- Une revue de littérature (62 articles scientifiques révisés) publiée en 2012 montre que le risque de transmission augmente lorsque le tatouage ou le perçage est fait dans les prisons ou par des pairs alors qu'il n'y a aucune évidence claire qu'il existe un risque de transmission lorsque ces deux activités sont faites par des personnes qualifiées. Les auteurs soulignent que le risque associé à ces activités est souvent biaisé par la présence d'autres facteurs de risque tels que l'injection de drogue[132].

Transmission verticale

Concernant la transmission verticale du VHC, le taux de transmission est estimé entre 4 et 6 % chez les mères mono-infectées par le VHC[133-135] et ce risque est deux à cinq fois plus élevé chez les mères co-infectées par le VIH[136]. Au Québec, en 2009 et 2010, respectivement cinq et deux cas ont été déclarés chez des enfants de moins de un an ainsi que trois et un cas chez des enfants de un à quatre ans. Il est difficile d'interpréter ces chiffres puisque l'hépatite C n'est pas dépistée systématiquement chez la femme enceinte et par conséquent, n'est pas dépistée chez les enfants nés de mères infectées qui ignorent leur statut.

⁴¹ Données non publiées, mais présentées dans le Rapport Intégré[4]: Gilles Lambert, communication personnelle.

Régions où le VHC est endémique

Mondialement, on estime à 170 millions le nombre de patients infectés par le VHC, ce qui représente un peu plus de 3 % de la population mondiale. Alors que la prévalence estimée d'hépatite C au Canada est d'environ 1 %, la prévalence estimée en Italie est d'environ 3 %, tandis qu'en Égypte, elle est à 15 % à l'échelle nationale et jusqu'à 30 % dans certaines régions rurales du pays. La prévalence augmentée d'hépatite C dans certaines régions reflète le plus souvent une prévalence élevée d'UDI ou la transmission durant l'administration de soins de santé. Ces données sont importantes à considérer dans le contexte de l'immigration au Québec[20, 137].

Conditions médicales particulières

Tout comme pour l'hépatite B, la Société canadienne de néphrologie a émis des recommandations de dépistage de routine de l'hépatite C chez les patients en hémodialyse[104]. Leurs recommandations s'appuient sur celles des CDC[104]. Le lecteur est référé aux protocoles et procédures propres à chaque centre d'hémodialyse.

En somme, les principaux facteurs de risque pour le VHC documentés sont la consommation de drogue par injection et inhalation, la transmission sexuelle chez les HARSAH vivant avec le VIH, le tatouage et le perçage dans des conditions non stériles, la transmission verticale et l'origine de régions où le VHC est endémique (principalement par transmission verticale et transmission lors de soins de santé) et la réception de soins de santé dans ces régions endémiques.

5.6.2 LES INDICATIONS DE DÉPISTAGE AU CANADA ET DANS LE MONDE

Canada		États-Unis	Europe	France	Royaume-Uni
Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)/ASPC[138]	Association infirmières et infirmiers du Canada[139]	CDC, 1998 [140] et American association for the study of liver diseases (AASLD), 2009[141]	IUSTI/OMS-Europe, 2010[106]	HAS, 2008 et 2011[142] (se réfère à l'ANAES 2001)	BASHH, 2008[107]
<ul style="list-style-type: none"> ▪ UDI; ▪ Incarcération; ▪ Naissance, voyage ou résidence dans une région où le VHC est fortement endémique; ▪ Réception de soins de santé à des endroits où les précautions universelles sont inadéquates; ▪ Transfusion sanguine, produits sanguins ou greffe d'organe avant 1992 au Canada; ▪ Hémodialyse; ▪ Nourrisson né d'une mère atteinte d'une infection par le VHC; ▪ Blessure avec une aiguille; ▪ Partage d'instruments pointus ou matériel d'hygiène personnelle avec une personne infectée par le VHC (ex. : rasoir, ciseau, coupe-ongle, brosse à dents); ▪ Tatouage, perçage corporel, scarification, mutilation génitale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consommation de drogue : partage des aiguilles, des pailles ou autres accessoires mal nettoyés ou souillés qui pourraient être contaminés par du sang infecté; ▪ Contact avec du matériel contaminé au cours de traitements médicaux ou d'interventions de tatouage ou de perçage; ▪ Piqûre d'aiguille, ou exposition d'une muqueuse à du sang ou à des liquides biologiques capables de transmettre le VHC; ▪ Nouveau-né d'une mère atteinte d'une hépatite C. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UDI, qu'il s'agisse d'une utilisation ancienne ou présente, incluant celles qui ne l'ont fait qu'une seule fois; ▪ Personne vivant avec le VIH; ▪ Personne hémophile ayant reçu des produits sanguins aux États-Unis avant 1987; ▪ Personne ayant déjà été sous hémodialyse; ▪ Personne ayant des niveaux élevés d'aminotransférases inexplicables; ▪ Personne ayant reçu des transfusions sanguines ou des dons d'organes avant 1982 et celles ayant été avisées que le donneur était infecté par le VHC; ▪ Nouveau-né d'une mère infectée par le 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UDI (passé et présent), particulièrement si le matériel a été partagé; ▪ Hémophile, ou toute personne ayant reçu du sang ou des produits sanguins en Europe avant 1991; ▪ Personne blessée par une aiguille provenant d'une personne infectée par le VHC ou de statut inconnu; ▪ Partenaire sexuel des personnes atteintes d'une hépatite C; ▪ HARSAH, particulièrement ceux qui sont séropositifs pour le VIH; ▪ Travailleuse du sexe; ▪ Personne tatouée; ▪ Personne alcoolique; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UDI (passé ou actif); ▪ Enfant né d'une mère infectée par le VHC; ▪ Personne recevant un diagnostic de VIH; ▪ Partenaire sexuel de personnes infectées par le VHC; ▪ Entourage familial des patients infectés, (partage d'objets souillés de sang, ex. objets de toilette); ▪ Personne incarcérée ou ayant été incarcérée; ▪ Personne ayant reçu des produits sanguins stables avant 1988, des produits sanguins labiles avant 1992 ou une greffe de tissu, de cellules ou d'organe avant 1992, en France; ▪ Hémodialyse; ▪ Personne ayant un tatouage ou un perçage avec du matériel non stérile (usage non unique); ▪ Personne ayant eu recours à la 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UDI, surtout s'il y a un partage du matériel d'injection; ▪ Hémophile ou personne qui a reçu du sang ou des produits sanguins, au Royaume-Uni, avant 1990; ▪ Personne s'étant blessée avec une aiguille d'une personne source positive pour le VHC ou de statut inconnu; ▪ Partenaire sexuel de personnes infectées par le VHC; ▪ HARSAH; ▪ Personne vivant avec le VIH; ▪ Travailleuse du sexe; ▪ Personne tatouée; ▪ Personne ayant été incarcérée; ▪ Personne alcoolique.

Canada		États-Unis	Europe	France	Royaume-Uni
Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)/ASPC[138]	Association infirmières et infirmiers du Canada[139]	CDC, 1998 [140] et American association for the study of liver diseases (AASLD), 2009[141]	IUSTI/OMS-Europe, 2010[106]	HAS, 2008 et 2011[142] (se réfère à l'ANAES 2001)	BASHH, 2008[107]
<p>féminine ou autres rites cérémoniaux avec du matériel contaminé;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation de drogue intranasale ou par inhalation; ▪ Comportement sexuel à risque élevé (relations sexuelles non protégées avec un partenaire porteur du VHC ou atteint d'une autre ITSS (VIH, VHB, LGV), relations sexuelles avec plusieurs partenaires, relations sexuelles en présence de sang). 		<p>VHC;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professionnel de la santé ou de la sécurité publique blessé par une aiguille ou chez qui une muqueuse a été exposée à du sang infecté; ▪ Partenaire sexuel d'une personne infectée par le VHC; ▪ CDC, 2012 : un dépistage unique de tous les baby-boomers américains, soit les personnes nées entre 1945 et 1965, n'ayant par ailleurs aucun autre facteur de risque identifiable d'exposition au VHC. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personne ayant été incarcérée; ▪ PVVIH, surtout si elle provient de régions où l'épidémie du VIH est plus prévalente chez les UDI. 	<p>mésothérapie sans matériel à usage unique ou acupuncture sans utilisation d'aiguilles personnelles ou à usage unique;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personne qui a un taux élevé d'aminotransférases sans cause connue; ▪ Personne originaire ou ayant reçu des soins dans des régions réputées ou présumées à forte prévalence du VHC (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud). 	

5.6.3 SYNTHÈSE CRITIQUE

Jusqu'à 85 % des personnes infectées par le VHC aux États-Unis (prévalence de 2,7 à 3,9 millions de personnes) ignorent leur statut[143]. Cette proportion varie selon le milieu, le niveau de risque et les pratiques de dépistage dans les cliniques. Par exemple, il a été estimé que 72 % des personnes infectées par le VHC et ayant des antécédents d'injection de drogue aux États-Unis ignoraient être infectées.

Au Canada, le portrait épidémiologique semble différent. Selon les estimations de l'ASPC publié en 2007, la prévalence du VHC serait de 0,8 % et 21 % des personnes infectées par le virus l'ignorerait. Toutefois, il s'agit de résultats provenant d'une modélisation mathématique et non d'une étude de prévalence[144].

Le principal facteur de risque de transmission au Canada et au Québec est d'avoir utilisé des drogues injectables, dans le passé ou le présent, une seule fois ou à répétition. L'utilisation de drogues en général, particulièrement par injection, étant souvent un sujet difficile à aborder, ce facteur de risque peut être difficile à dévoiler de la part du patient et difficile à s'enquérir de la part du professionnel de la santé, principalement lorsqu'il s'agit d'une utilisation ancienne ou brève. D'ailleurs, l'étude SurvUDI au Québec montre que 24,6 % des UDI interrogés ignoraient être porteurs du VHC[75]. Même si cette proportion est sous les estimations américaines, elle est non négligeable.

De plus, un des critères qui justifient un test de dépistage est la possibilité d'offrir un traitement pouvant modifier favorablement l'évolution de la personne dépistée positive. Dans le cas de l'hépatite C, le traitement peut maintenant éradiquer l'infection dans la majorité des cas, ce qui diminue significativement la morbidité et la mortalité. Les patients infectés peuvent être asymptomatiques pendant des décennies avant de développer des complications, laissant une grande fenêtre pour le dépistage. Le dépistage a aussi pour but de réduire le bassin de patients infectés par le VHC qui, ignorant leur statut, ne peuvent obtenir les soins nécessaires et peuvent transmettre l'infection. En comparaison aux recommandations émises par les autorités de santé publique canadiennes, américaines et européennes, les recommandations québécoises actuelles présentées en introduction[2] sont plus restreintes. À la lumière des données disponibles, il semble justifié d'étendre et de simplifier les indications de dépistage, ceci se reflétant dans la révision des indications de dépistage proposées à la fin de cette section.

Le dépistage de l'hépatite C doit se faire chez toute personne ayant reçu un diagnostic de VIH puisque les deux virus partagent des facteurs de risque communs et que les deux infections s'influencent l'une l'autre[145]. La question de la fréquence à laquelle le dépistage devrait se poursuivre chez les patients vivant avec le VIH n'a pas été établie et devrait être en fonction du niveau de risque individuel. Selon des recommandations européennes, les HARSAH vivant avec le VIH devraient avoir un dépistage du VHC tous les six mois avec les ALT et annuellement avec les anticorps anti-VHC[146]. Certaines recommandations américaines sont en accord avec un dépistage tous les douze mois[147]. Puisqu'il n'y a pas eu, jusqu'à ce jour, d'écllosion d'hépatite C aiguë rapportée chez les HARSAH vivant avec le VIH au Québec, il est difficile d'évaluer le risque et d'établir une recommandation sur la fréquence à laquelle le dépistage devrait s'effectuer. Dans le doute, il serait téméraire de conclure que les HARSAH québécois vivant avec le VIH font exception.

Rappelons que la transmission sexuelle dans les couples hétérosexuels est rare[121, 122]. Les CDC, IUSTI/OMS-Europe, BASHH et la HAS recommandent un dépistage du VHC chez les partenaires sexuels des personnes infectées par le VHC, même si les données portant sur le risque de transmission et l'épidémiologie ne vont pas dans ce sens. Il est plausible que le VHC soit transmis entre deux partenaires sexuels qui peuvent aussi avoir échangé des objets potentiellement souillés

avec du sang tels qu'une brosse à dents ou un rasoir. Pour la même raison, les contacts domiciliaires devraient être dépistés et un counseling sur les modes de transmission du VHC devrait être offert à tous les patients infectés par le VHC. Le dépistage du partenaire peut aussi soulager l'anxiété, tant auprès du patient infecté qu'auprès de son (ses) contact(s).

Les facteurs de risque associés à la transmission sexuelle du VHC chez les HARSAH vivant avec le VIH sont l'insertion du poing dans l'anus « fisting », l'usage de drogues récréatives non injectées, le sexe en groupe, l'utilisation de jouets sexuels, les relations sexuelles anales non protégées, le partage de matériel d'injection, la présence d'ITS ulcératives et toute pratique sexuelle à risque de contact avec le sang (sang à sang) ou de dommage muqueux. Les HARSAH non infectés par le VIH n'ont pas été identifiés comme un groupe à risque de transmission sexuelle du VHC à ce jour[129]. Conséquemment, le dépistage du VHC n'est pas indiqué d'emblée chez les HARSAH séronégatifs pour le VIH, mais selon le jugement clinique, il pourrait tout de même être offert si le patient présente des facteurs de risque précédemment énumérés.

Le dépistage du VHC chez la femme enceinte n'est pas recommandé d'emblée, sauf chez la femme qui présente des facteurs de risque. Ainsi, la grossesse peut être considérée comme une occasion supplémentaire de rechercher les facteurs de risque pour identifier une personne potentiellement infectée. L'absence de recommandation de dépistage systématique s'appuie sur le fait qu'il n'existe pas de traitement pouvant être administré pendant la grossesse ni pour traiter la mère, ni pour prévenir la transmission à l'enfant. De plus, l'accouchement par césarienne n'a pas clairement démontré de bénéfices par rapport à l'accouchement vaginal pour réduire le risque de transmission chez le nouveau-né[136]. Comme le risque de transmission verticale existe, les nouveau-nés de mères infectées par le VHC ayant une virémie (anti-VHC positif et ARN VHC positif) devraient être dépistés. Il n'y a pas lieu de dépister un nouveau-né d'une mère présentant des anticorps anti-VHC, mais dont l'ARN du VHC est indétectable, l'infection étant résolue.

Des publications américaines récentes provenant des CDC rapportent que 75 % des Américains infectés par le VHC sont nés entre 1945 et 1965[143, 148]. Il s'agit, pour la plupart, de patients ayant été exposés il y a quelques décennies et qui sont donc susceptibles de présenter des complications de l'hépatite C à court terme. Les CDC ont révisé leurs recommandations de dépistage du VHC le 17 août 2012 pour inclure un dépistage unique de tous les baby-boomers Américains, soit toutes les personnes nées entre 1945 et 1965, n'ayant par ailleurs aucun autre facteur de risque d'exposition au VHC identifiable. Cette initiative pourrait permettre d'identifier quelque 800 000 Américains infectés par le VHC et de sauver environ 80 000 décès associés, selon une estimation récente[143, 148, 149]. Comme mentionné en préambule, les données québécoises du système de MADO au Québec ont montré qu'entre 2006 et 2010, la majeure partie des cas d'hépatite C rapportés étaient chez ceux âgés de 45 à 49 ans, soit ceux nés entre 1957 et 1965. Les indications de dépistage chez ces patients n'ont pas été recueillies. Il pourrait s'agir de patients présentant des facteurs de risque comme il pourrait s'agir de patients ayant présenté une perturbation du bilan hépatique. Ceci soulève donc la question, à savoir si un dépistage ciblé selon la cohorte de naissance pourrait être proposé au Québec. L'épidémiologie de l'hépatite C au Québec et au Canada pourrait être différente de celle des États-Unis, entre autres, dû à un meilleur accès aux soins de santé au Canada. Une étude canadienne de modélisation mathématique pour déterminer les effets bénéfiques potentiels et les coûts associés à un dépistage selon la cohorte de naissance au Canada est en cours[150]. En attendant ces données, il serait important de garder un indice de suspicion élevé en clinique chez cette population. Les indications de dépistage devront être rapidement mises à jour à la lumière de ces données.

Selon les recommandations québécoises actuelles, toute personne ayant subi des procédures chirurgicales ou autres avec du matériel contaminé dans des régions du monde où la prévalence de l'infection par le VHC est élevée devrait être dépistée. La définition de régions à prévalence élevée n'a pas été établie. Selon les recommandations émises par la CCSIR, toute personne provenant d'une région dont la prévalence est supérieure à 3 % devrait être dépistée[137]. Ceci exclut donc l'Amérique du Nord, Centrale et du Sud, l'Europe de l'Ouest et l'Asie du Sud puisque la prévalence du VHC y est inférieure à 3 %[20].

Le CMFC recommande le dépistage des gens nés, ayant résidé ou ayant voyagé dans des régions à forte endémicité, sans définir de seuil. Il n'y a pas de littérature suggérant un risque de transmission du VHC après un voyage ou après avoir résidé dans une région endémique, à moins qu'un facteur de risque ne soit présent tel qu'avoir reçu des soins de santé dans ce pays. Cependant, il en est tout autrement des personnes nées dans des régions de haute prévalence. Elles ont fort probablement reçu des soins de santé dans leur pays d'origine et sont plus susceptibles d'être nées de mères infectées par le VHC. Il est donc justifié de dépister les gens nés dans une région où la prévalence est supérieure à 3 % et ceux y ayant reçu des soins de santé.

Selon les différentes lignes directrices internationales consultées, le dépistage de l'hépatite C n'est pas indiqué chez les patients débutant une thérapie qui pourrait affecter le système immunitaire[106, 107, 138-142]. La réactivation de l'hépatite C suivant une chimiothérapie ou autre thérapie immunosuppressive a été rapportée avec divers agents immunosuppresseurs incluant les corticostéroïdes[151]. Plus récemment, plusieurs cas de réactivation d'hépatite C et d'augmentation des enzymes hépatiques avec l'utilisation du rituximab chez des patients infectés par le VHC ont été rapportés[152, 153]. Des cas de réactivation de l'hépatite C alors que l'ARN du VHC pré traitement était indétectable (anti-VHC positif) ainsi que des exacerbations de l'hépatite C chronique ont été décrits. L'hépatite C fulminante a été rarement rapportée suivant l'arrêt d'une chimiothérapie[154, 155]. Dans une étude chez des greffés de moelle osseuse infectés par le VHC au moment de la greffe, une incidence cumulative de cirrhose a été estimée à 24 % à 20 ans et le temps médian du développement d'une cirrhose était de 18 ans versus 40 ans pour la population contrôle d'hémophiles non transplantés de moelle osseuse[156]. Dans cette étude où le suivi médian des patients était de 15,8 ans, l'hépatite C était la troisième cause de décès tardifs après l'infection et la maladie du greffon contre l'hôte. Selon ces études, l'immunosuppression, en particulier l'utilisation du rituximab, peut mener à la réactivation et à l'exacerbation de l'hépatite C et pourrait accélérer la progression de l'atteinte hépatique chez les patients infectés par le VHC. Un dépistage de l'hépatite C avant d'entreprendre une thérapie immunosuppressive ne serait pas pertinent d'emblée, mais pourrait être envisageable. Trop peu de données sont actuellement disponibles.

Jusqu'à ce jour, les recommandations québécoises n'incluaient pas le dépistage des personnes incarcérées. Les données disponibles, incluant les données québécoises sur la prévalence du VHC en milieu carcéral[76], justifient l'ajout de cette indication de dépistage. La haute prévalence du VHC en milieu carcéral s'explique par la forte proportion de personnes ayant des facteurs de risque associés au VHC (consommation de drogue par injection ou inhalation; tatouage et perçage dans des conditions non stériles). La haute prévalence du VHC et le non-dévoilement des facteurs de risque justifient une offre de dépistage auprès des personnes incarcérées ou l'ayant été.

Enfin, l'ensemble des données présentées justifie la reconduction des indications de dépistage avec quelques ajouts.

5.6.4 PROPOSITION D'INDICATIONS DE DÉPISTAGE :

À la lumière des données présentées et discutées, il est proposé d'offrir un dépistage de l'hépatite C chez les personnes qui ont les facteurs de risque suivants :

1. Personne originaire d'une région où le VHC est endémique⁴²;
2. HARSAH vivant avec le VIH à la première visite, et à répéter au moins annuellement en présence de comportements à risque^{43;44;45};
3. Personne utilisant ou ayant déjà utilisé des drogues par injection ou par inhalation, même si c'est une seule fois;
4. Personne incarcérée ou l'ayant été;
5. Diagnostic d'ITSS :
 - personne recevant un diagnostic de VIH, lors de l'évaluation initiale et à répéter selon les facteurs de risque⁴⁶;
 - personne recevant un diagnostic d'hépatite B possiblement contractée par voie sanguine;
6. Partenaire sexuel et contact domiciliaire d'une personne infectée par le VHC (selon le potentiel de transmission et le jugement clinique)⁴⁷;
7. Grossesse :
 - nouveau-né de mère infectée (ARN VHC positif);
8. Personne recevant des services dans un centre de ressources en dépendance à des drogues;
9. Personne exposée à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement infectés, par exemple :
 - tatouage ou perçage dans des conditions non stériles;
 - exposition en milieu de travail⁴⁸;
 - exposition accidentelle dans un contexte non professionnel⁴⁹;
10. Personne ayant subi des procédures médicales (chirurgicales ou autres) avec du matériel potentiellement contaminé dans des régions du monde où la prévalence de l'infection par le VHC est élevée (≥ 3 %);

⁴² Les régions où la prévalence du VHC dépasse la prévalence moyenne mondiale soit 3 % peuvent être considérées comme étant à forte endémicité[18, 19].

