

Table des matières

Santé sexuelle, reproductive et prévention périconceptionnelle

Approche intégrée en santé sexuelle, reproductive et périconceptionnelle_ Algorithme 1

Infections transmissibles sexuellement et par le sang_ Intervention clinique

Tableau 1 : Principales indications de dépistage

Tableau 2 : Tests de dépistage

Tableau 3 : Résumé des informations cliniques

Tableau 4 : Notification des partenaires

Infections transmissibles sexuellement et par le sang_
Recommandations

Grossesses non planifiées_ Intervention clinique

Prévention des grossesses non planifiées_ Algorithme 2

Grossesses non planifiées_ Recommandations

Prévention périconceptionnelle_ Intervention clinique

Prévention périconceptionnelle_ Recommandations



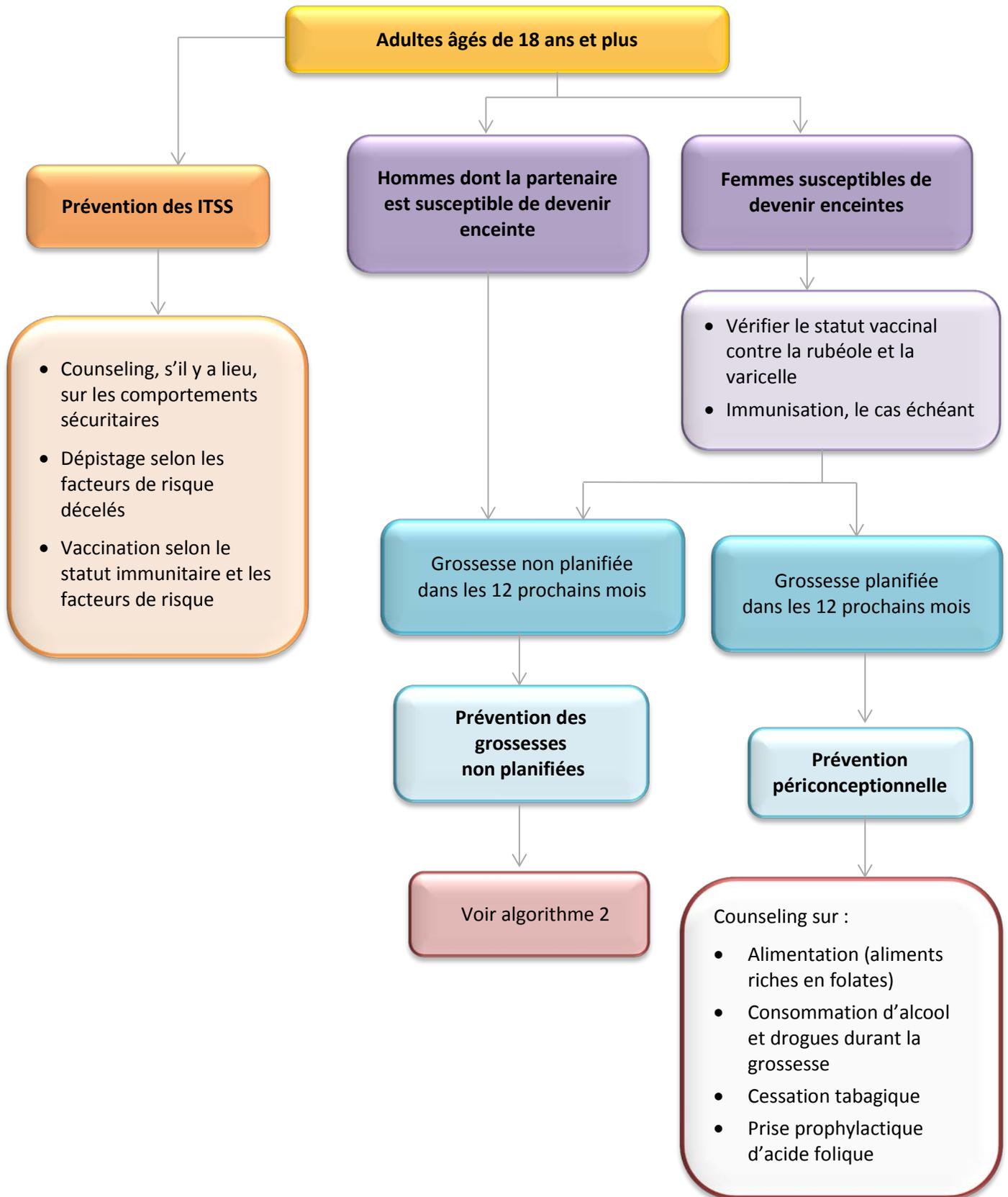
Santé sexuelle, reproductive et prévention périconceptionnelle