⁴³ Les facteurs de risque de transmission sexuelle du VHC chez les HARSAH vivant avec le VIH sont l'insertion du poing dans l'anus « fisting », l'usage de drogues récréatives non injectées, le sexe en groupe, l'utilisation de jouets sexuels, les relations sexuelles anales non protégées, le partage de matériel d'injection, la présence d'ITS ulcératives et toute pratique sexuelle à risque de contact sang à sang ou de dommage muqueux.

⁴⁴ Les HARSAH non infectés par le VIH n'ont pas été identifiés comme un groupe à risque de transmission sexuelle du VHC à ce jour. Conséquemment, le dépistage du VHC n'est pas indiqué d'emblée auprès de ce groupe, mais selon le jugement clinique, il pourrait être offert si le patient présente les facteurs de risque énumérés à la note précédente.

⁴⁵ Pour les personnes vivant avec le VIH, se référer au guide L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le VIH[114].

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ La transmission sexuelle dans les couples hétérosexuels est rare. La transmission du VHC entre les partenaires sexuels ou les contacts domiciliaires n'a pas été démontrée dans les études recensées. Or, la totalité des lignes directrices consultées recommande le dépistage dans ce contexte. Le dépistage du partenaire peut aussi soulager l'anxiété, autant du patient infecté que de son (ses) contact (s). Le dépistage doit être offert selon le jugement clinique.

⁴⁸ Consulter le guide portant sur la prophylaxie post-exposition dans le contexte du travail[89] sur le site www.msss.gouv.qc.ca/itss, Section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Guides ».

⁴⁹ Consulter le guide portant sur la prophylaxie post-exposition non professionnelle[90] sur le site www.msss.gouv.qc.ca/itss, Section « Documentation », rubrique « Professionnels de la santé/Guides ».

11. Personne ayant reçu une transfusion sanguine ou des produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organe avant la mise en place d'un système universel de criblage des donneurs (exemple: au Canada avant avril 1992);
12. Autres considérations :
 - hémodialyse⁵⁰;
13. Personne demandant un dépistage du VHC après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque décelé.

⁵⁰ Se référer aux guides et protocoles en hémodialyse.

6 Synthèse des indications de dépistage proposées

Alors que la section précédente présentait en détail les indications de dépistage et leur justification, cette section présente sous forme d'un tableau synthèse les ITSS à rechercher selon les facteurs de risque. Il s'agit des indications de dépistage entérinées par le Comité ITSS. Rappelons que l'application clinique des indications de dépistage proposées dans ce rapport peut varier selon les milieux cliniques et les régions (clientèle et prévalence estimée). Le jugement clinique est toujours requis dans l'évaluation des indications de dépistage et l'offre de dépistage.

Le tableau présente aussi les indications de dépistage proposées dans la version 2010 du GQDITSS et les versions les plus à jour des LDC-ITS. Les éléments en rouge sont les modifications proposées par rapport à la version actuelle du GQDITSS. La colonne de droite présente l'évaluation de la pertinence et la rigueur de l'indication de dépistage.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque

Indications de dépistage	ITSS à rechercher				Justification avec références	Évaluation
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C		
Caractéristiques sociodémographiques						
1. Femme de 25 ans et moins sexuellement active, sans autre facteur de risque	CT	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Prévenir les complications comme l'AIP, l'infertilité tubaire et la grossesse ectopique[4]. Épidémiologie québécoise[3, 4]. Recommandations du USPTF[6], CDC[41, 42], ANAES[43] et BASHH[44]. 	A/II
	NG		X	X	<ul style="list-style-type: none"> Prévenir les complications comme l'AIP, l'infertilité tubaire et la grossesse ectopique[4]. Changement de l'épidémiologie, retour du rapport hommes/femmes infectés à 2 : 1[3, 4] : <ul style="list-style-type: none"> Hausse du nombre de cas féminins de ce groupe d'âge; 33 % des cas sont des femmes; 62 % des cas féminins sont âgés de 15 à 24 ans[3]. Recommandation du USPSTF[40, 157] et BASHH[56]. 	B/II
	Sy				<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. Résultats préliminaires de la vigie intensifiée de la syphilis chez les jeunes au Québec : tous les cas, sauf un, avaient une indication de dépistage de la syphilis selon la version 2010 du GQDITSS[62]. 	D/II
	VIH				<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. 	D/II
	VHB					
VHC		-				

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher				Justification avec références	Évaluation
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C		
Caractéristiques sociodémographiques						
2. Homme de 25 ans et moins sexuellement actif, sans autre facteur de risque	CT	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Épidémiologique québécoise : Hausse importante du nombre de cas masculins de ce groupe d'âge[3]. Les programmes de dépistage de l'infection à CT visant les hommes sans facteurs de risque sont coût-efficace tant qu'ils ne compromettent pas le dépistage chez les femmes ou les services de notification aux partenaires[48, 49, 158]. Le USPSTF ne recommande pas un dépistage de l'infection à CT chez les hommes sans facteurs de risque par manque de preuves scientifiques sur l'efficacité de cette approche sur le contrôle de l'épidémie[40, 157]. Or, les hommes peuvent agir comme un « réservoir » de la transmission. 	B/II
	NG		D	E,F	<ul style="list-style-type: none"> Infection symptomatique dans 90 à 95 % des cas[57, 58]. Recommandation du USPSTF contre le dépistage de l'infection gonococcique chez les hommes[40, 157]. 	D/III
	Sy				<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. Résultats préliminaires de la vigie intensifiée de la syphilis chez les jeunes au Québec : tous les cas, sauf un, avaient une indication de dépistage de la syphilis[62]. 	D/II
	VIH				<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. 	D/II
	VHB					
	VHC					

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D LDC-ITS : Chez les hommes de moins de 25 ans et ayant plusieurs partenaires.

^E Il est probable que des hommes de 25 ans et moins sexuellement actifs sans facteurs de risque reçoivent tout de même un résultat de dépistage pour l'infection gonococcique à cause du dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* offert aux hommes de 25 ans et moins sexuellement actifs et l'utilisation croissante des tests combinant la détection de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique dans plusieurs laboratoires. Sans recommander une telle pratique, lorsque ces tests sont utilisés, les deux résultats doivent être rapportés aux patients. Les patients devraient être informés de cette situation lorsqu'elle s'applique.

^F Un dépistage de l'infection gonococcique pourrait être indiqué chez les hommes de 25 ans et moins sans facteur de risque qui résident dans les régions Terres-Cries-de-la-Baie-James et Nunavik à cause de l'épidémie qui sévit sur ces territoires.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
	GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C			
3. Personne originaire d'une région où la gonorrhée, la syphilis ^D , le VIH, le VHB ou le VHC est endémique ^E	Les justifications des indications de dépistage proposées sont présentées pour chaque infection aux lignes 3.1 à 3.4.					
	CT			<ul style="list-style-type: none"> ■ Selon les autres facteurs de risque : La chlamydia est une infection dont la prévalence estimée est élevée dans toutes les régions du monde comparativement aux autres ITS[12]. 	D/II	
	NG				<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce ne sont pas tous les immigrants au Canada qui ont reçu un résultat de test pour ces infections ni obtenu un suivi médical[9]. Le risque d'acquisition de ces infections se poursuit après l'immigration : voyage dans le pays d'origine, réseau sexuel, normes culturelles, etc.[39]. Cette indication de dépistage est modulée par les facteurs de risque de la personne, l'histoire d'immigration et de voyages, les antécédents de dépistage et le suivi médical, etc. ■ À toutes fins pratiques, les membres du Comité ITSS sont unanimes sur la nécessité de regrouper en une liste les régions de monde où l'une de ces infections est endémique. Il serait indiqué d'offrir un dépistage de la gonorrhée, la syphilis, du VIH, VHB et VHC aux personnes originaires de l'une de ces régions^G : <ul style="list-style-type: none"> ■ Caraïbes; ■ Afrique subsaharienne; ■ Fédération de la Russie; ■ Europe de l'Est; ■ Moyen-Orient, incluant l'Égypte et le Pakistan; ■ Asie du Sud et Asie centrale; ■ Amériques Centrale et du Sud; ■ Bassin du Pacifique, excluant le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande^H. 	B/III
	Sy		X	X		
	VIH	X	X	X		
	VHB	X	X	X		
VHC	X	F	X			

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Pour la gonorrhée et la syphilis : sauf si la personne n'a jamais été sexuellement active.

^E GQDITSS : personne originaire d'une région où le VIH est endémique; LDC-ITS : immigrants et réfugiés.

^F Le clinicien qui dispose de données épidémiologiques à jour peut réévaluer la pertinence d'offrir un dépistage à ses patients selon leur région d'origine.

^G Voir la section 4.2.1 pour plus de détails.

^H En présence de facteurs de risque pour l'hépatite C.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
<p>3.1. ... où la gonorrhée est endémique, sauf si elle n'a jamais été sexuellement active</p> <p>Pas de seuil défini par l'OMS pour une endémicité élevée de la gonorrhée.</p>	CT				<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque 	D/II
	NG			X	<ul style="list-style-type: none"> Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. 	B/III
	Sy			X	<ul style="list-style-type: none"> Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. 	B/III
	VIH			X	<ul style="list-style-type: none"> Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. Ces régions affichent aussi une prévalence du VIH supérieure à 1 %[16]. 	B/II
	VHB			X	<ul style="list-style-type: none"> Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. Ces régions affichent aussi une prévalence du VHB supérieure à 2 %[17]. 	B/II
	VHC				<ul style="list-style-type: none"> Données manquantes quant à la prévalence du VHC dans plusieurs régions[20]. Mode de transmission différent. 	C/III

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
<p>3.2. ... où la <i>syphilis</i> est endémique, sauf si elle n'a jamais été sexuellement active</p> <p>Pas de seuil défini par l'OMS pour une endémicité élevée de syphilis.</p>	CT			<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. 	D/II	
	NG			X	<ul style="list-style-type: none"> Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. 	B/III
	Sy			X	<ul style="list-style-type: none"> Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. La majorité des cas de syphilis dans le monde surviendrait en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est[15]. Toutefois, il n'y a pas de seuil défini pour établir qu'une région est fortement endémique pour la syphilis. Les données disponibles sur l'endémicité de la syphilis dans différentes régions du monde sont antérieures à la dernière révision des indications de dépistage. Étude canadienne 2000-2004 : 2 209 cas de syphilis confirmés par un test tréponémique (stade de l'infection inconnue) / 2 001 417 demandes d'immigration; 36 % proviennent de l'Asie et îles du Pacifique, 27 % des Amériques; 25 % Afrique et Moyen-Orient, 12 % Europe [9]. Dépistage exigé par le CIC pour les demandeurs du statut d'immigrant ou de réfugiés âgés de 15 ans ou plus (test non tréponémique). Les cliniciens, particulièrement ceux qui ont une clientèle ethnoculturelle, devraient être informés des endroits où la syphilis est fortement endémique. Depuis la fin des années 1990, des éclosions de syphilis dans des groupes spécifiques (HARSAH, travailleur du sexe, UDI, immigrant) ont été observées en Chine, en France, en Belgique, au Royaume-Uni au Danemark, en Finlande, aux Pays-Bas, en Autriche, en Suisse, et dans plusieurs grandes villes américaines et canadiennes comme New York, Los Angeles, Montréal, Edmonton, etc.[15]. Recommandation de la HAS pour les migrants en provenance de région d'endémie pour la syphilis (Afrique, Asie, Europe de l'Est et Amérique du Sud)[67]. 	B/II

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
3.2 ... où la <i>syphilis</i> est endémique, sauf si elle n'a jamais été sexuellement active (suite) Pas de seuil défini par l'OMS pour une endémicité élevée de syphilis.	VIH			X	<ul style="list-style-type: none"> Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. Ces régions affichent aussi une prévalence du VIH supérieure à 1 %[16]. 	B/II
	VHB			X	<ul style="list-style-type: none"> Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. Ces régions affichent aussi une prévalence du VHB supérieure à 2 %[17]. 	B/II
	VHC				<ul style="list-style-type: none"> Données manquantes quant à la prévalence du VHC dans plusieurs régions[20]. Mode de transmission différent. 	C/III

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
	GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C			
<p>3.3. ... où le VIH est endémique^D</p> <p>Seuil d'endémicité élevée pour le VIH[10] : prévalence de 1 % ou plus chez les adultes de 15 à 49 ans et une des caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 50 % ou plus des cas d'infection par le VIH sont attribuables à une transmission hétérosexuelle; ■ Le ratio homme femme est de 2 pour 1 ou moins; ■ La prévalence du VIH chez les femmes recevant des soins prénataux est de 2 % ou plus. 	CT			<ul style="list-style-type: none"> ■ Selon les autres facteurs de risque. 	D/II	
	NG			X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. Ces régions affichent aussi une prévalence du VIH supérieure à 1 %[16]. 	C/III
	Sy			X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. ■ Plusieurs éclosions de syphilis ont été observées dans des groupes spécifiques à travers le monde[15]. ■ Ces régions affichent aussi une prévalence du VIH supérieure à 1 %[16]. 	C/III
	VIH	X		X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dépistage exigé par Citoyenneté et Immigration Canada depuis 2002 pour les demandeurs du statut d'immigrant ou de réfugiés âgés de 15 ans ou plus, et pour les enfants qui ont été exposés à du sang ou des produits sanguins, les nourrissons dont la mère est atteinte ou pour les enfants en adoption internationale[39, 69]. ■ Même si plusieurs immigrants connaissent leur statut sérologique au moment d'immigrer, ce n'est pas le cas de tous. Une revue de littérature montre que plusieurs ont également une faible connaissance des modes de transmission et des traitements disponibles[9]. ■ Les données épidémiologiques québécoises ne permettent pas de différencier les cas qui ont acquis l'infection avant leur arrivée au Canada ou après[71]. ■ « À Montréal, les 3 principaux pays d'origine où le VIH est endémique sont Haïti (48,2 %), le Cambodge (6,8 %) et la République démocratique du Congo (4,7 %) »[10]. 	A/I
	VHB	X		X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les régions affichant une prévalence supérieure à 1 % pour le VIH ont aussi une prévalence supérieure à 2 % pour le VHB[16, 17]. 	A/I
	VHC				<ul style="list-style-type: none"> ■ Selon les autres facteurs de risque. ■ L'Ukraine enregistre une prévalence estimée du VHC supérieure à 3 % et du VIH supérieure à 1 %[16, 20]. ■ Données manquantes quant à la prévalence du VHC dans plusieurs régions[20]. 	C/III

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D L'OMS a produit une carte géographique détaillée en 2011[16].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
	GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C			
<p>3.4. ... où le VHB est endémique</p> <p>Seuil d'endémicité modérée ($\geq 2\%$) ou élevée pour le VHB ($\geq 8\%$) : prévalence de 2% et plus[9, 17].</p>	CT			<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. 	D/II	
	NG			<ul style="list-style-type: none"> Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. Ces régions affichent aussi une prévalence du VIH supérieure à 1%[16]. 	C/III	
	Sy			<ul style="list-style-type: none"> Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. Plusieurs éclosions de syphilis ont été observées dans des groupes spécifiques à travers le monde[15]. Ces régions affichent aussi une prévalence du VHB supérieure à 2%. Inversement, ce ne sont pas toutes les régions à endémicité modérée ou élevée pour le VHB qui sont aussi fortement endémiques pour la syphilis[17]. 	C/III	
	VIH			X	<ul style="list-style-type: none"> Plusieurs régions où la prévalence du VHB est supérieure à 2% ont une prévalence du VIH supérieure à 1% (Caraïbes; Afrique subsaharienne; Fédération de la Russie; Thaïlande et Cambodge). Inversement, ce ne sont pas toutes les régions à endémicité modérée ou élevée pour le VHB qui sont aussi fortement endémiques pour le VIH[16, 17]. 	B/III
	VHB			X	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage non exigé d'emblée par Citoyenneté et Immigration Canada: <ul style="list-style-type: none"> « En présence d'antécédents d'hépatite chez des requérants âgés de plus de 15 ans, il faut leur demander la date du diagnostic et le type d'hépatite, s'il est connu. Si le requérant n'est pas exempté de la détermination du fardeau excessif, on doit inclure les résultats des taux sériques de SGOT (AST) et SGPT (ALT). Si ces taux sont anormaux (plus d'une fois et demie la valeur normale), il faut fournir un rapport de spécialiste incluant les résultats d'une épreuve de détection des anticorps anti-VHC et de l'antigène de surface du VHB »[8]. Recommandation des CDC, IUSTI/OMS-Europe, et BASHH[105-107]. 	A/I
	VHC			X	<ul style="list-style-type: none"> Certaines régions où la prévalence du VHB est supérieure à 2% ont une prévalence du VHC supérieure à 3% (Égypte, Pakistan, Ukraine, Vietnam). Inversement, ce ne sont pas toutes les régions à endémicité modérée ou élevée pour le VHB qui sont aussi fortement endémiques pour le VHC[17, 20]. Données manquantes quant à la prévalence du VHC dans plusieurs régions[20]. 	B/III

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
<p>3.5. ... où le VHC est endémique</p> <p>Seuil d'endémicité élevée pour le VHC : prévalence de 3 % et plus[9, 18].</p>	CT				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selon les autres facteurs de risque. 	D/II
	NG				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. ▪ Données manquantes quant à la prévalence du VHC dans plusieurs régions[20]. ▪ Mode de transmission différent. 	C/III
	Sy				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. ▪ Données manquantes quant à la prévalence du VHC dans plusieurs régions[20]. ▪ Mode de transmission différent. 	C/III
	VIH			X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'Ukraine enregistre une prévalence estimée du VHC supérieure à 3 % et du VIH supérieure à 1 %[16, 20]. ▪ Données manquantes quant à la prévalence du VHC dans plusieurs régions[20]. 	B/III
	VHB			X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certaines régions où la prévalence du VHB est supérieure à 2 % ont une prévalence du VHC supérieure à 3 % (Égypte, Pakistan, Ukraine, Vietnam)[17, 20]. ▪ Données manquantes quant à la prévalence du VHC dans plusieurs régions[20]. 	B/III
	VHC			X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage non exigé d'emblée par Citoyenneté et Immigration Canada : <ul style="list-style-type: none"> ▪ « En présence d'antécédents d'hépatite chez des requérants âgés de plus de 15 ans, il faut leur demander la date du diagnostic et le type d'hépatite, s'il est connu. Si le requérant n'est pas exempté de la détermination du fardeau excessif, on doit inclure les résultats des taux sériques de SGOT (AST) et SGPT (ALT). Si ces taux sont anormaux (plus d'une fois et demie la valeur normale), il faut fournir un rapport de spécialiste incluant les résultats d'une épreuve de détection des anticorps anti-VHC et de l'antigène de surface du VHB[8] ». ▪ Données manquantes quant à la prévalence du VHC dans plusieurs régions[20]. ▪ Recommandation de la HAS[142]. 	A/I

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
	GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C			
Modes de vie et comportements à risque						
*** Les partenaires sexuels et de consommation des personnes visées par les indications de dépistage de cette section devraient se voir offrir les mêmes tests de dépistage que si elles avaient le facteur de risque.						
4. HARSAH	CT	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Quoique nous disposons de peu de données épidémiologiques pour estimer l'épidémie de CT dans ce groupe au Québec, nul ne doute qu'elle y est présente[4]. Cycle 2008-2009 de l'enquête ARGUS auprès d'HARSAH québécois : 15 % des répondants ont affirmé avoir déjà reçu au moins un diagnostic de CT à vie et que 3,6 % en a reçu au moins un dans les douze derniers mois[34]. Une étude auprès de 1000 patients de la clinique de dépistage pour hommes gais de <i>L'Actuel</i> a trouvé que 3 % des participants avait un résultat positif au dépistage de l'infection à CT[160]. Recommandations des CDC[6]. 	A/I
	NG	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Épidémiologie québécoise[3, 4]. Étude rétrospective australienne auprès de 17 779 hommes hétérosexuels et 15 461 hommes homosexuels : plus d'un partenaire dans les 3 derniers mois ou dans la dernière année est significativement associé à un résultat positif à un test de gonorrhée pharyngé ou anal[161]. Recommandation de la HAS[55] et BASHH[56]; Non recommandé par le USPSTF[40]. 	A/I
	Sy	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Épidémiologie québécoise [3, 4]. Recommandation du USPSTF[40], CDC[65], IUSTI/OMS-Europe[66], HAS[162], et BASHH[68]. 	A/I
	VIH	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Épidémiologie québécoise [4, 163]. Recommandation des USPSTF[40], CDC[24], MACASH/HASTI [82], BASHH[81]et HAS[80]. 	A/I
	VHB	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance accrue des souches de l'hépatite B par l'ASPC : entre le 1^{er} janvier 2005 et le 30 septembre 2010, 9,9 % des cas avec une hépatite B interviewés (n = 262) étaient HARSAH[95]. Recommandation des CDC[105], IUSTI/OMS-Europe[106] et BASHH[107]. 	A/I

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B		
4. HARSAH (suite)	VHC			<ul style="list-style-type: none"> ■ La transmission sexuelle du VHC chez les HARSAH séropositifs a été clairement établie[120, 123, 164, 165]. Plusieurs éclosions ont été rapportées à travers le monde depuis 2004, principalement à Amsterdam et Londres en Europe, à New York aux États-Unis et à Sydney en Australie. ■ La transmission sexuelle du VHC chez les HARSAH vivant avec le VIH a été associée l'insertion du poing dans l'anus « fisting », l'usage de drogues récréatives non intraveineuses, le sexe en groupe, l'utilisation de jouets sexuels, les relations sexuelles anales non protégées, le partage de matériel d'injection, la présence d'ITS ulcératives et toute pratique sexuelle à risque de contact avec le sang (sang à sang) ou de dommage muqueux. ■ Les HARSAH non infectés par le VIH n'ont pas été identifiés comme un groupe à risque de transmission sexuelle du VHC à ce jour, mais selon le jugement clinique, le dépistage du VHC pourrait être offert si le patient présente les facteurs de risque précédemment énumérés. ■ ARGUS 2005 : La prévalence du VHC était de 3,8 % pour l'ensemble des répondants et de 1,8 % chez les HARSAH non UDI. Parmi les HARSAH vivant avec le VIH, 14 % étaient également infectées par le VHC (Gilles Lambert, communication personnelle[4]). ■ Cohorte Oméga[128] : <ul style="list-style-type: none"> ■ une seule séroconversion pour le VHC entre 1996 et 2003 pour 2 653 p.a., la personne était un UDI actif; ■ Prévalence du VHC à l'entrée à l'étude (31 cas; 2,9 (2,0-4,1)) : ■ non-UDI : 3 cas; 0,3 (0,06-0,89); ■ UDI passé : 8 cas; 18,6 (8,4-33,4); ■ UDI actuel : 20 cas; 47,6 (32,0-63,6). ■ Le VHC étant d'abord et avant tout un virus transmis par le sang, les relations sexuelles traumatiques et la présence d'infections transmissibles sexuellement (ITS) ulcératives concomitantes augmentent le risque de transmission. ■ Recommandations de IUSTI/OMS-Europe[106], BASHH[107]. 	<p>A/I pour HARSAH VIH+</p> <p>C/III pour les HARSAH VIH-</p>

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Les HARSAH non infectés par le VIH n'ont pas été identifiés comme un groupe à risque de transmission sexuelle du VHC à ce jour. Conséquemment, le dépistage du VHC n'est pas indiqué d'emblée chez les HARSAH séronégatifs pour le VIH, mais selon le jugement clinique, il pourrait tout de même être offert si le patient présente les facteurs de risque énumérés pour les HARSAH vivant avec le VIH.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
5. Travailleur ou travailleuse du sexe ^{D,E}	CT	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Comportements à risque de transmission : nombre de partenaires élevés qui ont souvent eux-mêmes plusieurs partenaires et usage inconsistant du condom[4, 166]. Prévalence observée dans l'étude de Poulin et al. (2001) auprès des jeunes filles de la rue et travailleuses du sexe recrutées dans un milieu communautaire = 12,6 % infection à CT ou NG[32]. Recommandation du USPSTF (relation sexuelle en échange de drogue ou argent)[40]. 	B/II
	NG	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Comportements à risque de transmission : nombre de partenaires élevés qui ont souvent eux-mêmes plusieurs partenaires et usage inconsistant du condom[4, 166]. Prévalence observée dans l'étude de Poulin et al. (2001) auprès des jeunes filles de la rue et travailleuses du sexe recrutées dans un milieu communautaire = 12,6 % chlamydia ou gonorrhée[32]. Recommandation du USPSTF (relation sexuelle en échange de drogue ou argent)[40]. 	B/II
	Sy	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Comportements à risque de transmission : nombre de partenaires élevés qui ont souvent eux-mêmes plusieurs partenaires et usage inconsistant du condom[4, 166]. Recommandation de IUSTI/OMS-Europe[66], HAS[162] et BASHH[68]. 	B/II
	VIH	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Comportements à risque de transmission : nombre de partenaires élevés qui ont souvent eux-mêmes plusieurs partenaires et usage inconsistant du condom[4, 166]. Chez les travailleurs et travailleuses du sexe, les études québécoises auprès de différentes populations (jeunes de la rue, UDI, milieu carcéral) ont montré des prévalences de l'infection variant de 0,8 % à 29,0 %, les taux les plus élevés étant dans les groupes UDI[4]. Recommandation des CDC[24]et HAS[80]. 	B/II
	VHB	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Comportements à risque de transmission : nombre de partenaires élevés qui ont souvent eux-mêmes plusieurs partenaires et usage inconsistant du condom[4, 166]. Recommandation de IUSTI/OMS-Europe[106] et de BASHH[107]. 	B/II
	VHC				<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. La transmission sexuelle est peu fréquente[122, 129]. Recommandations de IUSTI/OMS-Europe, et BASHH[106, 107]. 	D/III

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Les LDC-ITS, mise à jour 2008, réfère aux travailleurs et travailleuses de l'industrie du sexe.

^E Peu d'études épidémiologiques ont été menées spécifiquement auprès des travailleurs et travailleuses du sexe au Québec.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
<i>Retrait : Jeune de la rue</i> Opinion d'expert ^D	CT	X	X	E	<ul style="list-style-type: none"> Cohorte des jeunes de la rue : prévalence 6,6 %[31]. 	A/I
	NG	X	X	F	<ul style="list-style-type: none"> Hommes symptomatiques dans 90-95 % des cas. Cohorte des jeunes de la rue : 0 cas d'infections gonococciques[31]. Par contre, nous ne savons pas si l'augmentation des cas gonorrhée chez les jeunes se situent dans un groupe particulier, et si oui, lequel. 	B/II Femmes D/III Hommes
	Sy	X	X	retrait	<ul style="list-style-type: none"> Absence de données sur les cas déclarés chez les jeunes de la rue au QC[3, 4]. Résultats préliminaires de la vigie intensifiée de la syphilis chez les jeunes au Québec : Tous les cas, sauf un, avaient une indication de dépistage de la syphilis, aucun jeune de la rue[62]. Infection présente dans ce groupe dans l'Ouest canadien : <ul style="list-style-type: none"> Étude à Edmonton 1999-2010 (n = 1449) : prévalence 1,1 % en 2006 et 0,5 % en 2010[167]. 	C/III

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Quoique le dépistage de l'infection à CT, de l'infection à NG et du VIH soit indiqué, les personnes susceptibles d'avoir contractées une ITSS devraient être rejointes par une offre de dépistage selon les autres facteurs de risques. Cela faciliterait un counseling adapté à la personne. La population a changé et elle est moins visible et reconnaissable en clinique. Néanmoins, il est envisageable d'offrir un dépistage d'emblée aux jeunes de la rue dans des services qui leur sont destinés à cause des facteurs de risque que plusieurs ont.

^E Dépistage d'emblée chez les 25 ans et moins.

^F Dépistage d'emblée chez les femmes de 25 ans et moins.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
<i>Retrait : Jeune de la rue</i> Opinion d'expert (suite)	VIH	X	X	D	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cohorte de Jeunes de la rue : prévalence du VIH = 0,9 % au début de l'étude (tous UDI); incidence = 0,8 par 100 p.a.; 4/15 séroconversions chez des non-UDI qui avaient comme facteurs de risque des relations sexuelles non protégées, être un ancien UDI ou avoir fait du travail du sexe[77]. ■ Le seuil de coût efficacité déterminé par les CDC (0,1 %) est atteint[24]. ■ Canada, Surveillance Accrue des Jeunes de la Rue[168] : <ul style="list-style-type: none"> ■ 8 cas de VIH observés en 2003 chez les 20-24 ans (n = 1656); ■ de 1999 à 2003, 20 % des répondants se sont injectés des drogues (n = 4728); ■ 36,3 % en 2003 et 37,7 % en 2001 (n = 1427) ont déclaré avoir fait du commerce du sexe. ■ Étude à Edmonton 1999-2010 (n = 1449) : prévalence inférieure à 1 %[167]. ■ Étude de surveillance à Montréal : début novembre 2011. Les données ne sont pas encore disponibles. 	B/I
	VHB	X	X	E	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de données récentes. ■ Cohorte des jeunes de la rue (1995-96), 437 jeunes de la rue à Montréal : <ul style="list-style-type: none"> ■ Prévalence d'un marqueur du VHB = 9,2 %; ■ Facteurs associés : être âgé de 18 ans ou plus, UDI, partenaire sexuel porteur d'une hépatite[169]. 	C/III
	VHC		-	F	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cohorte des Jeunes de la rue de Montréal : prévalence du VHC à l'entrée à l'étude = 13,9 %; incidence = 4,1 par 100 p.a. Tous les jeunes de la cohorte chez qui des anticorps ont été trouvés s'étaient déjà injecté des drogues[119]. 	C/II

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Les personnes susceptibles d'avoir contractées une infection par le VIH seront rejointes selon d'autres facteurs de risque : UDI, travail du sexe, partenaire d'une PVVIH, partenaires sexuels multiples, etc. Néanmoins, il est envisageable d'offrir un dépistage d'emblée aux jeunes de la rue dans des services qui leur sont destinés à cause de la prévalence estimée dans cette population.

^E Les personnes susceptibles d'avoir contractées une infection par le VHB seront rejointes selon d'autres facteurs de risque : UDI, travail du sexe, partenaire d'une personne porteuse de l'hépatite B, partenaires sexuels multiples, etc. Néanmoins, il est envisageable d'offrir un dépistage d'emblée aux jeunes de la rue dans des services qui leur sont destinés à cause de la prévalence estimée dans cette population.

^F Les personnes susceptibles d'avoir contractées une infection par le VHC seront rejointes selon d'autres facteurs de risque : UDI, partenaire sexuel ou contact domiciliaire d'une personne infectée par le VHC, etc. Néanmoins, il est envisageable d'offrir un dépistage d'emblée aux jeunes de la rue dans des services qui leur sont destinés à cause de la prévalence estimée dans cette population.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
	GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C			
6. Utilisateur de drogue par injection ou inhalation <i>(Dans le présent ou dans le passé, même si c'est seulement une fois.)</i>	CT			<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. 	C/I	
	NG			<ul style="list-style-type: none"> Considérer le lien entre consommation de drogue et probabilité accrue de relations sexuelles non protégées. 		
	Sy			<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. Considérer le lien entre consommation de drogue et probabilité accrue de relations sexuelles non protégées. Pas ou peu de cas déclarés au Québec dont on sait qu'ils sont UDI ([4]et consultations auprès de professionnels). Transmission sexuelle : Les études qui ont observé des cas de syphilis auprès des UDI montrent que ceux qui avaient contracté l'infection avaient d'autres facteurs de risque comme le travail du sexe ou de multiples partenaires sexuels[170]. 	C/II	
	VIH	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Épidémiologie québécoise[3, 4]. Recommandation des CDC[24], MACASHH/HASTI/ICAHRD[82], IUSTI/OMS-Europe[79], BASHH[81] et HAS[80]. 	A/I
	VHB	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Épidémiologie québécoise[3, 4]. Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite de l'ASPC : entre 1^{er} janvier 2005 et le 30 septembre 2012, 12,2 % des cas interviewés (n = 262) étaient UDI et 6,9 % avaient inhalé de la drogue[95]. Recommandation des CDC[105],IUSTI/OMS-Europe[106], et BASHH[107]. 	A/I
	VHC	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Épidémiologie québécoise[3, 4]. SurvUDI (11 731 UDI) : <ul style="list-style-type: none"> prévalence du VHC (anticorps anti-VHC) = 58,6 % en 2008; incidence = 35,6 p.a.; parmi les UDI infectés par le VIH dans SurvUDI entre 2003 et 2009, 86,1 % (565/656) étaient aussi infectés par le VHC. Cohorte des jeunes de la rue : prévalence de 13,9 %; Tous les jeunes de la cohorte chez qui des anticorps ont été trouvés avaient déjà utilisé des drogues injectables[4, 119]. Cohorte St-Luc à Montréal : l'incidence du VHC mesurée entre le 1er novembre 2004 et le 2 octobre 2007 était de 18,96 par 100 p.a.[4, 75]. Recommandations du CMFC[138], CDC[140], IUSTI/OMS-Europe[106], HAS[142], et BASHH[107]. 	A/I

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B		
7. Personne incarcérée ou l'ayant été ^D	CT			<ul style="list-style-type: none"> ■ Selon les facteurs de risque. ■ Étude dans des centres correctionnels du sud de l'Ontario (provincial) auprès de 488 participants masculins[171] : <ul style="list-style-type: none"> ■ Les cas trouvés se trouvent principalement chez les moins de 25 ans : ■ <i>Chlamydia trachomatis</i> = 2,9 %; 18-19 ans = 16 %; 20-24 ans = 3,7 %; ■ 25-29 ans = 3 %; 30-39 ans = 1,9 %; 40 ans et plus = 0,7 %; ■ Gonorrhée = 0,6 %; 18-19 ans = 0 %; 20-24 ans = 1,9 %; 25-29 ans = 1 %; 30-39 ans = 0 %; 40 ans et plus = 0 %. ■ Étude à Baltimore(USA) par téléphone et auto-prélèvement (urine et vaginal) pour dépistage de CT, NG et trichomonase auprès de 1936 participants âgés de 15 à 25 ans (M = 25 ans)[172] : <ul style="list-style-type: none"> ■ Les hommes et les femmes ayant rapporté une incarcération dans la dernière année étaient 2 fois plus susceptibles d'avoir un résultat positif à une ITS. Après avoir contrôlé pour les variables sociodémographiques et de consommation de drogue, la différence n'était plus statistiquement significative; ■ Les femmes qui ont eu un partenaire sexuel qui a été incarcéré dans la dernière année étaient 2 fois plus susceptibles d'avoir un résultat positif à une ITS, et ce même après avoir contrôlé pour les caractéristiques sociodémographiques et la consommation de drogue. 	C/III
	NG				
	Sy			<ul style="list-style-type: none"> ■ Selon les autres facteurs de risque. ■ Absence de données épidémiologiques probantes auprès des personnes incarcérées au Québec. 	C/III

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D LDC-ITS : selon les autres facteurs de risque.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
7. Personne incarcérée ou l'ayant été (suite)	VIH			X	<ul style="list-style-type: none"> Étude dans des centres de détention au Québec en 2003 [76] : <ul style="list-style-type: none"> prévalence du VIH de 8,8 % chez les femmes détenues et de 2,3 % chez les hommes détenus. Les taux étaient plus élevés chez les personnes qui ont consommé des drogues par injection et les HARSAH; 43 % des femmes et 28 % des hommes se sont déjà injecté des drogues. 	A/I
	VHB			X	<ul style="list-style-type: none"> Étude dans des centres de détention au Québec en 2003[76] : <ul style="list-style-type: none"> 60,4 % des femmes et 56,4 % des hommes ont été vaccinés pour le VHB pendant leur séjour en prison. Recommandation du consortium australien MACASH/HASTI/ICARD[82]. 	A/I
	VHC			X ^D	<ul style="list-style-type: none"> Étude dans des centres de détention au Québec en 2003[76] : <ul style="list-style-type: none"> prévalence du VHC de 29,2 % chez les femmes détenues et de 16,6 % chez les hommes détenus (prévalence globale de 18,5 %). Les taux étaient plus élevés chez les personnes qui ont consommé des drogues par injection (55,6 %); 43 % des femmes et 28 % des hommes se sont déjà injecté des drogues; 89,9 % des participants qui étaient porteurs du VHC étaient UDI. Recommandations du Collège des médecins de famille du Canada[138], IUSTI et WHO Europe[106], HAS[142], et BASHH[107]. 	A/I

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Ici, l'indication de dépistage du VHC ne concerne pas les partenaires sexuels des personnes incarcérées ou l'ayant été puisque la transmission sexuelle est peu fréquente et a été démontrée que chez les HARSAH vivant avec le VIH.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
	GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C			
Partenaires sexuels						
*** Les partenaires sexuels des personnes visées par les indications de dépistage de cette section devraient se voir offrir les mêmes tests de dépistage que si elles avaient le facteur de risque, excepté dans le cas d'une personne qui a eu un partenaire originaire d'une région endémique pour la gonorrhée, la syphilis, le VIH, le VHB ou le VHC (indication # 12).						
8. Femme qui a eu un nouveau partenaire sexuel ou plus d'un concurremment depuis son dernier test de dépistage ^D	CT		X	X	<ul style="list-style-type: none"> Favorise un dépistage précoce de l'infection et vise à briser la chaîne de transmission. Modélisation mathématique : la prévalence estimée de l'infection à CT selon le nombre de partenaires rejoint celle de la prévalence moyenne de la population générale (0,05 %) à partir de 2 partenaires dans la dernière année[173]. Selon l'étude dans les cliniques de Montréal : Nouveau partenaire et moins de 25 ans sont des indicateurs sensibles[33]. Une étude suédoise auprès de 1305 patients dans une clinique ITSS montre que le seul fait d'avoir eu un nouveau partenaire ou un partenaire occasionnel est un facteur associé significativement à un résultat positif d'infection à CT[28]. Recommandation du USPSTF[6], les CDC[41, 42] et BASHH[44]. 	B/II
	NG			X	<ul style="list-style-type: none"> Favorise un dépistage précoce et vise à briser la chaîne de transmission. Étude auprès de 69 745 femmes Danoises, Norvégiennes, Irlandaises et Suisses âgées de 18 à 45 ans: avoir plus de 2 partenaires à vie est associé positivement et significativement à une infection à NG à vie[174]. Coût presque nul pour les laboratoires, augmentation de l'utilisation des tests Duplex. Épidémiologie changeante au Québec[3]. 	B/III

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Cette indication doit tenir compte de l'incidence de l'infection à CT qui diminue avec l'âge. Par exemple, un dépistage de l'infection à CT chez une personne de 55 ans qui a un nouveau partenaire pourrait ne pas être pertinent dépendamment de l'âge de son partenaire et de l'épidémiologie de l'infection sur le territoire. Le professionnel de la santé exercera son jugement clinique basé sur la probabilité de transmission de l'infection pour offrir ou non un dépistage sur la base de cette indication.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B		
8. Femme qui a eu un nouveau partenaire sexuel ou plus d'un concurremment depuis son dernier test de dépistage (suite)	Sy			<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les autres facteurs de risque. Vigie intensifiée chez les femmes au Québec 2010-2011[63] : l'information sur le nombre de partenaires au courant de la dernière année était disponible pour 41 femmes/51 cas féminins : 53 % en ont eu 1 seul, 37 % de 2 à 4 partenaires, 10 % en ont 5 et plus. 	D/III
	VIH			<ul style="list-style-type: none"> Il pourrait être justifié d'offrir un dépistage à toute personne qui a un nouveau partenaire, qui s'apparente à un dépistage universel, s'il y a une prévalence des infections non diagnostiquées de > 0,1 % ou un taux de positivité de > 1 sur 1000, soit le seuil de coût efficacité établi par les CDC[24]. Il est proposé de mener un projet pilote pour estimer la prévalence du VIH chez les femmes au Québec. Recommandation des CDC : répéter le dépistage pour toute personne qui a eu, ou que son partenaire a eu plus d'un partenaire dans la dernière année[24]. 	C/III
	VHB			<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. 	D/III
	VHC				

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
9. Homme qui a eu une nouvelle partenaire sexuelle ou plus d'une concurrentement depuis son dernier test de dépistage ^D	CT			X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Favorise un dépistage précoce de l'infection et vise à briser la chaîne de transmission. ■ Modélisation mathématique : la prévalence estimée de l'infection à CT selon le nombre de partenaires rejoint celle de la prévalence moyenne de la population générale (0,05 %) à partir de 2 partenaires dans la dernière année[173]. ■ Nouveau partenaire et moins de 25 ans sont des indicateurs sensibles[33]. ■ Étude chez les 14-39 ans aux États-Unis (NHANES 1999-2002) : Nombre de partenaires à vie associé significativement à une plus forte prévalence de CT[175]. ■ Étude rétrospective australienne auprès de 17 779 hommes hétérosexuels et 15 461 hommes homosexuels âgés de 13 à 85 ans : avoir plus d'un partenaire sexuel dans les 3 derniers mois ou dans la dernière année était significativement associé à un résultat positif au test de CT chez les hommes hétérosexuels. Plus d'un partenaire dans les 3 derniers mois et plus d'un dans la dernière année était associé, respectivement, à une infection à CT à l'urètre et à la région anale chez les hommes homosexuels[161]. 	B/II
	NG			E	<ul style="list-style-type: none"> ■ Favorise un dépistage précoce et vise à briser la chaîne de transmission. ■ Infection symptomatique dans 90 à 95 % des cas[57, 58]. ■ Faible coût pour les laboratoires et augmentation de l'utilisation des tests Duplex. ■ Épidémiologie changeante au Québec[3]. 	B/III

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Cette indication doit tenir compte de l'incidence de l'infection à NG qui diminue avec l'âge. Par exemple, un dépistage de l'infection à NG chez une personne de 55 ans qui a un nouveau partenaire pourrait ne pas être pertinent dépendamment de l'âge de son partenaire et de l'épidémiologie de l'infection sur le territoire. Le professionnel de la santé exercera son jugement clinique basé sur la probabilité de transmission de l'infection pour offrir ou non un dépistage sur la base de cette indication.