La présente section aborde la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et des grossesses non planifiées. Elle discute également de la prévention durant la période périconceptionnelle, notamment la promotion de saines habitudes de vie et la prévention de certaines anomalies congénitales (particulièrement les anomalies du tube neural). Les algorithmes 1 et 2 résument la démarche. Le cancer du col utérin, bien qu'il soit étroitement associé à une ITS, est discuté dans la section sur la prévention des cancers.

Le bilan de santé s'adresse à une population adulte générale. Il concerne les personnes qui sont asymptomatiques et sans diagnostic d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B, l'hépatite C ou par le VIH. Le bilan de santé ne vise pas à offrir spécifiquement ou exclusivement des soins en santé sexuelle. La prise en charge d'une condition détectée, par exemple le traitement d'une ITSS, déborde le cadre de ce guide.



ALGORITHME 1 : Approche intégrée en santé sexuelle, reproductive et prévention périconceptionnelle





SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

INTERVENTION CLINIQUE

Contexte

- L'information est donnée à titre indicatif. Veuillez vous référer au *Guide québécois de dépistage des ITSS* (GQDITSS) pour connaître les informations détaillées ou spécifiques à des situations particulières
- Dans le cadre du bilan de santé, le dépistage des infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) concernent les adultes asymptomatiques, faisant partie de la population générale. Il ne s'adresse pas aux personnes présentant l'une des caractéristiques suivantes :
 - Présence de symptômes ou des signes suggestifs d'une ITSS
 - Diagnostic antérieur d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B, l'hépatite C ou par le VIH
 - Femmes enceintes
 - Partenaires des personnes infectées par une ITSS

Guider, le cas échéant, ces personnes vers les ressources appropriées afin qu'elles bénéficient du suivi requis

Évaluer

Chez tous les adultes,

- Évaluer les risques de contracter une ITSS, notamment:
 - Facteurs de risque et de protection (nombre et caractéristiques des partenaires, pratiques sexuelles, utilisation du condom, antécédents d'ITSS, consommation de drogues, etc.)
- Vérifier si la personne a des préoccupations à l'égard des ITSS et si elle désire un dépistage
- S'il y a une indication de procéder à un dépistage, vérifier si la personne présente des [symptômes et des signes](#) suggestifs d'une ITSS

Examiner

- Identifier s'il y a des signes suggérant une ITSS lors des prélèvements

Initier des mesures diagnostiques

(sans ordonnance – dans le cadre d'une activité découlant de la *Loi de la santé publique*)

- Effectuer un dépistage
 - Selon les facteurs de risque décelés et les besoins de la personne (voir tableau 1 : Principales indications de dépistage)
 - Au [moment opportun](#) (tenir compte du délai minimal et de la fin de la période fenêtre)
 - Après avoir effectué un counseling prétest (voir GQDITSS, p. 67 à 70), et avoir informé la personne sur la nature, les indications, les [avantages et les inconvénients](#) des tests de dépistage
- [Effectuer les tests](#) en fonction des pratiques sexuelles et selon les **analyses offertes dans le milieu ainsi que les directives émises par le laboratoire** (voir *tableau 2 : Tests de dépistage*)



Tableau 1 : Principales indications de dépistage

(voir GQDITSS : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-12W.pdf>)

Facteurs de