^E Il est probable que des hommes qui ont eu une nouvelle partenaire sexuelle depuis le dernier test de dépistage reçoivent tout de même un résultat de dépistage pour l'infection à NG à cause du dépistage de l'infection à CT offert à ces hommes qui ont eu une nouvelle partenaire sexuelle depuis le dernier test de dépistage et l'utilisation croissante des tests combinant la détection de l'infection à CT et NG dans plusieurs laboratoires. Sans se prononcer sur une telle pratique, lorsque ces tests sont utilisés, les deux résultats, CT et NG, doivent être rapportés aux patients. Les patients devraient être informés de cette situation lorsqu'elle s'applique.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation
	GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C		
9. Homme qui a eu une nouvelle partenaire sexuelle ou plus d'une concurremment depuis son dernier test de dépistage (suite)	Sy			<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. 	D/III
	VIH			<ul style="list-style-type: none"> Il pourrait être justifié d'offrir un dépistage à toute personne qui a un nouveau partenaire, qui s'apparente à un dépistage universel, s'il y a 0,1 % de prévalence (seuil de coût efficacité établi par les CDC[24]). Il est proposé de mener un projet de surveillance pour estimer la prévalence du VIH chez les femmes afin d'avoir une idée de la prévalence dans la population générale. Recommandation des CDC : répéter le dépistage pour toute personne qui a eu, ou que son partenaire a eu plus d'un partenaire dans la dernière année[24]. 	C/III
	VHB			<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. 	D/III
	VHC				

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
10. Personne qui a eu plus de 3 partenaires sexuels dans la dernière année ^{D,E,F,G}	CT	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Voir le justificatif de nouveau partenaire depuis le dernier dépistage. Étude américaine chez les 14-39 ans (NHANES 1999-2002) : Nombre de partenaires à vie associé significativement à une plus forte prévalence de CT[57, 175]. Étude auprès de 69 745 femmes Danoises, Norvégiennes, Irlandaises et Suisses : avoir plus de 2 partenaires à vie est associé positivement et significativement à une infection génitale à CT à vie[174]. Étude australienne auprès de 116 femmes recrutées en milieu clinique (âge médian de 21 ans) : infection CT associée à 2 partenaires et plus dans la dernière année, risque 6x plus élevé que celles qui ont eu moins de 2 partenaires[176]. 	B/II
	NG	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Selon la littérature sur la dynamique de la transmission des ITSS, la notion de partenaires multiples prend surtout son sens lorsqu'une personne a des partenaires concomitants ou en série de courte durée et à intervalle rapproché[22, 57]. Étude auprès de 5000 patientes d'une clinique ITSS à Birmingham, Alabama en 2007 : Les femmes qui avaient 4 partenaires et plus/année, comparées à celles qui n'en ont un seul, étaient significativement plus jeunes (M = 24 ans vs 29 ans), plus nombreuses à rapporter avoir déjà contracté au moins 3 ITSS à vie, à fréquenter la clinique pour la première fois et d'avoir un résultat positif pour l'infection à CT, NG et la syphilis[177]. Étude rétrospective australienne auprès de 17 779 hommes hétérosexuels et 15 461 hommes homosexuels : plus d'un partenaire dans les 3 derniers mois et dans la dernière année est significativement associé à un résultat positif à un test de gonorrhée au pharynx ou à l'anus[161]. 	B/III

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D En l'absence de données probantes, les membres du CITSS considèrent qu'un seuil de plus de 3 partenaires sexuels dans la dernière année pourrait être un indicateur de risque d'acquisition d'une ITSS et justifier un dépistage indépendamment des autres facteurs de risque (B/III). Ce seuil peut être modulé en fonction de l'infection considérée, de la prévalence attendue dans un groupe, dans un milieu ou une région visée.

^E GQDITSS actuel : plus de 2 au cours des 2 derniers mois ou plus de 5 dans la dernière année.

^F LDC-ITS 2008 : Plus de deux dans la dernière année.

^G La notion de partenaires multiples justifie un dépistage régulier et plus fréquent.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
10. Personne qui a eu plus de 3 partenaires sexuels dans la dernière année (suite)	Sy	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Résultats de la vigie intensifiée chez les jeunes au Québec[62] : éclosion concentrée, tous les jeunes sauf un avaient une indication de dépistage. Vigie intensifiée de la syphilis chez les femmes au Québec 2010-11 : L'information sur le nombre de partenaires au courant de la dernière année était disponible pour 38 femmes : 53 % en ont eu 1 seul, 37 % de 2 à 4 partenaires, 10 % en ont 5 et plus; données manquantes pour les 3 cas qui étaient travailleuses du sexe[63]. Étude auprès de 5000 patientes d'une clinique ITSS à Birmingham, Alabama en 2007 : Les femmes qui avaient 4 partenaires et plus par année, comparées à celles qui n'en ont un seul, étaient significativement plus jeunes (M = 24 ans vs 29 ans), plus nombreuses à rapporter avoir déjà contracté au moins 3 ITSS à vie et d'avoir un résultat positif pour l'infection à CT, NG et la syphilis[177]. 	B/III
	VIH	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Il pourrait être justifié d'offrir un dépistage à toute personne qui a un nouveau partenaire, qui s'apparente à un dépistage universel, s'il y a 0,1 % de prévalence (seuil de coût efficacité établi par les CDC[24]). Il est proposé de mener un projet de surveillance pour estimer la prévalence du VIH chez les femmes. Recommandation des CDC : répéter le dépistage pour toute personne qui a eu, ou que son partenaire a eu plus d'un partenaire dans la dernière année[24]. 	B/III
	VHB	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite B par l'ASPC : entre le 1^{er} janvier 2005 et le 30 septembre 2010, 10,3 % des cas d'hépatite interviewés (n = 262) avaient eu plus d'un partenaire sexuel dans les six mois précédant l'apparition de la maladie[95]. Recommandation IUSTI/OMS-Europe[106]. 	B/III
	VHC				<ul style="list-style-type: none"> La transmission sexuelle est peu fréquente[129]. Recommandation du CMFC : dépistage s'il a une exposition possible au risque, les relations sexuelles non protégées avec plusieurs partenaires sont considérées comme un facteur de risque possible[138]. 	D/II

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
11. Personne qui a eu un partenaire sexuel anonyme au cours de la dernière année ou depuis son dernier test de dépistage	CT	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Les facteurs de risque du partenaire sont inconnus et correspondent aussi à l'indication de dépistage « nouveau partenaire » pour l'infection à CT chez les hommes et les femmes, et pour l'infection à NG chez les femmes. 	A/II
	NG	X	X	X		
	Sy	X	X	X		
	VIH	X	X	X		
	VHB	X	X	X		
	VHC				<ul style="list-style-type: none"> La transmission sexuelle est peu fréquente[129]. 	D/II

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indications de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
	CT	GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
<p>12. Personne qui a eu un partenaire sexuel originaire d'une région endémique pour la gonorrhée, la syphilis, le VIH, le VHB ou le VHC (rencontré ici ou lors d'un séjour à l'étranger)^D :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Caraïbes; ■ Afrique subsaharienne; ■ Fédération de la Russie; ■ Europe de l'Est; ■ Moyen-Orient, incluant l'Égypte et le Pakistan; ■ Asie du Sud et Asie centrale; ■ Amériques centrale et du Sud; ■ Bassin du Pacifique, excluant le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. 	CT	X	X (voyageurs)	X ^E	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159] Notons toutefois que la chlamydia est une infection dont la prévalence estimée est élevée dans toutes les régions du monde comparativement aux autres ITS[12]. 	B/II
	NG	X	X (voyageurs)	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les régions à forte endémicité pour les ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonase) sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[12, 159]. 	B/II
	Sy	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les régions à forte endémicité pour les ITS sont : l'Asie du Sud et du Sud Est, l'Afrique subsaharienne, l'Amérique latine et les Caraïbes[178]. La majorité des cas de syphilis dans le monde surviendrait en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est[15]. Toutefois, il n'y a pas de seuil défini universellement pour établir qu'une région est fortement endémique pour la syphilis. Les données disponibles sur l'endémicité de la syphilis dans différentes régions du monde sont antérieures à la dernière révision des indications de dépistage. ■ Des éclosions de syphilis dans des groupes spécifiques, le plus souvent HARSAH, ont été observées dans plusieurs grandes villes comme New York[13], Los Angeles[14], Montréal[4] et autres. ■ Recommandation de BASHH[68]. 	B/III
	VIH	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévalence ≥ 1 % (voir section 4.2.1[16]). 	
	VHB	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévalence ≥ 2 % (voir section 4.2.1[17]). ■ Recommandation des CDC (enfants nés aux É-U de parents immigrants d'un pays où le VHB est à endémicité élevée ≤ 8 %)[105], et de BASHH[107]. 	
	VHC	X			<ul style="list-style-type: none"> X si HARSAH PVIH^F ■ Transmission sexuelle rare et documentée uniquement pour les HARSAH-VIH. ■ Prévalence ≥ 3 % (voir section 4.2.1[18, 20]). 	B/II HARSAH PVIH C/III pour les autres

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Tout comme pour l'indication de dépistage visant les personnes originaires d'une région où la gonorrhée, la syphilis, le VIH, le VHB ou le VHC est endémique, les régions où l'une de ces infections est endémique ont été regroupées en une seule liste pour faciliter l'évaluation clinique. Voir la section 4.2.1 pour plus de détails.

^E S'il s'agit d'un « nouveau partenaire ou plus de un concurremment » depuis le dernier test de dépistage.

^F Les HARSAH non infectés par le VIH n'ont pas été identifiés comme un groupe à risque de transmission sexuelle du VHC à ce jour. Conséquemment, le dépistage du VHC n'est pas indiqué d'emblée chez les HARSAH séronégatifs pour le VIH, mais selon le jugement clinique, il pourrait tout de même être offert si le patient présente des facteurs de risque énumérés pour les HARSAH vivant avec le VIH. Se référer à la section 5.6.3 de ce rapport.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
	GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C			
Diagnostic d'ITSS^{D,E} <i>Les partenaires sexuels, les partenaires de consommation (pour le VIH, VHB, VHC) et les contacts domiciliaires (pour le VHB, VHC) des personnes recevant un diagnostic d'une ITSS devraient être rejoints pour recevoir les interventions préventives appropriées (selon l'infection : dépistage, counseling, traitement épidémiologique, vaccination, immunoglobulines). Veuillez vous référer au guide d'intervention approprié.</i>						
13. Personne recevant un diagnostic de <i>Chlamydia trachomatis</i> , répéter le test de dépistage 3 à 6 mois après le traitement ^F	CT	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le test est répété 3 à 6 mois après le traitement dans un but de diagnostiquer précocement une possible réinfection. ■ Revue de littérature américaine montre que le taux de réinfection chez les femmes se situe à 8,4 % à 3 mois et qu'il se situe à 14,7 % à 6 mois[36]. ■ Étude américaine : proportion d'hommes qui ont été réinfectés à CT se situe à 11,3 %[37]. ■ Étude américaine dans une clinique ITSS: 28,7 % des hommes hétérosexuels étaient réinfectés à CT (36,8 %) ou à la gonorrhée (16 %) après 4 semaines; 79,9 % avec le même organisme et 23,5 % avec un organisme différent[38]. ■ Étude australienne auprès de 116 femmes recrutées en milieu clinique (âge médian de 21 ans) : antécédent d'infection à CT à vie est associé à un diagnostic de CT (risque 2 x plus élevé que celles qui n'en ont jamais eu)[176]. ■ Étude américaine et de modélisation de la dynamique de transmission: le pic de réinfection se situe entre 2 et 5 mois; 15 % des filles qui ont eu un premier test positif en ont reçu un second alors que 3 % des filles qui ont eu un premier résultat négatif en ont reçu un second positif[179]. 	A/II

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Le CITSS a décidé de conserver uniquement l'indication de dépistage lors d'un diagnostic d'ITSS. Toutefois, il demeure que les antécédents d'ITSS sont un marqueur de comportement à risque justifiant une intervention préventive adaptée. De plus, il est indiqué d'offrir des tests de dépistage à un patient qui a reçu un diagnostic d'ITS antérieurement sans avoir subi les autres tests de dépistage indiqués.

^E Lors du diagnostic d'une infection à VHS ou VPH, considérer les autres facteurs de risque pour déterminer les autres ITSS à rechercher.

^F Se référer au Guide d'intervention sur les ITSS à déclaration obligatoire[5], pour les autres interventions à réaliser.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
13. Personne recevant un diagnostic de <i>Chlamydia trachomatis</i> , répéter le test de dépistage 3 à 6 mois après le traitement (suite)	NG		X	^D	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revue de littérature américaine[36] : <ul style="list-style-type: none"> ■ Six études indiquent que la co-infection NG-CT augmente le risque de réinfection avec l'une ou l'autre de ces infections. ■ Étude sur 8623 patients de 4 cliniques ITSS aux États-Unis[180] : Sur 2324 cas-contacts de CT, 78 cas d'infection à NG ont été diagnostiqués : <ul style="list-style-type: none"> ■ 24/624 femmes; ■ 48/1602 hommes hétérosexuels; ■ 6/98 HARSAH. ■ Étude auprès de 626 cas contacts de CT de la clinique Sydney sexual health centre[181] : <ul style="list-style-type: none"> ■ 2 infections gonococciques ont été diagnostiquées chez 195 cas contacts féminins de CT; ■ 15 infections gonococciques, 1 syphilis et 10 infections par le VIH ont été diagnostiquées chez 188 cas contacts de CT HARSAH. ■ Étude auprès de 12 594 américains majoritairement âgés de 25 ans et moins (<i>National Longitudinal Study of Adolescent Health</i>) : 7,29 % des participants ayant une CT avaient aussi une gonorrhée[182]. 	C/III
	Sy		X			
	VIH		X			
	VHB		X			
	VHC					
				■ Selon les autres facteurs de risque.	C/III	

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Il est probable que les personnes reçoivent tout de même un résultat de dépistage pour l'infection gonococcique à cause de l'utilisation croissante des tests combinant la détection de l'infection à CT et NG dans plusieurs laboratoires. Sans recommander une telle pratique, lorsque ces tests sont utilisés, les deux résultats, CT et NG, doivent être rapportés aux patients. Les patients devraient être informés de cette situation lorsqu'elle s'applique.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
14. Personne recevant un diagnostic d'infection à NG, <u>répéter</u> le test de dépistage et faire un dépistage de l'infection à CT 3 à 6 mois après le traitement ^E	CT	X	X	X ^D	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le test est effectué 3 à 6 mois après le traitement dans un but de diagnostiquer précocement une possible réinfection. ■ Revue de littérature américaine[36] : <ul style="list-style-type: none"> ■ co-infection CT-NG fréquente; ■ taux de réinfection chez les femmes varient entre 2,6 % et 40 % avec une médiane à 11,7 %. Taux diminue avec l'âge; ■ six études indiquent que la co-infection CT-NG augmente le risque de réinfection avec l'une ou l'autre de ces infections. ■ Étude sur 8623 patients de 4 cliniques ITSS aux États-Unis[180] : Sur 1032 cas contacts d'infection à NG, 173 cas de CT ont été diagnostiqués : <ul style="list-style-type: none"> ■ 105/470 femmes; ■ 42/263 hommes hétérosexuels; ■ 26/299 HARSAH. ■ Étude auprès de 11 689 Américains majoritairement âgés de 25 ans et moins (<i>National Longitudinal Study of Adolescent Health</i>) : 69,97 % des participants ayant une gonorrhée avaient aussi une CT[182]. 	A/I
	NG	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le test est répété 3 à 6 mois après le traitement dans un but de diagnostiquer précocement une possible réinfection. ■ Étude américaine : taux de réinfection estimé chez les hommes est de 7 %[37]. ■ Étude américaine dans une clinique ITSS : 28,7 % des hommes étaient réinfectés à l'infection à CT (36,8 %) ou l'infection gonococcique (16 %) après 4 semaines; 76,5 % avec le même organisme et 23,5 % avec un organisme différent[38]. ■ Alberta : 8 % de la cohorte 1991-2003 (n = 5701) a été réinfectée; incidence de réinfection de 2,34 par 100 p.a.; médiane de l'intervalle de réinfection est de 9,2 mois[54]. 	A/I

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Se référer au Guide d'intervention sur les ITSS à déclaration obligatoire[5], pour les autres interventions à réaliser.

^E Traitement d'emblée de l'infection à CT lors d'un diagnostic d'infection à NG[52].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B		
14. Personne recevant un diagnostic d'infection à NG, <u>répéter</u> le test de dépistage et faire un dépistage de l'infection à CT 3 à 6 mois après le traitement (suite)	Sy			<ul style="list-style-type: none"> Se référer à l'indication de dépistage ci-après. 	-
	VIH				
	VHB				
	VHC				

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
	GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C			
15. Personne recevant un diagnostic ^D d'une infection gonococcique, de syphilis, d'une infection par le VIH, le VHB, ou le VHCD ^E .	Les justifications des indications de dépistage proposées résultant des travaux de révision sont présentées pour chaque infection aux lignes 14.1 à 14.5.					
	CT	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avoir contracté une ITSS est un indicateur d'une prise de risque. ■ Complications associées aux ITSS. ■ Bénéfices associés à la prise en charge clinique. 	Évaluation ci-après
	NG	X	X	X		
	Sy	X	X	X		
	VIH	X	X	X		
	VHB	X		X		
VHC	F		G			
15.1. ... diagnostic d'infection gonococcique ^H	CT	-	X	I	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revue de littérature américaine[36] : <ul style="list-style-type: none"> ■ Co-infection CT-NG fréquente; ■ Six études indiquent que la co-infection CT-NG augmente le risque de réinfection avec l'une ou l'autre de ces infections. ■ Étude sur 8623 patients de 4 cliniques ITSS aux États-Unis[180] : Sur 1032 cas contacts de gonorrhée, 173 cas d'infection à CT ont été diagnostiqués : <ul style="list-style-type: none"> ■ 105/470 femmes; ■ 42/263 hommes hétérosexuels; ■ 26/299 HARSAH. ■ Étude auprès de 11 689 Américains majoritairement âgés de 25 ans et moins (<i>National Longitudinal Study of Adolescent Health</i>) : 69,97 % des participants ayant une gonorrhée avaient aussi une CT[182]. 	A/I

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D GQDITSS : Pour une infection à CT, VHS ou VPH, considérer les autres facteurs de risque pour déterminer les autres ITSS à rechercher.

^E S'il s'agit d'un diagnostic de VHC, rechercher le VIH et le VHB seulement. Offrir un dépistage des autres ITS selon les autres facteurs de risque.

^F Rechercher le VHC si l'infection a été contractée par voie sanguine (VIH-VHB).

^G Rechercher le VHC si l' s'agit d'une infection par le VIH, d'une hépatite B potentiellement contractée par voie sanguine ou en présence d'une ITS ulcérate chez une PVVIH.

^H Se référer au Guide d'intervention sur les ITSS à déclaration obligatoire[5], pour les autres interventions à réaliser.

^I Traitement d'emblée de l'infection à CT lors d'un diagnostic d'infection à NG, faire un dépistage de l'infection à CT 3 à 6 mois après le traitement[52].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B		
15.1... diagnostic d'infection gonococcique (suite)	NG	-	-	-	-
	Sy	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ À titre préventif : touche particulièrement les mêmes populations (c.-à-d. : HARSAH) : <ul style="list-style-type: none"> ■ vigie intensifiée de l'infection gonococcique de juin 2005 à mai 2006 : 60 % des cas masculins étaient HARSAH[4, 53]; ■ vigie intensifiée de la syphilis 2004-2005 : 96 % des cas masculins étaient HARSAH[3]. ■ Étude sur 8 623 patients de 4 cliniques ITSS au États-Unis[180] : <ul style="list-style-type: none"> ■ 5 cas de syphilis ont été diagnostiqués chez 470 cas contacts de gonorrhée féminins; ■ 3 cas de syphilis ont été diagnostiqués chez 263 cas contacts de gonorrhée masculins hétérosexuels; ■ 5 cas de syphilis ont été diagnostiqués chez 299 cas contacts de gonorrhée HARSAH.

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
15.1... diagnostic d'infection gonococcique (suite)	VIH	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ À titre préventif : touche particulièrement les mêmes populations (c.-à-d. : HARSAH). ■ Peut augmenter le risque de transmission du VIH[4, 45]. ■ Étude sur 8 623 patients de 4 cliniques ITSS au États-Unis[180] : <ul style="list-style-type: none"> ■ 9 cas de VIH ont été diagnostiqués chez 299 cas contacts HARSAH d'infection à NG; ■ 1 cas de VIH a été diagnostiqué chez 24 cas contacts HARSAH de co-infection CT et NG. ■ Analyse des données de MADO et de services aux partenaires (<i>Public health reporting and PS data</i>) de l'état de Washington[183] : <ul style="list-style-type: none"> ■ 27 672 cas de CT et NG enregistrés entre 2007-2010 étaient chez des hommes, 22 % avaient eu des relations sexuelles avec d'autres hommes; ■ chez 1 421 HARSAH qui ont reçu un diagnostic de VIH entre 2007 et 2010 : <ul style="list-style-type: none"> ○ 6,3 % ont contracté une CT ou NG dans l'année précédant le diagnostic; ○ 9,6 %, deux ans avant le diagnostic; ○ 11,9 % trois ans avant le diagnostic; ■ parmi les HARSAH qui ont un diagnostic d'infection par le VIH, 55 % ont rapporté avoir subi le test qui a permis de diagnostiquer l'infection lors d'un diagnostic d'infection à CT ou à NG. ■ Recommandation de BASHH[81], CDC[24], IUSTI/OMS-Europe[79] et MACASHH/HASTI/CAHRD[82] : dépistage du VIH lors du diagnostic d'une ITSS, sans préciser laquelle ni la durée. 	A/II pour HARSAH B/III pour les autres
	VHB	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ À titre préventif : touche particulièrement les mêmes populations (c.-à-d. : HARSAH). ■ Les personnes qui ont contracté une ITSS sont considérées à risque accru de contracter le VHB[91]. 	A/III
	VHC	-			<ul style="list-style-type: none"> ■ Selon les autres facteurs de risque. ■ Transmission sexuelle peu fréquente et peu documenté[122, 129], sauf si HARSAH-VIH. 	D/II

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
15.2. ...diagnostic de syphilis ^D	CT	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> À titre préventif. Rechercher l'infection à CT, et s'il y a des signes cliniques compatibles, spécifier la recherche de LGV. Vigie intensifiée de LGV à Montréal en 2006 : 80 % des cas de LGV ont eu une syphilis antérieure[4, 184]. 	B/III
	NG		X	X	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage systématique à titre préventif. Même population particulièrement touchée (HARSAH) : <ul style="list-style-type: none"> vigie intensifiée de la gonorrhée de juin 2005 à mai 2006 : 60 % des cas masculins étaient HARSAH[4, 53]; vigie intensifiée de la syphilis 2004-2005 : 96 % des cas masculins étaient HARSAH[3]. Étude sur 8623 patients de 4 cliniques ITSS au États-Unis[180] : <ul style="list-style-type: none"> 5 cas de syphilis ont été diagnostiqués chez 470 cas-contacts féminins de gonorrhée; 3 cas de syphilis ont été diagnostiqués chez 263 cas contacts masculins hétérosexuels de gonorrhée; 5 cas de syphilis ont été diagnostiqués chez 299 cas contacts HARSAH de gonorrhée. 	A/II
	Sy	-	-	-	-	-

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Se référer au *Guide d'intervention sur les ITSS à déclaration obligatoire*[5], pour les autres interventions à réaliser.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
15.2 ...diagnostic de syphilis (suite)	VIH	-	X	X	<p>« L'infection syphilitique serait un indicateur de la prise de risque chez les HARSAH : 80 % des hommes infectés ont déjà contracté une autre ITSS antérieurement et au moins 48 % sont déjà infectés par le VIH (Chris Archibald, communication personnelle, octobre 2006) »[4].</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ARGUS 2005 : « Un marqueur sérologique de syphilis infectieuse antérieure ou actuelle a été retrouvé chez 18 % des HARSAH infectés par le VIH »[4]. ▪ La vigie intensifiée de la syphilis infectieuse à Montréal a montré que 45 % des cas de syphilis diagnostiqués en phase infectieuse chez des HARSAH entre septembre 2000 et août 2011 étaient aussi infectés par le VIH[3]. ▪ Peut augmenter le risque de transmission du VIH[4, 45]. ▪ Recommandation de BASHH[81], CDC[24], IUSTI/WHO Europe[79] et MACASHH/HASTI/ICAHRD[82], sans préciser la fréquence ou le type d'infection. 	A/II
	VHB	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À titre préventif : touche particulièrement les mêmes populations (c.-à-d. HARSAH). ▪ Les personnes qui ont contracté une ITSS sont considérées à risque accru de contracter le VHB[91]. 	A/III
	VHC	-			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selon les autres facteurs de risque. ▪ Transmission sexuelle peu fréquente et peu documentée[122, 129], sauf si HARSAH-VIH. ▪ Les ITS ulcéraives sont un facteur de risque de transmission sexuelle documentée chez les HARSAH-VIH[129]. 	D/II

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
15.3. ... <i>diagnostic de VIH^D</i>	CT	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ À titre préventif. ■ Peut augmenter le risque de transmission du VIH[4, 45]. ■ Étude sur 8623 patients de 4 cliniques ITSS au États-Unis[180] : <ul style="list-style-type: none"> ■ 9 cas de VIH ont été diagnostiqués chez 299 cas contacts HARSAH de gonorrhée; ■ 1 cas de VIH a été diagnostiqué chez 24 cas contacts HARSAH de co-infection CT et NG. 	A/II
	NG	-	X	X		
	Sy	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ À titre préventif : touche particulièrement la population HARSAH : <ul style="list-style-type: none"> ■ « L'infection syphilitique serait un indicateur d'une prise de risque chez les HARSAH : 80 % des hommes infectés ont déjà contracté une autre ITSS antérieurement et au moins 48 % sont déjà infectés par le VIH (Chris Archibald, communication personnelle, octobre 2006) »[4]; ■ ARGUS 2005 : « Un marqueur sérologique de syphilis infectieuse antérieure ou actuelle a été retrouvé chez 18 % des HARSAH infectés par le VIH »[4]; ■ La vigie intensifiée de la syphilis infectieuse à Montréal a montré que 45 % des cas de syphilis diagnostiqués en phase infectieuse chez des HARSAH entre septembre 2000 et août 2011 étaient aussi infectés par le VIH[3]. ■ Les ITSS ulcéraives augmentent le risque de transmission du VIH[4, 45]. 	A/II
	VIH	-	-	-	-	-
	VHB	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ À titre préventif : touche particulièrement les mêmes populations (c.-à-d. HARSAH; UDI; personne provenant d'une région endémique). ■ Taux de co-infection par le VHB des personnes infectées par le VIH estimé à 10 %[4]. ■ La co-infection par le VHB influence la décision de traiter le VIH et le choix des antiviraux initiaux et subséquents[110]. ■ Recommandation des CDC[105], IUSTI/OMS-Europe[106]. 	A/II

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Se référer au guide *L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le VIH*[114] pour les autres interventions à réaliser.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
15.3 ... diagnostic de VIH (suite)	VHC	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lors du diagnostic, et à répéter selon les facteurs de risque. ■ Partage des facteurs de risque et influence sur l'histoire naturelle de la maladie. ■ Transmission sexuelle documentée chez les PVIH, particulièrement pour les HARSAH VIH+[120, 123, 164, 165]. ■ ARGUS 2005 : « 14 % des personnes infectées par le VIH étaient également infectées par le VHC »[4]. ■ SurvUDI 2003-2009 : « Parmi les UDI trouvés infectés par le VIH dans SurvUDI entre 2003 et 2009, 86,1 % (565/656) présentaient aussi des anticorps contre le VHC.(...) Dans l'ensemble, 12,7 % (565/4 435) des individus recrutés entre 2003 et 2009 ont été trouvés séropositifs pour les deux virus »[4]. ■ Étude dans des centres de détention au Québec : Parmi les sujets infectés par le VIH, 65 % étaient aussi infectés par le VHC[76]. ■ Peut aggraver l'atteinte hépatique[4, 185]. ■ « La présence d'une infection par le VHC chez un individu infecté par le VIH peut entraîner une moins bonne réponse immunologique aux traitements antirétroviraux contre le VIH et un plus grand risque de toxicité hépatique associé à ce traitement »[4]. ■ Recommandations des CDC[140], IUSTI/OMS-Europe[106], HAS[142], et BASHH[107]. 	A/I

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
15.4. ...diagnostic de VHB ^D	CT	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> À titre préventif. Partage des modes de transmission. 	A/III
	NG	-	E	X		
	Sy	-	X	X		
	VIH	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> À titre préventif. Partage des modes de transmission. Taux de co-infection par le VHB des personnes infectées par le VIH estimé à 10 %[4]. La co-infection par le VHB influence la décision de traiter le VIH et le choix des antiviraux initiaux et subséquents[110]. Recommandation de BASHH[81], CDC[24], IUSTI/WHO Europe[79] et MACASHH/HASTI/ICAHRD)[82], sans préciser la fréquence ou le type d'infection. 	A/I
	VHB	-	-	-	-	-
VHC	-	F	X ^G	<ul style="list-style-type: none"> À titre préventif : touche particulièrement les mêmes populations (c.-à-d. UDI). Peut aggraver l'atteinte hépatique : L'histoire naturelle de chacune de ces deux infections est influencée par l'autre et le traitement de l'une peut mener à l'exacerbation de l'autre[4, 185]. 	A/II	

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Se référer au *Guide d'intervention sur l'hépatite B*, pour les autres interventions recommandées[115].

^E Si l'infection a été contractée potentiellement par voie sexuelle.

^F Si l'infection a été transmise par voie sanguine.

^G Si le VHB a été contracté potentiellement par voie sanguine.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher				Justification avec références	Évaluation
	GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C			
Diagnostic d'ITSS^{D,E} <i>Les partenaires sexuels, les partenaires de consommation (pour le VIH, VHB, VHC) et les contacts domiciliaires (pour le VHB, VHC) des personnes recevant un diagnostic d'une ITSS devraient être rejoints pour recevoir les interventions préventives appropriées (selon l'infection : dépistage, counseling, traitement épidémiologique, vaccination, immunoglobulines). Veuillez vous référer au guide d'intervention approprié.</i>						
15.5. ...diagnostic de VHC ^{F,G}	CT	-	-		<ul style="list-style-type: none"> ■ Selon les autres facteurs de risque. 	C/III
	NG	-	-			
	Sy	-	-			
	VIH	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Partage de facteurs de risque et des modes de transmission. ■ Peut aggraver l'atteinte hépatique[4, 185]. ■ « En 2006, selon les données de Med-Écho, 15 % des personnes infectées par le VHC étaient également infectées par le VIH et 6 % l'étaient par le VHB »[4]. ■ SurUDI et ARGUS 2005 : « Chez les UDI de SurvUDI, 22 % de ceux qui sont infectés par le VHC le sont aussi par le VIH, alors que chez les HARSAH du réseau ARGUS cette proportion est de 32 % »[4]. ■ SurvUDI 2003-2009 : « Dans l'ensemble, 12,7 % (565/4 435) des individus recrutés entre 2003 et 2009 ont été trouvés séropositifs pour les deux virus »[4]. ■ « La transmissibilité du VHC est également augmentée chez les personnes co-infectées par le VIH »[4, 186]. ■ « La co-infection par le VIH augmente la sévérité des hépatites virales et en particulier celle de l'hépatite C : on observe en effet de plus faibles taux d'élimination spontanée du VHC, une progression plus rapide vers l'atteinte hépatique et une baisse de l'efficacité du traitement »[4, 186]. 	A/I

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Le CITSS a décidé de conserver uniquement l'indication de dépistage lors d'un diagnostic d'ITSS. Toutefois, il demeure que les antécédents d'ITSS sont un marqueur de comportement à risque justifiant une intervention préventive adaptée. De plus, il est indiqué d'offrir des tests de dépistage à un patient qui a reçu un diagnostic d'ITS antérieurement sans avoir subi les autres tests de dépistage indiqués.

^E Lors du diagnostic d'une infection à VHS ou VPH, considérer les autres facteurs de risque pour déterminer les autres ITSS à rechercher.

^F La transmission sexuelle du VHC dans les couples hétérosexuels ou chez les HARSAH séronégatifs au VIH n'a pas été démontrée dans les études recensées. La transmission du VHC entre les partenaires sexuels ou les contacts domiciliaires n'a pas été démontrée dans les études recensées. Or, l'ensemble des lignes directrices consultées recommande le dépistage dans ce contexte[106, 107, 140, 142]. Le dépistage du partenaire peut aussi soulager l'anxiété, autant du patient infecté que de son (ses) contact(s). Le dépistage doit être offert selon le jugement clinique.

^G Se référer au Guide d'intervention sur l'hépatite B[115], pour les autres interventions à réaliser.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher				Justification avec références	Évaluation
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C		
15.5 ... <i>diagnostic de VHC (suite)</i>	VHB	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Partage de facteurs de risque, touche principalement les mêmes populations. ■ Peut aggraver l'atteinte hépatique[4, 185]. ■ « En 2006, selon les données de Med-Écho, 15 % des personnes infectées par le VHC étaient également infectées par le VIH et 6 % l'étaient par le VHB »[4]. 	A/II
	VHC	-	-	-		

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
16. Personne recevant un diagnostic de Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)	CT	-	-	-	-	
	NG	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Co-infection fréquente. ■ Population surtout touchée : HARSAH. ■ Recommandation : Énoncé Provisoire LGV[61]. 	B/II
	Sy	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Co-infection fréquente : <ul style="list-style-type: none"> ■ Vigie intensifiée de LGV à Montréal en 2006 : 80 % des cas de LGV ont eu une syphilis antérieure[4, 184]. ■ Population surtout touchée : HARSAH. ■ Recommandation : Énoncé Provisoire LGV[61]. 	A/I
	VIH	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Co-infection fréquente : <ul style="list-style-type: none"> ■ La vigie intensifiée de la lymphogranulomatose vénérienne à Montréal a montré que 56 % des cas de LGV diagnostiqués chez des HARSAH entre janvier 2003 et août 2010 étaient également infectés par le VIH[3]. ■ Population surtout touchée : HARSAH. ■ Recommandation : Énoncé Provisoire LGV[61]. 	A/I
	VHB	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Co-infection fréquente. ■ Population essentiellement HARSAH. ■ Recommandation : Énoncé Provisoire LGV[61]. 	B/II
	VHC	-	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ■ Co-infection fréquente VIH, LGV et VHC[187]. ■ Population surtout touchée : HARSAH. ■ Recommandation : Énoncé Provisoire LGV[61]. 	B/II

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher				Justification avec références	Évaluation
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C		
Interruption volontaire de grossesse et Grossesse						
17. Femme demandant une interruption volontaire de grossesse (IVG) ^D	CT	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Risque accru d'endométrite post-IVG quand la femme a une infection à CT ou NG[188]. Recommandation de la SOGC[50] et du CMQ[51]. 	A/I
	NG	X	X	X		
	Sy				<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. 	C/III
	VIH					
	VHB					
	VHC					
18. Femme enceinte : bilan prénatal	CT	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Programme d'intervention sur le VIH et la grossesse[189]. Éviter les complications en ce qui a trait à l'issue de la grossesse et à la santé du nouveau-né[39]. 	A/I
	NG	X	X	X		
	Sy	X	X	X		
	VIH	X	X	X		
	VHB	X	X	X		
	VHC			E	<ul style="list-style-type: none"> Aucun traitement disponible pour réduire ou éviter les complications relatives à l'issue de la grossesse. Taux de transmission de la mère à l'enfant est estimé entre 4 et 6 % chez les mères mono-infectées par le VHC[133-135] et ce risque est 2 à 5 fois plus élevé chez les mères co-infectées par le VIH[136]. Recommandations du CMFC[138], CDC[140], IUSTI/OMS-Europe[106], HAS[142], et BASHH[107] pour le dépistage des nouveau-nés d'une mère atteinte d'une hépatite C (anti-VHC positif et ARN VHC positif). 	D/II pour la mère A/I pour les nouveau-nés de mère atteinte

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D L'IVG est une opportunité pour évaluer les autres facteurs de risque et offrir les tests de dépistage en conséquence.

^E Dépistage indiqué pour les nouveau-nés d'une mère infectée (anti-VHC positif et ARN VHC positif).

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
<p>19. Femme enceinte : répétition du test selon les facteurs de risque</p> <p>Plus d'une fois ou au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement, si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque.</p> <p>Rappeler l'importance de réévaluer les facteurs de risque pendant la grossesse.</p>	CT	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Programme d'intervention sur le VIH et la grossesse[189]. Éviter les complications en ce qui a trait à l'issue de la grossesse et à la santé du nouveau-né[39]. 	A/I
	NG	X	X	X		
	Sy	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Programme d'intervention sur le VIH et la grossesse[189]. Éviter les complications en ce qui a trait à l'issue de la grossesse et à la santé du nouveau-né[39]. 1 cas de syphilis congénital en 2011 au Québec, le seul depuis 2000. Au Canada, de 2000-2009 : 47 cas de syphilis congénitale (moins de 2 ans) ont été déclarés[29]. 	A/I
	VIH	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Éviter les complications en ce qui a trait à l'issue de la grossesse et à la santé du nouveau-né[39]. « Depuis l'implantation du programme (PSI-VIH) en avril 2002, 26 nouveaux diagnostics ont été enregistrés, dont 11 chez des enfants nés au Canada et 15 pour des personnes nées à l'extérieur. Huit des onze nés au Canada et les quinze nés à l'extérieur sont des immigrants »[71], 1 cas enregistré en 2010 chez un nouveau-né au Canada et d'origine canadienne; la mère n'avait pas eu de test de dépistage. En 2011, 2 cas de transmission verticale de mère caucasienne « québécoise de souche » ont été enregistrés. Les mères n'auraient pas eu de suivi prénatal ou n'avaient pas subi de test de dépistage pour le VIH. (données non publiées). CDC = répéter systématiquement le test au 3e trimestre lorsque l'incidence atteint 17/100 000 p.a..[24] 	A/I
	VHB	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Éviter les complications en ce qui a trait à l'issue de la grossesse et à la santé du nouveau-né[39]. 	A/I
VHC				<ul style="list-style-type: none"> Aucun traitement disponible pour réduire ou éviter les complications relatives à l'issue de la grossesse. Dépistage indiqué pour les nouveau-nés d'une mère infectée (anti-VHC positif et ARN VHC positif) : <ul style="list-style-type: none"> Recommandations du CMFC[138], CDC[140], IUSTI/OMS-Europe[106], HAS[142], et BASHH[107]. Taux de transmission de la mère à l'enfant est estimé entre 4 et 6 % chez les mères mono-infectées par le VHC[133, 133-135] et ce risque est 2 à 5 fois plus élevé chez les mères co-infectées par le VIH[136]. 	D/II pour la mère A/II pour les nouveau-nés de mère atteinte	

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher				Justification avec références	Évaluation
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C		
Exposition à du sang ou autres liquides biologiques						
20. Exposition à du sang ou autres liquides biologiques potentiellement infectés en milieu professionnel	CT				■ Selon les autres facteurs de risque.	D/III
	NG					
	Sy					
	VIH	X	X	X	■ Se référer au Guide pour la prophylaxie post-exposition à des liquides biologiques dans le contexte du travail[89].	A/I
	VHB	X	X	X		
	VHC	X		X		

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher				Justification avec références	Évaluation
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C		
21. Exposition à du sang ou autres liquides biologiques potentiellement infectés dans un contexte non professionnel, par exemple tatouage/perçage dans des conditions non stériles	CT				<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. 	D/III
	NG					
	Sv					
	VIH	X		X	<ul style="list-style-type: none"> Se référer Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel[90]. Tatouage et perçage dans des conditions non stériles et VHC : <ul style="list-style-type: none"> Étude américaine en 2006 auprès de 5 282 étudiants de niveau collégial d'origine américaine ou canadienne : Les facteurs les plus fortement associés au VHC étaient l'injection de drogue, la transfusion de sang, et l'incarcération. Prévalence de 0,6 % parmi les personnes qui avaient un tatouage ou un perçage, sans autre facteur de risque. La prévalence auprès des personnes ayant un tatouage ou un perçage augmentait à 8,0 % dans le groupe UDI[130]; Revue systématique de la littérature (83 articles scientifiques révisés) en 2010 : Risque de transmission du VHC par tatouage significatif pour tous les groupes étudiés (UDI et non-UDI; prisonniers; donneur de sang; hôpitaux; vétérans; etc.) et à travers tous les pays étudiés. Le risque augmentait en fonction de l'étendue du corps couvert par les tatouages et le nombre de séances de tatouage[131]; Revue de littérature (62 articles scientifiques révisés), en 2012 : Risque de transmission du VHC augmente lorsque le tatouage ou le perçage est fait dans les prisons ou par des pairs alors qu'il n'y a aucune évidence claire qu'il y ait un risque de transmission lorsque ces deux activités sont faites par des personnes qualifiées. Le risque associé à ces activités est souvent biaisé par l'association de facteurs de risque autres tels que l'injection de drogue[132]; Recommandations du CMFC[138], IUSTI/OMS-Europe[106], HAS[142], et BASHH[107]. 	A/I
	VHB	X	X	X		
VHC	X	X	X			

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
22. Procédures médicales (chirurgicales ou autres) avec du matériel potentiellement contaminé dans des régions où la prévalence du VIH, VHB ou VHC est élevée. VIH : prévalence > 1 %[16] VHB : prévalence > 2 %[17] VHC : prévalence ≥ 3 %[20]	CT				■ Selon les autres facteurs de risque.	D/III
	NG					
	Sy					
	VIH	X		X	■ Se référer au Guide pour la prophylaxie post-exposition à des liquides biologiques dans le contexte du travail et au Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel[89, 90].	A/I
	VHB	X		X		
	VHC	X		X		
23. Transfusion de sang ou de produits sanguins/greffe avant la mise en place d'un système de criblage des donneurs. Au Canada : Avant 1970 pour le VHB avant octobre 1985 pour le VIH avant avril 1992 pour le VHC	CT				■ Selon les autres facteurs de risque.	D/III
	NG					
	Sy					
	VIH	X	X	X	■ Laisser tel quel.	A/I
	VHB	X	X	X		
	VHC	X		X		

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation
	GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C		
Selon les milieux cliniques ou les milieux de vie					
<i>Tous les milieux peuvent adapter leur approche de dépistage selon leur clientèle et la prévalence des ITSS dans leur milieu.</i>					
24. Personne recevant des services dans un centre de ressources en dépendance aux drogues	CT			<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. 	C/III
	NG				
	Sy				
	VIH			<ul style="list-style-type: none"> Selon le mode de consommation de drogue (par injection ou inhalation). Recommandation de BASHH[81]. 	B/II
	VHB			<ul style="list-style-type: none"> Selon le mode de consommation de drogue (par injection ou inhalation). 	B/III
	VHC				

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
<ul style="list-style-type: none"> Autres considérations : éléments de suivi médical et diagnostic différentiel 						
25. Avant de débuter une chimiothérapie ou autre thérapie immunosuppressive	CT				<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. 	D/III
	NG					
	Sy					
	VIH					
	VHB			X	<ul style="list-style-type: none"> Risque de réactiver le virus : Dans une méta-analyse de 14 études de patients AgHBs positif qui recevaient une chimiothérapie, 33 % [intervalle de 22 à 88 %] ont eu une réactivation de l'hépatite B et 7 % sont décédés[101]. Le risque existe aussi chez des patients avec AgHBs négatif et anti-HBc isolé[102]. Le risque de réactiver une hépatite B dépend de plusieurs facteurs dont le statut sérologique du patient pour le VHB (les patients AgHBs positif sont plus à risque que les patients AgHBs négatif avec anti-HBc positif), la nature du traitement immunosuppresseur et l'utilisation d'une prophylaxie antivirale pouvant prévenir les réactivations[113]. Dépistage avant le début d'une chimiothérapie pour un lymphome est une intervention coût-efficace[103]. Recommandation des CDC[105]. 	A/I
VHC				<ul style="list-style-type: none"> Un dépistage de l'hépatite C avant d'entreprendre une thérapie immunosuppressive ne serait pas pertinent d'emblée, mais pourrait être envisageable. Trop peu de données sont actuellement disponibles. 	C/II	

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher			Justification avec références	Évaluation	
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B			REVISION ^C
26. Hémodialyse	CT				Selon les autres facteurs de risque	D/III
	NG					
	Sy					
	VIH					
	VHB			X ^D	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation de vaccination selon les LDC-ITS, 2008, et le PIQ[39, 91]; Recommandation de vaccination et de vérification régulière de l'immunité selon la Société canadienne de néphrologie[104]. 	A/I
VHC			X ^E	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation de la Société canadienne de néphrologie[104], des CDC[140]et HAS[142]; Le CMFC considère l'hémodialyse comme un facteur de risque d'intermédiaire pour le VHC[138]. 	B/II	
27. Diagnostic différentiel : Lymphome, Tuberculose	CT				Selon les autres facteurs de risque.	D/III
	NG					
	Sy					
	VIH			X	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic différentiel ou éléments de suivi médical : <ul style="list-style-type: none"> tuberculose (CDC[24], BASHH[81]); lymphome (BASHH[81]). 	A/II
	VHB				<ul style="list-style-type: none"> Dépistage avant le début d'une chimiothérapie pour un lymphome est une intervention coût-efficace [103]. 	C/II
	VHC				<ul style="list-style-type: none"> Selon les autres facteurs de risque. 	D/III

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^D Pour l'hémodialyse, se référer aux guides et protocoles en la matière.

^E Pour l'hémodialyse, se référer aux guides et protocoles en la matière.

Tableau 3 Synthèse détaillée des indications de dépistage selon les facteurs de risque (suite)

Indication de dépistage	ITSS à rechercher				Justification avec références	Évaluation
		GQDITSS ^A	LDC-ITS ^B	REVISION ^C		
Absence de facteur de risque						
28. Absence de facteur de risque dévoilé après un counseling pré test	CT	X		X	Laisser tel quel.	A/III
	NG	X		X		
	Sy	X		X		
	VIH	X		X		
	VHB	X		X		
	VHC	X	-	X		

^A Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

^B Le VHC ne fait pas partie des infections abordées dans les LDC-ITS. VHB : offre de vaccination contre l'hépatite B à toutes personnes appartenant à un groupe à risque et qui n'ont pas d'immunité.

^C Pour le VHB, à moduler selon le statut vaccinal. Se référer au PIQ pour des informations supplémentaires[91].

7 Fréquence de dépistage recommandée

L'évaluation des facteurs de risque devrait être faite au moins une fois par année dans le cadre d'un l'examen médical périodique comme celui recommandé par le Collège des médecins du Québec[190]. Suivant cette logique, les femmes de 25 ans et moins sexuellement actives sans autre facteur de risque devraient se voir offrir un dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée au moins une fois par année.

Les personnes qui présentent une indication de dépistage (numéro un à sept et 24 du tableau synthèse), ou qui ont un partenaire sexuel présentant une indication de dépistage (numéro quatre à onze du tableau synthèse), devraient se faire offrir au moins une fois par année un dépistage des ITSS en fonction des indications présentées précédemment. Ceci est aussi vrai pour les partenaires sexuels ou de consommation de drogue des PVVIH à qui un dépistage du VIH devrait leur être offert au moins annuellement.

Les personnes qui cumulent plus d'un facteur de risque ont un risque accru de contracter une ITSS. Un suivi médical et un counseling adaptés devraient leur être offerts. De plus, une personne chez qui les facteurs de risque sont présents de façon répétée ou continue devrait se voir offrir un dépistage périodique. Il est justifié d'offrir un dépistage plus fréquemment qu'annuellement aux personnes qui ont des ITSS à répétition et aux personnes qui ont de multiples partenaires[86, 191]. Aux personnes chez qui les comportements à risque de transmission pour le VIH et les autres ITSS sont présents de façon continue ou répétée, le dépistage devrait être offert aux 3 à 6 mois[86].

Les antécédents d'ITSS étant un marqueur de prise de risque, il est justifié d'évaluer régulièrement les facteurs de risque chez une personne qui présente une histoire récente d'ITSS.

Les ITSS à répétition suggèrent la présence de comportements à risque et que la personne se situe dans un noyau de transmetteurs. La transmission des ITSS dans un noyau de transmetteurs est supérieure au portrait épidémiologique dans la population générale. Le risque de co-infection et de réinfection est supérieur à la moyenne dans un noyau de transmetteurs[22].

8 Pistes pour l'intervention, la recherche et la surveillance

Dans cette section, les pistes pour l'intervention, la recherche et la surveillance des ITSS au Québec qui ont émergé des réflexions dans le cadre de la mise à jour des indications de dépistage ont été regroupées. Pour toutes ces infections, des données de prévalence auraient été fort utiles aux travaux du sous-comité *FR-ITSS*.

Partenaires sexuels multiples

Établir un seuil unique sur le nombre de partenaires à partir duquel un dépistage de toutes les ITSS est indiqué, en l'absence d'autres facteurs de risque tels que les relations sexuelles entre hommes ou le travail du sexe, s'avère une tâche complexe. Peu de données probantes associant le risque potentiel de contracter une ITSS et le nombre de partenaires sexuels sont disponibles. Des études de surveillance avec analyses biologiques tenant compte de ce facteur de risque devraient être effectuées au Québec afin de convenir d'un seuil sur des bases scientifiques.

Par exemple, dans le cas du VIH, il a été discuté, mais non retenu, d'indiquer un dépistage du VIH pour toute personne qui a un nouveau partenaire ou plus de un dans la dernière année. Une façon d'évaluer la pertinence d'une telle indication de dépistage serait d'estimer la proportion de nouveaux cas qui pourrait être rejointe par cette indication en s'appuyant sur le seuil de coût-efficacité déterminé par les CDC (> 0,1 %)[24].

Infection à *Chlamydia trachomatis*

Les taux élevés d'incidence et/ou de prévalence observés dans les études auprès des jeunes hébergés ou suivis par les centres jeunesse et auprès des jeunes de la rue ainsi que le nombre élevé de cas déclarés sur les territoires autochtones, particulièrement chez les jeunes, justifient que soient développées des activités de dépistage spécifiques qui intègrent une surveillance de cette infection auprès de ces groupes.

Infection gonococcique

Le nombre élevé de cas déclarés sur les territoires autochtones, particulièrement chez les jeunes, justifie que soient développées des activités de dépistage spécifiques dans ce groupe. Aussi, la vulnérabilité et les facteurs de risque observés chez les jeunes de la rue et les jeunes hébergés en centre jeunesse, même si aucun ou peu de cas n'ont été trouvés, justifient des activités de prévention adaptées qui intègrent une surveillance de cette infection auprès de ces groupes.

Syphilis

En l'absence de données probantes et dans le contexte épidémiologique que l'on connaît actuellement, aucune recommandation de dépistage systématique n'est émise pour les groupes suivants, sauf s'ils présentent d'autres facteurs de risque :

- Jeune de la rue;
- Autochtone;
- Personne sans domicile fixe;
- Personne incarcérée.

Toutefois, puisqu'ailleurs au Canada des épidémies sont présentes dans ces groupes, il importe que le Québec se dote de moyens pour surveiller l'apparition de cas de syphilis au sein de ces groupes et puisse réagir rapidement afin de freiner l'épidémie.

Dans le cadre de la surveillance, une offre de dépistage accrue dans des populations à risque permet de mieux estimer l'épidémie au Québec tout en permettant d'augmenter le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique. Par exemple, des activités combinant dépistage et surveillance seraient pertinentes à développer dans les milieux de soins de la communauté autochtone afin d'une part évaluer des stratégies de dépistage et d'autre part, surveiller la survenue d'une épidémie de syphilis.

VIH

Dans le cadre de la surveillance, une offre de dépistage accrue dans des populations à risque permet de mieux estimer l'épidémie au Québec tout en permettant d'augmenter le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique. Par exemple, un projet pilote de dépistage systématique pourrait être mis à l'essai dans des salles d'urgence de milieux ciblés.

Des activités combinant dépistage et surveillance seraient pertinentes à développer dans les milieux de soins de la communauté autochtone afin d'évaluer d'une part des stratégies de dépistage et d'autre part de surveiller l'épidémie de l'infection par le VIH, étant donné les épidémies émergentes dans les milieux autochtones de l'Ouest canadien.

Un dépistage est aussi indiqué en fonction du nombre de partenaires sexuels. Afin d'élargir les indications de dépistage pour le VIH, il a été proposé de recommander un dépistage pour toute personne qui a un nouveau partenaire ou plus de 1 dans la dernière année. Une façon d'évaluer la pertinence d'une telle indication de dépistage serait d'estimer la proportion de nouveaux cas qui pourrait être rejointe par cette indication en s'appuyant sur le seuil de coût-efficacité déterminé par les CDC ($> 0,1 \%$)[24]. Les données ne sont pas disponibles au Québec. Il est donc proposé de mener un projet pilote pour estimer la prévalence du VIH chez les femmes au Québec, ce qui permettrait d'avoir une idée plus précise de la prévalence du VIH au Québec.

VHC

Les données du système de MADO au Québec ont montré qu'entre 2006 et 2010, la majeure partie des cas d'hépatite C rapportés étaient chez ceux nés entre 1957 et 1961. Les indications de dépistage chez ces patients n'ont pas été recueillies. Il pourrait s'agir de patients présentant des facteurs de risque comme il pourrait s'agir de patients ayant présenté une perturbation du bilan hépatique. Ceci soulève tout de même la question, à savoir si un dépistage ciblé selon la cohorte de naissance pourrait être proposé au Québec comme il l'est recommandé par les CDC. En l'absence de données probantes selon le contexte québécois, il serait aventureux de recommander un tel dépistage. Néanmoins, un effort pourrait être fait pour obtenir de telles données pour le Québec.

Bibliographie

- (1) Poirier A, Dontigny A. Quatrième rapport sur l'état de santé de la population du Québec; L'épidémie silencieuse, les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Québec: La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2010.
- (2) Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide québécois de dépistage des ITSS. Québec: La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2006.
- (3) Lambert G, Venne S, Minzunza S. Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2010 (et projections 2011). Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2011. Report No.: 42.
- (4) Blouin K, Allard P-R, Parent R, *et al.* Rapport intégré: épidémiologie des infections transmises sexuellement et par le sang au Québec. In: Direction des risques biologiques et de la santé au travail, ed. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2012:-173.
- (5) Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Guide d'intervention sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang à déclaration obligatoire - Édition 2014. In: 978-2-550-68749-8, ed. 2014.
- (6) US Preventive Service Task Force. Screening for chlamydial infection: US Preventive Service Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine* 2007 Jul 17; 147(2):128-34.
- (7) Baril JG, Rouleau D, Côté P, *et al.* La thérapie antirétrovirale pour les adultes infectés par le VIH; Guide pour les professionnels de la santé du Québec, version résumée. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010:7-8.
- (8) Citoyenneté et immigration Canada. Directives sur la façon de remplir les formulaires de rapport médical aux fins de l'immigration canadienne. CIC 2011 November 25.
- (9) Pottie K, Tugwell P, Feighner J, *et al.* Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian medical association journal* 2011 Sep 6; 183(12).
- (10) Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Rapport d'étape sur le VIH et les populations distinctes : personnes provenant de pays où le VIH est endémique- population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada. Agence de santé publique du Canada, 2012.
- (11) Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2006-2015. 2012.
- (12) Organisation mondiale de la Santé. Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections.: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, syphilis and *Trichomonas vaginalis*. Methods and results used by WHO to generate 2005 estimates 2011. 2011.
- (13) Deluise C, Blank S, Brown J, *et al.* Primary and secondary syphilis among men who have sex with men. *New York City* 2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2001; 51(38):853-6.

- (14) Chen J, Kodagoda D, Lawrence AM, Kerndt PR. Rapid Public Health Interventions in response to an outbreak of syphilis in Los Angeles. *Sexually transmitted diseases* 2002; 26(5):131-4.
- (15) Aral SO, Holmes KK. The Epidemiology of STIs and Their Social and Behavioral Determinants. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, *et al.*, eds. *Sexually transmitted diseases*. Quatrième édition ed. États-Unis: McGraw-Hill Companies Inc., 2008:53-92.
- (16) Organisation mondiale de la Santé. HIV estimated prevalence among population aged 15-49 years (%), 2009 map. 2009.
- (17) Organisation mondiale de la Santé. Hepatitis B, countries or areas at risk. OMS 2012 [cited].
- (18) Holmberg S. Infectious Diseases related to travel. In: Centers for disease control and prevention, ed. *Yellow Book*. États-Unis: 2011.
- (19) Organisation mondiale de la Santé. Hepatitis C. OMS 2002.
- (20) Alberti A, Negro F. The global health burden of hepatitis C virus infection. *Official journal of the international association for the study of the liver* 2011; 31(suppl. 2).
- (21) Vivancos R, Abubakar I, Hunter PR. Foreign travel, casual sex, and sexually transmitted infections: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases* 2010; 14:e842-e851.
- (22) Morris M, Goodreau S, Moody J. Sexual networks, concurrency, and STD/HIV. In: Holmes KK, Stamm WE, Piot P, *et al.*, eds. *Sexually Transmitted Diseases, Fourth Edition*. 4 ed. Chine: McGraw-Hill Medical, 2008:109-25.
- (23) Institut de la statistique du Québec. Répartition de la population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires pour l'ensemble du Québec, EQSP 2008. 2008.
- (24) Branson B, Handsfield HH, Lampe M, *et al.* Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recommendation and Report* 2006; 55(RR-14):1-17.
- (25) Sanders S, Yarber W, Kaufman E, Crosby R, Graham C, Milhausen RR. Condom use errors and problems: a global view. *Sexual health* 2012; 1:81-95.
- (26) Lambert G, Lacombe E, Frigault L-R, Trembaly C, Tremblay F. Projet «JE PASSE LE TEST» enquête sur la santé sexuelle et offre de dépistage de la chlamydie sur prélèvement urinaire aux étudiantes et étudiants fréquentant les cégeps de Montréal, Extrait du rapport final. Montréal; 2011.
- (27) Lambert G, Haley N, Jean S, *et al.* Sexe, drogue et autres questions de santé : Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec. Québec: Agence de santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique; Institut national de santé publique du Québec, 2012:-13.
- (28) Carré H, Lindström L, Boman J, Janlert U, Lundqvist L, Nylander E. Asking about condom use: a key to individualized care when screening for Chlamydia. *International journal of STD & AIDS* 2011; 22:436-41.

- (29) Agence de santé publique du Canada. Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada: 2009. 2012.
- (30) Carlin R, Lejeune P. Notifiable Disease (MADO) Report for 1990 to 2006 for the Cree Territory of James Bay (Eeyou Istchee). Montréal: Direction de santé publique des Terres Cries de la Baie-James, 2007:-17.
- (31) Haley N, Roy E, Leclerc P, *et al.* Risk behaviours and prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* genital infections among Montreal street youth. *International Journal of STD and AIDS* 2002; 13:238-45.
- (32) Poulin C, Alary M, Bernier F, *et al.* Prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* among at-risk women, young sex workers, and street youth attending community organizations in Quebec City, Canada. *Sexually transmitted diseases* 2001; 28(8):437-43.
- (33) Lambert G. Étude des facteurs de risque et de la présence de la chlamydie et de la gonococcie parmi les personnes consultant dans des milieux cliniques à Montréal. Colloque provincial en Maladies Infectieuses, 2004.
- (34) Lambert G, Cox J, Miangotor Y, *et al.* ARGUS 2008-2009 : Faits saillants de l'enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes. ARGUS 2008. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique; Institut national de santé publique; Agence de santé publique du Canada; 2011.
- (35) Machouf N, Thomas R, O'Brien R, *et al.* Risk factors for STIs among MSM attending a sexually transmitted disease clinic in Montreal, Canada ISSTD-Epidemiology poster session 2: P1-S2.52. *Sexually transmitted infections*, 2011; 87(suppl. 1):A-144.
- (36) Hosenfield CB, Workowski KA, Berman S, *et al.* Repeat infection with Chlamydia and gonorrhea among females: a systematic review of the literature. *Sexually transmitted diseases* 2009; 36(8):478-89.
- (37) Fung M, Scott KC, Kent CK, Klausner JD. Chlamydial and gonococcal reinfection among men: a systematic review of data to evaluate the need for retesting. *Sexually transmitted infections* 2007; 83(4):304-9.
- (38) Kissinger PJ, Reilly K, Taylor SN, Leichliter JS, Rosenthal S, Martin DH. Early repeat *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections among heterosexual men. *Sexually transmitted diseases* 2009; 36(8):498-500.
- (39) Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2008. Agence de la santé publique du Canada; 2008.
- (40) Meyers D, Wolff T, Gregory K, *et al.* Recommendations for STI Screening. États-Unis: US Preventive Service Task Force, 2008.
- (41) Satherwithe CL, Gottlieb SL, Romaguera R, Bolan G, Schuler C, Popovic T. CDC Grand Rounds: Chlamydia Prevention: Challenges and Strategies for Reducing Disease Burden and Sequelae. *MMWR Recommendation and Report* 2011 Apr 1; 60(12).
- (42) Maloney SK, Johnson C. Why screen for Chlamydia? An implementation guide for healthcare providers Partnership for Prevention. Washington DC: Partnership for prevention.

- (43) Delaveyne R, Préaubert N, Pagès F, Fanelli G, Lefèvre M. Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia Trachomatis* en France (tome 2). Agence nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 2003.
- (44) British association for sexual health and HIV. 2006 UK National Guideline for the Management of Genital Tract Infection with *Chlamydia trachomatis*. British association for sexual health and HIV, 2006.
- (45) Agence de la santé publique du Canada. Rapport de surveillance canadien des infections transmissibles sexuellement 2004. In: Agence de santé publique du Canada, ed. Ottawa: 2004:-76.
- (46) Davies HD, Wang EE. Periodic health examination, 1996 update: 2. Screening for chlamydial infections. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. CMAJ : Canadian Medical Association journal, 1996; 154(11):1631-44.
- (47) Infocentre de santé publique du Québec. État de santé physique. Maladies infectieuses. Taux de grossesses ectopiques : requête paramétrable. Infocentre de santé publique du Québec 2009 December 22.
- (48) Gift TL, Gaydos CA, Kent CK, *et al.* The program cost and cost-effectiveness of screening men for chlamydia to prevent pelvic inflammatory disease in women. Sexually transmitted diseases 2008; 35(11):S66-S75.
- (49) Turner K, Adams E, Grant A, *et al.* Costs and cost effectiveness of different strategies for chlamydia screening and partner notification: an economic and mathematic modeling study. BMJ 2010; 341(c7250).
- (50) Davis VJ. Directive clinique sur l'interruption volontaire de grossesse. In: Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, ed. 184 ed. Canada: 2006.
- (51) Collèges des médecins du Québec. L'interruption volontaire de grossesse, Lignes directrices du Collège des médecins du Québec. 2012:-8.
- (52) Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS; Infection à *Chlamydia trachomatis* et Infection à *Neisseria Gonorrhoea*. Québec: 2012.
- (53) Allard P-R, Parent R. Rapport-final- Intervention de vigie sanitaire : Surveillance intensifiée de l'infection gonococcique au Québec-1^{er} juin 2005 au 31 mai 2006. Québec: Institut national de santé publique du Québec; Ministère de la santé et des services sociaux, 2006:-15.
- (54) Pritshwish DE, Singh AE, Wong T, aida A. Predictors of gonorrhea reinfection in a cohort of Sexually Transmitted Disease Patients in Alberta, Canada, 1991-2003. Sexually transmitted diseases 2007; 34(1):30-6.
- (55) Haute autorité de santé. Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et propositions, Haute Autorité de Santé, Décembre 2010. France: Haute autorité de santé; 2010.
- (56) British association for sexual health and HIV. Guidance for gonorrhea testing in England and Wales . United Kingdom: Health protection Agency; 2010.
- (57) Clinical effectiveness group, BASHH. National guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in Adults. United Kingdom: British association for sexual health and HIV, 2005.

- (58) Jungmann E, Ison C, Martin M, Fenton KA. Gonorrhoea in young heterosexuals attending urban STD clinics in Britain: a cross-sectional survey. *International Journal of STD and AIDS* 2004; 15:243-8.
- (59) Rousseau L, Lambert D. Données de la région des Laurentides sur le nombre de partenaires sexuels déclarés chez les cas d'infections gonococciques. Données non publiées, 2011.
- (60) Laboratoire de santé publique du Québec. Registre MADO, Maladies à déclaration obligatoire, extraction en date du 15 juin 2011. 2011.
- (61) Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de la protection de la santé publique. Énoncé provisoire sur le diagnostic et le traitement de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) au Québec. Québec: 2005.
- (62) Gravel G, Venne S. Enquête et vigie rehaussée syphilis chez les jeunes, Québec. In: Ministère de la Santé et des Services sociaux, ed. 2012.
- (63) Gravel G, Venne S. Rapport de vigie intensifiée : Syphilis infectieuse chez les femmes, province de Québec, 1^{er} janvier 2010-31 décembre 2011. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2012.
- (64) Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2008, section syphilis mise à jour 2010. Agence de la santé publique du Canada; 2010.
- (65) Centers for disease control and prevention. Sexually transmitted treatment guidelines, 2010. 59 ed. 2012.
- (66) French P, Gomberg M, Janier M, Schmith B, van Voost Vader P, Young H. IUSTI: 2008 European Guidelines on the Management of Syphilis. *International Journal of STD and AIDS* 2009; 20:300-9.
- (67) Haute autorité de santé. Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France. In: Direction générale de la santé, ed. France: 2007:-284.
- (68) Kingston M, French P, Goh B, *et al.* UK National Guidelines on the Management of Syphilis 2008. *International Journal of STD and AIDS* 2008; 19:729-40.
- (69) Citoyenneté et Immigration Canada. Examens médicaux. CIC 2010.
- (70) Office québécois de la langue française. Prévalence. OQLF 2007.
- (71) Bitera R, Fauvel M, Alary M, Parent R, Sylvain D, Hastie M. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec; cas cumulatif 2002-2010. Québec: Laboratoire de santé publique du Québec; Direction des risques biologiques et de la santé au travail; Unité de recherche en santé des populations du Centre affilié universitaire de Québec, 2011.
- (72) Lavoie E, Alary M, Remis RS, *et al.* Determinants of HIV seroconversion among men who have sex with men living in a low HIV incidence population in the era of highly active antiretroviral therapies. *Sexually transmitted disease* 2008 Jan; 35(1):25-9.
- (73) Adrien A, Bien Aimé M, Fournier F, Tannenbaum T. Les Montréalais d'origine haïtienne et le contrôle de la tuberculose et de l'infection au VIH. Québec: Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; 2001.

- (74) Gabriel J, Adrien A, Tremblay C, Leclerc P. Les infections transmises sexuellement et par le sang chez les Québécois d'origine haïtienne : surveillance biologique et comportementale – 2^e édition. Québec: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2010:-67.
- (75) Parent R, Alary M, Morissette C, *et al.* Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2009 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2009. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2011:-87.
- (76) Poulin C, Alary M, Lambert G, *et al.* Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons. *CMAJ : Canadian Medical Association journal*, 2007; 177(3):252-6.
- (77) Roy E, Haley N, Leclerc P, Lemire N, Frappier J-Y, Claessens C. Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth. *International Journal of STD and AIDS* 2000; 11:241-7.
- (78) Lambert G, Cox J, Trottier G., *et al.* ARGUS 2005 : Sommaire de l'enquête sur l'infection au VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, Agence canadienne de santé publique, 2006.
- (79) Poljak M, Smith E. 2008 European Guideline on HIV testing. In: IUSTI / WHO European STD guidelines Editorial Board, ed. International union against STI, 2008.
- (80) Haute autorité de santé. Recommandations en santé publique. Dépistage de l'infection par le VIH en France, Modalités de réalisation des tests de dépistage. 2008.
- (81) British HIV Association, British association for sexual health and HIV, British infection society. UK National Guidelines for HIV testing 2008. 2008.
- (82) Ministerial Advisory Committee on AIDS SHaH, HIV/AIDS and Sexually Transmissible Infections Subcommittee (HASTI), Intergovernmental Committee on AIDS HaRD. National HIV testing Policy 2006. Australie: 2006.
- (83) Yang Q, Boulos D, Yan P, *et al.* Estimates of the number of prevalent and incident human immunodeficiency virus (HIV) infections in Canada, 2008. *Can J Public Health* 2010 Nov; 101(6):486-90.
- (84) Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, Bilir SP, *et al.* Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine* 2005 Feb 10; 352:570-85.
- (85) Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, Seage III GR, *et al.* Expanded screening for HIV in the United States-- An analysis of cost-effectiveness. *New England Journal of Medicine* 2005 Feb 10; 352:586-95.
- (86) Sous-comité Optimiser le dépistage du VIH, Comité sur les ITSS. Avis Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH au Québec. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2011:-170.
- (87) Lines R. Lutte au VIH dans nos prisons : trop peu, trop tard. Rapport d'étape. Réseau juridique canadien VIH-sida; 2002.

- (88) Valiquette G, Perreault M, Lahaie C. Perspective des personnes utilisatrices de drogues par injection sur l'adéquation des services de santé. Compte-rendu des focus groups auprès d'utilisateurs drogues injectables (UDI). Québec: Agence de santé et de services sociaux de Montréal; 2007.
- (89) Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH. Guide pour la prophylaxie postexposition des liquides biologiques dans le contexte du travail. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011:-57.
- (90) Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH. Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010.
- (91) Comité en immunisation du Québec. Vaccination contre l'hépatite B. In: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, ed. Protocole en immunisation du Québec. 2010:285-98.
- (92) Lok AS, McMahon BJ. Chronic hepatitis B. *Hepatology* 2007; 42(2):507-39.
- (93) Lavanchy D. Hepatitis B virus epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. *Journal of viral hepatitis* 2004; 11(2):97-107.
- (94) Santé Canada. L'hépatite virale et des nouveaux agents pathogènes transmissibles par le sang au Canada. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2001; 27S3.
- (95) Agence de la santé publique du Canada. Rapport sommaire : infection par le virus de l'hépatite B au Canada; Mise à jour épidémiologique. 2011.
- (96) Gîlca V, Duval B, Boulianne N, Dion R, De Serres G. Impact of the quebec school-based hepatitis B immunization program and potential benefit of the addition of an infant immunization program. *Pediatric infectious disease journal* 2006; 25(4):372-4.
- (97) Bruneau J, Zang G, ak-Nachawait H. Infection par le VIH et le VHC chez les personnes qui font usage de drogues par injection au Québec : résultats de la cohorte Saint Luc. Montréal: Sommet épidémiologique, Institut de santé publique du Québec, 2008.
- (98) Kowdley KV. The cost of managing chronic hepatitis B infection: a global perspective. *Journal of clinical gastroenterology* 2004; 38(10; Supplément 3):S132-S133.
- (99) Statistics Canada. CANSIM Table 051-0006. Immigrants to Canada, by Country of Last Permanent Residence, Quarterly (persons). Ottawa, Ontario; 2009.
- (100) Thio CL, Seaberg EC, Skolasky RJ, *et al.* HIV-1, hepatitis B virus, and risk of liver-related mortality in the Multicenter Cohort Study (MACS). *Lancet* 2002; 360(9349):1921-6.
- (101) Loomba R, Rowley A, Wesley R, *et al.* Systematic review: the effect of preventive lamiduvine on hepatitis B reactivation during chemotherapy. *Annals of Internal Medicine* 2008; 148(7):519-28.
- (102) Papamichalis P, Alexiou A, Boulbou M, Dalekos GN, Rigopoulou EI. Reactivation of resolved hepatitis B virus infection after immunosuppression: is it time to adopt pre-emptive therapy? *Clin Res Hepatology Gastroenterology* 2012; 36(1):84-93.

- (103) Zurawska U, Hicks LK, Woo G, *et al.* Hepatitis B Virus Screening Before Chemotherapy for Lymphoma: A Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Clinical Oncology* 2012; 30(26):3167-73.
- (104) Société canadienne de néphrologie. Recommandations du comité ad hoc Prévention des infections transmissibles par le sang chez les patients en hémodialyse. 2005.
- (105) Centers for disease control and prevention. Recommendations for Identification and Public Health Management of Persons with Chronic Hepatitis B Virus Infection. *MMWR* 2008; 57(RR-8).
- (106) Brook G, Soriano V, Bergin C. European guideline for the management of hepatitis B and C virus infection, 2010. *International journal of STD & AIDS* 2010; 21:669-78.
- (107) Clinical effectiveness group, British association for sexual health and HIV. United Kingdom national guideline on the management of viral hepatitis A, B & C 2008. In: British association for sexual health and HIV, ed. United Kingdom: 2008:-27.
- (108) Statistics Canada. Immigrants to Canada, by Country of Last Permanent Residence, Quarterly (persons); CANSIM Table 051-0006. In: Statistique Canada, ed. Ottawa, Ontario: 2009.
- (109) Wong WW., Woo G, Healthcote EJ, Krahn M. Cost effectiveness of screening immigrants for hepatitis B. *Liver Int* 2011; 8:1179-90.
- (110) Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, Office of AIDS Research Advisory Council. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1 infected adults and adolescents. États-Unis: Department of Health and Human Services, 2012.
- (111) Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH. La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par le virus de l'immunodéficience humaine et le virus de l'hépatite B; Guide à l'intention des professionnels de la santé. Québec: La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010:-77.
- (112) Chu CL, Lee SD. Hepatitis B virus/hepatitis C virus coinfection: epidemiology, clinical features, viral interactions and treatment. *Journal of Gastroenterology Hepatology* 2008; 4:512-20.
- (113) Manzano-Alonso ML, Castellano-Torajada G. Reactivation of hepatitis B virus infection after cytotoxic chemotherapy or immunosuppressive therapy. *World Journal of Gastroenterology* 2011; 17(12):1531-7.
- (114) Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. L'examen médical périodique de l'adulte vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)- Guide pour les professionnels de la santé du Québec. 2014.
- (115) Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Guide d'intervention sur l'hépatite B, janvier 2014, 2^e édition. 2014.
- (116) Agence de la santé publique du Canada. Cas déclarés et taux d'Hépatite C au Canada selon le groupe d'âge et le sexe, 2008. In: Agence de santé publique du Canada, ed. 2011.

- (117) Allard P-R, Parent R. Facteurs de risque pour l'hépatite C : analyse des enquêtes épidémiologiques faites lors de la déclaration des cas d'infection par le VHC au Québec - Avril 2002 à mars 2004. In: Institut national de santé publique du Québec, ed. Québec: 2008:-73.
- (118) Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, *et al.* Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet* 2011; 378(9791):571-83.
- (119) Roy E, Haley N, Godin G, *et al.* L'hépatite C et les facteurs psychosociaux du passage à l'injection chez les jeunes de la rue. Rapport final. 2012.
- (120) Tohme RA, Holmberg SD. Is sexual contact a major mode of hepatitis C virus transmission. *Hepatology* 2010; 52(4):1497-505.
- (121) Vandelli C, Renzo F, Romano L, *et al.* Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples: results of a 10-year prospective follow-up study. *Am J Gastroenterol* 2004; 99(5):855-9.
- (122) Terrault NA, Dodge JL, Murphy EL, *et al.* Sexual transmission of HCV among monogamous heterosexual couples: The HCV partners study. *Hepatology* 2012.
- (123) van de Laar TJW, van der Bij AK, Prins M, *et al.* Increase in HCV Incidence among Men Who Have Sex with Men in Amsterdam Most Likely Caused by Sexual Transmission. *The journal of infectious diseases* 2007; 196:230-8.
- (124) Giraudon I, Ruf M, Maguire H., *et al.* Increase in diagnosed newly acquired hepatitis C in HIV-positive men who have sex with men across London and Brighton, 2002-2006: is this an outbreak? *Sex Transm Infect* 2008; 84:111-6.
- (125) Fierer DS, Factor SH., Uriel AJ., *et al.* Sexual transmission of hepatitis C virus among HIV-infected men who have sex with men-New York City, 2005-2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2011; 60(28):945-50.
- (126) Matthews GV, Hellard M., Kaldor J, *et al.* Further evidence of HCV sexual transmission among HIV-positive men who have sex with men: response to Danta *et al.* *AIDS* 2007 Oct 1; 21(15):2112-3.
- (127) Myers T, Allman D, Xu K., *et al.* The prevalence and correlates of hepatitis C virus (HCV)infection and HCV-HIV co-infection in a community sample of gay and bisexual men. *International journal of infectious disease* 2009; 13:730-9.
- (128) Alary M, Joly JR, Vincelette J, Lavoie R, Turmel B, Remis RS. Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C virus in a prospective cohort study of men who have sex with men. *American journal of public health* 2005; 95(3):502-5.
- (129) Yaphe S, Kyle R, Shivkumar S, Pant Pai N, Klein M. Incidence of acute hepatitis C virus infection in men who have se with men: A systematic review. *Sex Transm Infect* 2012; à paraître.
- (130) Hwang L-U, Kramer JB, Troisi C, *et al.* Relationship of cosmetic procedures and drug use to hepatitis C and B virus infections in a low-risk population. *Hepatology* 2006; 44:341-51.
- (131) Jafari S, Copes RBS, Etminan E, Buxton J. Tattooing and the risk of transmission of hepatitis C: a systematic review and meta-analysis. *International journal of infectious disease* 2010; 14:e928-e940.

- (132) Tohme RA, Holmberg SD. Transmission of hepatitis C virus infection through tattooing and piercing: a critical review. *Clinical infectious diseases* 2012; 54(8):1167-78.
- (133) Zanetti A, Tanzi E, Romano L, *et al.* A prospective study on mother-to-infant transmission of hepatitis C virus. *Intervirology* 1998; 41:209-12.
- (134) Granovsky MO, Minkoff HL, Tess HL, *et al.* Hepatitis C virus infection in the mothers and infants cohort study. *Pediatrics* 1998; 108:355-9.
- (135) Ohto H, Terazawa S, Sasaki N, *et al.* Transmission of hepatitis C virus from mothers to infants. The vertical transmission of hepatitis C virus collaborative study group. *New England Journal of Medicine* 1994; 330:744-50.
- (136) Mariné-Barjoan E, Berrébi A, Giordanengo V, *et al.* HCV/HIV co-infection, HCV viral load and mode of delivery: risk factors for mother-to-child transmission of hepatitis C virus? *AIDS* 2007; 21(13):1811-5.
- (137) Greenaway C, Wong D, Assayag D, *et al.* Screening for hepatitis C infection: evidence review for arriving immigrants and refugees. *Canadian medical association journal* 2010.
- (138) Pinette G, Cox J, Heathcote J, Moore L, Adamowski K, Riehl G. Soins primaires de l'hépatite C chronique; Guide de référence professionnel 2009. Canada: Collège des médecins de famille du Canada; Agence de santé publique du Canada, 2009.
- (139) Association des infirmières et infirmiers du Canada. Fiche d'information L'Hépatite C. 2003.
- (140) Centers for disease control and prevention. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV related chronic disease. *MMWR recomm Rep* 1998; 47:1-39.
- (141) Ganhy, *et al.* Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: An update. In: *ASSLD Practice guidelines*, ed. 2009.
- (142) Haute autorité de santé. Recommandations en santé publique : Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. In: Haute autorité de santé, ed. France: 2011.
- (143) Rein DB, Smith BD, Wittenborn JS, *et al.* The cost-effectiveness of birth-cohort screening for hepatitis C antibody in U.S. primary care settings. *Annals of Internal Medicine* 2012; 156(4):263-70.
- (144) Remis RS. Modélisation de l'incidence et de la prévalence de l'hépatite C et de ses séquelles au Canada, 2007. Canada: Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, Agence de la santé publique du Canada, 2007:-53.
- (145) Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH. La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par les virus de l'immunodéficience humaine et de l'hépatite C. Guide pour les professionnels de la santé du Québec. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2006:-11.
- (146) Rockstroh J. Acute hepatitis C in HIV-infected individuals-Recommendations from the NEAT consensus conference. *AIDS* 2011; 25(4):399-409.

- (147) New York State Department of Health. Hepatitis C virus. New York (NY): New York State Department of Health, 2010:-36.
- (148) Coffin PO, Golden M, Sullivan SD. Cost-effectiveness and Population Outcomes of General Population Screening for Hepatitis C. *Clinical infectious diseases* 2012; 54(9):1259-71.
- (149) Smith BD, Morgan RL, Beckett GA. Recommendations for the identification of chronic Hepatitis C virus infection among persons born during 1945-1965. *MMWR* 2012 Aug 17; 61:1-18.
- (150) Wong T. CDC recommendation for hep c screening of baby boomers. 2013.
- (151) Watanabe T, Tanaka Y. Reactivation of hepatitis viruses following immunomodulating systemic chemotherapy. *Hepatology Res* 2012 Oct 30.
- (152) Hsieh CY, Huang HH, Lin CY, *et al.* Rituximab-induced hepatitis C virus reactivation after spontaneous remission in diffuse large B-cell lymphoma. *J Clin Oncol* 2008 May 20; 26(15):2584-6.
- (153) Ennishi D, Maeda Y, Niitsu N, *et al.* Hepatic toxicity and prognosis in hepatitis C virus-infected patients with diffuse large B-cell lymphoma treated with rituximab-containing chemotherapy regimens: a Japanese multicenter analysis. *Blood* 2010 Dec 9; 116(24):5119-25.
- (154) Vento S, Cainelli F, Mirandola F, *et al.* Fulminant hepatitis on withdrawal of chemotherapy in carriers of hepatitis C virus. *Lancet* 1996 Jan 13; 347(8994):92-3.
- (155) Kanamori H, Fukawa H, Maruta A, *et al.* Case report: fulminant hepatitis C viral infection after allogeneic bone marrow transplantation. *Am J Med Sci* 1992 Feb; 303(2):109-11.
- (156) Peffault de LR, Levy V, Asselah T, *et al.* Long-term outcome of hepatitis C infection after bone marrow transplantation. *Blood* 2004 Mar 1; 103(5):1618-24.
- (157) Calonge N, members of US Preventive Service Task Force. Screening for Gonorrhea: Recommendation Statement. États-Unis: U.S. Preventive Services Task Force, 2005.
- (158) Low N, McCarthy A, Macleod J, *et al.* Systematic review of economic evaluations of Chlamydia screening, chapitre 8, In *Epidemiological, social, diagnostic and economic evaluation of population screening for genital chlamydial infection*. *Health Technology Assessment* 2007; 11(8):77-87.
- (159) Organisation mondiale de la santé. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015; Breaking the chain of transmission. In: *WORLD HEALTH ORGANIZATION*, ed. 2007.
- (160) Manchouf N, Thomas R, O'Brien R, *et al.* Risk factors for STIs among MSM attending a sexually transmitted disease clinic in Montreal, ISSTD-Epidemiology poster session 2: P1-S2.52. *Canada Sexually transmitted infections*, 2011; 87(Suppl. 1):A-144.
- (161) Vodstrcil KA, Fairley CK, Fehler G, *et al.* Trends in chlamydia and gonorrhea positivity among heterosexual men and men who have sex with men attending a large urban sexual health service in Australia, 2002-2009. *BMC infectious diseases* 2011; 11(158).
- (162) Martel P, Rumeau-Pichon C. Recommandations en santé publique; Evaluation a priori du dépistage de la syphilis en France. In: *Service évaluation médico-économique et santé publique*, ed. France: Haute autorité de santé, 2007.

- (163) Bitera R, Fauvel M, Alary M, Parent R. Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec : mise à jour des données au 30 juin 2010. Institut national de santé publique du Québec; 2010.
- (164) Buxton JA, Yu A, Kim PH, Spinelli JJ, *et al.* HCV co-infection in HIV positive population in British Columbia, Canada. *BMC Public Health* 2010; 10(225):-11.
- (165) Fisher Raymond R, Hughes A, O'Keefe K, Stall RD. Hepatitis C prevalence among HIV-positive MSM in San Francisco: 2004 and 2008. *Sexually transmitted diseases* 2010; 37(12):-2.
- (166) Blanchard JF, Moses S. Female sex worker and their clients in the epidemiology and control of sexually transmitted diseases. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, *et al.*, eds. *Sexually transmitted diseases*. 4 edition ed. Chine: McGraw-Hill Companies Inc., 2008:187-201.
- (167) Alberta health services. E-SYS Enhanced Street youth surveillance; Edmonton Site Results 1999-2010. In: *Communicable diseases control*, Alberta health services, eds. Edmonton AB: 2011.
- (168) Agence de la santé publique du Canada. Infections transmissibles sexuellement chez les jeunes de la rue au Canada; Constatation découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003. In: Agence de santé publique du Canada, ed. 2006.
- (169) Roy E, Lemire N, Boivin JF, Leclerc P, Vincelette J. Hepatitis B virus infection among street youths in Montreal. *Canadian medical association journal* 1999; 161(6):689-93.
- (170) Jalais DC, Semaan S. HIV and other sexually transmitted infections in injection drug users and crack cocaine smokers. In: K.K.Holmes, P.F.Sparling, W.E.Stamm, *et al.*, eds. *Sexually Transmitted Diseases*, Fourth Edition. 4 ed. Chine: McGraw-Hill Medical, 2008:237-55.
- (171) Kouyoumdjian FG, Main C, Calzavara LM, Kiefer L. Prevalence and Predictors of Urethral Chlamydia and Gonorrhea Infection in Male Inmates in an Ontario Correctional Facility. *Revue canadienne de santé publique* 2011; 102(3):220-4.
- (172) Rogers SM, Khan MR, Tan S, Turner CF, Miller WC, Erbedding E. Incarceration, high risk sexual partnerships and sexually transmitted infections in an urban population. *Sexually transmitted infections* 2012; 88:63-8.
- (173) Athaus CL, Heijne JC, Roellin A., Low N. Transmission dynamics of *Chlamydia trachomatis* affect the impact of screening programmes. *Epidemics* 2 2010;123-31.
- (174) Tuxen Faber M, Nielsen A, Nygard M, *et al.* Genital Chlamydia, genital herpes, trichomonas vaginalis and gonorrhoea prevalence, and risk factors among nearly 70 000 randomly selected women in 4 nordic countries. *Sexually transmitted diseases* 2011; 38(8):727-34.
- (175) Datta DS, Sternberg M, Johnson R.E., *et al.* Gonorrhoea and Chlamydia in the United States among persons 14 to 39 Years of Age, 1999 to 2002. *Annals of Internal Medicine* 2007 Jul 17; 147(2):89-96.
- (176) Walker J, Fairley CK, Bradshaw CS, *et al.* The difference in determinants of *Chlamydia trachomatis* and *Mycoplasma genitalium* in a sample of young Australian women. *BMC infectious diseases* 2011; 11(35).

- (177) Van Wagoner NJ, Harbison HS, Drewry J, Turniseed E, Hook E.W.III. Characteristics of women reporting multiple recent sex partners presenting to a sexually transmitted disease clinic for care. *Sexually transmitted diseases* 2011; 38(3):210-5.
- (178) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015; Breaking the chain of transmission. 2007.
- (179) Heijne JC, Herzog SA., Athaus CL, Tao G, Kent CK, Low N. Insights into the timing of repeated testing after treatment for *Chlamydia trachomatis*: data and modeling study. *Sexually transmitted infections* 2012 Jun 8.
- (180) Stekler J, Bachmann L, Brotman RM, Erbeding EJ, *et al.* Concurrent sexually transmitted infections (STIs) in Sex partner of Patients with Selected STIs: Implications for patient-delivered partner therapy. *Clinical infectious diseases* 2005 Mar 15; 40:787-93.
- (181) McNulty A, Freedman E. Patient delivered partner therapy for chlamydial infection - what would be missed. *Sexually transmitted diseases* 2008; 35(9):834-6.
- (182) Miller WC, Ford CA, Morris M, *et al.* Prevalence of chlamydial and gonococcal infection among young adults in the United States. *Journal of American Medical Association (JAMA)* 2004; 291(18):2229-36.
- (183) Golden M, Stenger M, KR, Dombrowski J, Sketler J. P5-S5.06 Population-based partner services for men who have sex with men (MSM with gonorrhea or chlamydial infection: a missed HIV prevention opportunity. *Sexually transmitted infections* 2011; 87(supplément 1):A327.
- (184) Lambert G, Ringuette L, Minzunza S. Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec - Année 2008 (et projections 2009). In: Ministère de la Santé et des Services sociaux, ed. Québec: 2009:-97.
- (185) The Global Burden of Hepatitis C Working Group. Global burden of disease (GBD) for hepatitis C. *J Clin Pharmacol*, 2004; 44(1):20-9.
- (186) Urbanus AT, van Houdt R, van de Laar J, *et al.* Viral hepatitis among men who have sex with men, epidemiology and public health consequences. *Euro surveillance : Bulletin européen sur les maladies transmissibles / European communicable disease bulletin* 2009; 14(47).
- (187) Götz HM, van Doornum G, Niesters HGM, den Hollander JG, Thio HB, de Zwart O. A cluster of acute hepatitis C virus infection among men who have sex with men - results from contact tracing and public health implications. *AIDS* 2005; 19:969-74.
- (188) Morrison CS, Cates WJr. Contraception, contraceptive technology, and STDs. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, *et al.*, eds. *Sexually Transmitted Diseases*, Fourth Edition. 4 ed. Chine: McGraw-Hill Medical, 2012:1493-510.
- (189) Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Programme d'intervention sur le VIH et la grossesse. Québec: Gouvernement du Québec, 2012.
- (190) Collège des médecins du Québec. Examen médical périodique de l'adulte. 2011.
- (191) Fleury E, Laberge C, Béliveau C, Labbé A-C, Thiboutot C, Steben M. Guide québécois de dépistage, Supplément, Dépistage du VIH dans les points de services à l'aide des trousse de dépistage rapide. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2010.

Annexe 1

**La recherche des facteurs de risque et
l'évaluation du niveau de risque pour la personne**

7 La recherche des facteurs de risque et l'évaluation du niveau de risque pour la personne

La présence et le type de facteurs de risque présents permettent au professionnel de déterminer quelles analyses à des fins de dépistage il convient de demander. Dans l'évaluation du niveau de risque d'une ITSS, il faut aussi tenir compte des données épidémiologiques, qui peuvent changer.

Les objectifs de la recherche de facteurs de risque sont donc de :

- vérifier l'indication d'un dépistage ;
- déterminer quelles ITSS seront recherchées ;
- orienter le counseling selon les besoins de la personne.

La liste des facteurs de risque associés aux ITSS en général et à une ITSS en particulier aide à déterminer les personnes pour lesquelles une évaluation plus approfondie est nécessaire et à orienter adéquatement l'intervention.

7.1 Les facteurs de risque non spécifiques associés aux ITSS

- **Caractéristiques sociodémographiques**
 - Âge : moins de 25 ans.
 - Personne ayant émigré d'une région où la prévalence de certaines ITSS est élevée.
 - Itinérance - jeune de la rue.
 - Minorité ethnique défavorisée.
 - Milieu carcéral.
- **Habitudes de vie**
 - Utilisation de drogues et consommation d'alcool affectant le jugement et le contrôle sur le comportement, spécialement au moment de relations sexuelles.
 - Usage de drogues par injection : les UDI courent un grand risque de contracter le VIH, le VHB, le VHC et d'autres ITS.
- **Comportement sexuel**
 - Relations sexuelles avec un nouveau partenaire.
 - Antécédents d'ITSS.
 - Contacts sexuels avec un ou des partenaires souffrant d'une ITSS.
 - Partenaires multiples, soit plus de deux au cours des deux derniers mois ou plus de cinq au cours de la dernière année¹⁵.
 - Absence d'utilisation régulière du condom (ou d'autres méthodes barrières) pour des relations sexuelles vaginales, orales ou anales.

15. Dans la littérature scientifique, il n'y a pas consensus concernant le nombre de partenaires pouvant indiquer un risque accru d'ITSS. La définition proposée dans ce guide est celle qui a été retenue par le Comité consultatif sur les ITS, dans le cadre de l'intervention en santé publique (cité dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire - Protocole d'intervention*, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2004, p. 27). Ce sont là des balises, mais le jugement clinique de l'intervenant demeure essentiel pour l'évaluation de ce point.

- ◇ Absence d'utilisation de moyens contraceptifs ou contraception par des méthodes autres que les méthodes barrières.
- Travailleur ou travailleuse du sexe, y compris une personne qui se prostitue pour survivre (faveurs sexuelles en échange d'argent, de drogues, d'un abri ou de nourriture) et ses clients.
- Relations sexuelles dans des régions où la prévalence de certaines ITSS est élevée ou partenaires sexuels ayant eu des relations sexuelles dans des régions où la prévalence de certaines ITSS est élevée.
- Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).
- Relations sexuelles avec des partenaires anonymes (en particulier, personnes rencontrées par Internet, dans les saunas, *party rave*).
- Un ou des partenaires sexuels présentant l'un ou l'autre des facteurs de risque indiqués ci-dessus.

Les personnes qui cumulent des facteurs de risque liés aux caractéristiques sociodémographiques, aux habitudes de vie ou au comportement sexuel (p. ex. personne de moins de 25 ans ayant eu plus de deux partenaires sexuels au cours de la dernière année) présentent un risque accru de contracter une ITSS.

7.1.1 Les noyaux de transmetteurs

Les noyaux de transmetteurs représentent moins de 2 % des personnes à risque, mais sont responsables directement ou indirectement de la plupart des cas¹⁶. Ces personnes, qui changent très souvent de partenaires, présentent une incidence et une prévalence élevées d'ITSS et agissent comme réservoir de l'infection. Elles sont souvent très difficiles à atteindre directement. Des circonstances comme la résurgence récente de la syphilis infectieuse représentent une occasion d'intervention directe auprès de ce type de clientèle.

7.1.2 Les victimes d'agression sexuelle

Bien que les victimes d'agression sexuelle risquent d'avoir contracté une ITSS, l'évaluation de leur état nécessite le plus souvent une expertise particulière, tant pour les aspects psychosociaux que pour les aspects médico-légaux de l'intervention. Ces personnes requièrent des soins qui dépassent le cadre des activités découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ; elles devraient donc être orientées vers le centre désigné pour l'intervention médico-sociale auprès des victimes d'agression sexuelle de leur région¹⁷.

-
16. 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, Santé Canada, 1998, p. 251.
 17. On trouvera les coordonnées du centre désigné et des organismes d'aide de chaque région auprès de l'agence de la santé et des services sociaux ou dans le *Guide d'intervention médico-sociale - pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle*, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2001, révision avril 2004, étape 6, annexe I :
<<http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html>>

7.2 Les facteurs de risque spécifiques selon l'ITSS¹⁸

Une façon complémentaire d'évaluer le risque consiste à rechercher les facteurs de risque particuliers à chacune des infections. Il faut noter que les caractéristiques sociodémographiques (âge, statut socioéconomique, sexe) ne constituent pas, en elles-mêmes, des indications de dépistage des infections concernées. Elles renseignent le professionnel sur les groupes les plus touchés et l'invitent à rechercher les autres facteurs de risque. Certains facteurs de risque sont communs à plus d'une ITSS.

- Infection à *Chlamydia trachomatis*

- Âge (particulièrement chez les femmes) : moins de 25 ans.
- Plus d'un partenaire sexuel pendant la dernière année.
- Antécédents d'ITSS.
- Autres facteurs dont la contribution est moins évidente : célibataire, race noire, début précoce des activités sexuelles, utilisation inconstante des méthodes contraceptives barrières, consommation d'alcool ou de drogue.

L'infection à *Chlamydia trachomatis* ne serait pas concentrée dans des noyaux de transmetteurs comme c'est fréquemment le cas pour l'infection gonococcique. Elle touche un groupe diversifié de personnes, sans égard à leurs conditions socioéconomiques et cela, même si le nombre de leurs partenaires sexuels est limité.

- Infection gonococcique

- Âge : de 15 à 24 ans.
- Sexe masculin.
- Statut socioéconomique faible.
- Jeune de la rue.
- Personne ayant eu des relations sexuelles non protégées avec un partenaire originaire d'une région où la prévalence de l'infection est élevée.
- Travailleur ou travailleuse du sexe ainsi que ses clients.
- Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).
- Personne faisant partie des noyaux de transmetteurs.

- Syphilis

- Personne originaire d'une région où la prévalence de l'infection est élevée.
- Personne ayant voyagé dans une région où la prévalence de l'infection est élevée ou ayant des partenaires sexuels provenant d'une telle région.
- Travailleur ou travailleuse du sexe ainsi que ses clients.
- HARSAH, particulièrement avec des partenaires anonymes.
- HARSAH ayant fréquenté des lieux de sexe sur place (p. ex. saunas), particulièrement dans les grands centres urbains.
- Personne ayant de multiples partenaires sexuels anonymes ou inconnus, et plus particulièrement au sein de noyaux de transmetteurs.

18. Sylvie VENNE et Édith AKOM, *Counseling ITSS*, document de travail, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.

- Hépatite B

- Âge : plus de 35 ans.
- Utilisation de drogues par injection (partage de la drogue, du matériel de préparation ou d'injection).
- Personne ayant voyagé dans une région où la prévalence de l'infection est élevée ou ayant des partenaires sexuels provenant d'une telle région.
- Personne ayant de multiples partenaires sexuels.
- Jeune de la rue.
- Travailleur ou travailleuse du sexe ainsi que ses clients.
- HARSAH.
- Exposition percutanée (tatouage, perçage, électrolyse ou acupuncture dans des conditions non stériles).
- Transfusion de sang ou de produits sanguins dans un pays où les procédures d'assurance de la qualité sont déficientes ou inconnues.
- Aussi : personne exposée à du sang¹⁹, détenu ou déficient intellectuel vivant en établissement, personne vivant sous le même toit qu'un porteur du VHB ou qu'une personne ayant une infection aiguë, nourrisson de mère HBsAg positive.

- Hépatite C

- Utilisation de drogues par injection (partage de la drogue, du matériel de préparation ou d'injection), même si cela ne s'est produit qu'une seule fois.
- Utilisation de drogues par voie intranasale.
- Exposition percutanée (tatouage, perçage, électrolyse ou acupuncture dans des conditions non stériles).
- Transfusion de sang ou de produits sanguins dans un pays où les procédures d'assurance de la qualité sont déficientes ou inconnues.

Bien que l'hépatite C soit principalement transmise par le sang ou les produits sanguins, des cas de transmission ont été signalés chez des HARSAH qui n'étaient pas des utilisateurs de drogues par injection, en association avec des pratiques sexuelles à risque plus élevé tel le *fisting*²⁰ ou en association avec la lymphogranulomatose vénérienne, l'infection par le VIH ou d'autres ITS.

- VIH/sida

- Utilisation de drogues par injection (partage de la drogue, du matériel de préparation ou d'injection).
- Personne ayant des antécédents d'hépatite B, d'hépatite C ou d'autres ITSS.
- Personnes ayant voyagé dans des régions où la prévalence de l'infection est élevée (exposition sexuelle non protégée, exposition percutanée ou autre) ou ayant des partenaires sexuels provenant de régions où la prévalence de l'infection par le VIH est élevée.
- Personne ayant des relations anales non protégées, réceptives en particulier.
- Personne ayant de multiples partenaires sexuels.

19. Pour des précisions sur la notion d'exposition significative, se référer à : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide pour la prophylaxie post-exposition (PPE) aux personnes exposées à des liquides biologiques dans le contexte du travail*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006.

20. Pratique sexuelle consistant à insérer tous les doigts, le poing ou l'avant-bras dans l'anus.

- Travailleur ou travailleuse du sexe ainsi que ses clients.
- HARSAH.
- Utilisation irrégulière ou erronée des méthodes de protection barrières en latex.
- Présence d'inflammation aux organes génitaux (p. ex.: maladies ulcératives génitales).
- Exposition percutanée (tatouage, perçage, électrolyse ou acupuncture dans des conditions non stériles).
- Transfusion de sang ou de produits sanguins dans un pays où les procédures d'assurance de la qualité sont déficientes ou inconnues.

Tableau 1 - ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés (à titre indicatif)

FACTEURS DE RISQUE	ITSS À RECHERCHER					
	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Infection gonococcique	Syphilis	Infection par le VIH	Hépatite B ¹	Hépatite C
<i>La personne qui a eu des relations sexuelles non protégées avec une personne appartenant à l'un ou l'autre des groupes 2 à 7 ou au groupe 11 devrait se soumettre aux mêmes analyses que si elle faisait partie de ce groupe. Cela ne s'applique généralement pas pour l'hépatite C, dont la transmission sexuelle est faible.</i>						
Critères sociodémographiques et facteurs liés aux comportements sexuels						
1. Personne de moins de 25 ans sexuellement active sans autre facteur de risque	✓					
2. Personne ayant eu plus de deux partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ou plus de cinq partenaires au cours de la dernière année ou un partenaire anonyme au cours de la dernière année	✓	✓	✓	✓	✓	
3. Personne ayant eu une relation sexuelle avec un partenaire originaire d'une région où les ITS ou le VIH sont endémiques	✓	✓	✓	✓	✓	
4. Personne originaire d'une région où le VIH est endémique				✓	✓	
5. Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	✓	✓	✓	✓	✓	
6. Travailleur ou travailleuse du sexe	✓	✓	✓	✓	✓	
7. Jeune de la rue	✓	✓	✓	✓	✓	
Antécédents médicaux						
8. ITSS antérieure						
a. Personne ayant contracté une infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> , répéter le dépistage six mois plus tard	✓					
b. Personne ayant contracté une infection gonococcique, répéter le dépistage six mois plus tard	✓	✓				
c. Personne ayant contracté une infection gonococcique, une syphilis, une infection par le VIH, une hépatite B ou une hépatite C ² au cours de la dernière année ³	✓	✓	✓	✓	✓	✓ ⁴
Grossesse⁵						
9. Femme demandant une interruption de grossesse	✓	✓				
10. Femme enceinte	✓	✓	✓	✓	✓	
a. Bilan prénatal de base chez toutes les femmes enceintes	✓	✓	✓	✓	✓	
b. Répéter le dépistage ⁶ si on note une nouvelle exposition ou la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque	✓	✓	✓	✓	✓	
Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques						
11. Utilisateur de drogues par injection ou par inhalation				✓	✓	✓
12. Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques potentiellement infectés (tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition en milieu de travail)				✓	✓	✓
13. Personne ayant subi des procédures (chirurgicales ou autres) avec du matériel contaminé dans des régions du monde où la prévalence de ces infections est élevée				✓	✓	✓
14. Transfusion de sang ou de produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organe				✓ ⁸	✓ ⁸	✓ ⁸
Autre						
15. Personne demandant un dépistage après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque avoué	✓	✓	✓	✓	✓	✓

1. À moduler selon le statut vaccinal, en tenant compte de l'âge et de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer la réponse au vaccin. Au Québec, un programme de vaccination universelle s'adressant aux élèves de 4^e année du primaire est en place depuis 1994. Se référer au *Protocole d'immunisation du Québec* pour renseignements supplémentaires.

2. S'il s'agit d'une hépatite C, rechercher le VHB et le VIH.

3. S'il s'agit d'une infection à *Chlamydia trachomatis*, d'herpès génital ou d'une infection par le virus du papillome humain, considérer les autres facteurs de risque pour déterminer les ITSS à rechercher.

4. Rechercher le VHC seulement si la personne est infectée par le VIH ou s'il s'agit d'une infection contractée par voie sanguine.

5. Le dépistage est recommandé compte tenu des complications importantes possibles pouvant affecter la santé de la femme, l'issue de la grossesse ou la santé du nouveau-né.

6. Répéter le dépistage, au besoin plus d'une fois et au minimum une fois vers le 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement.

7. Consulter les guides portant sur la prophylaxie post-exposition.

8. Au Québec, avant 1970 pour le VHB; avant octobre 1985 pour le VIH; avant avril 1992 pour le VHC. Pour connaître les recommandations précises en matière de biovigilance, consulter la Direction de santé publique de son territoire.

Adapté de : Complément québécois aux Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2006, produit par l'INSPQ, 2007

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca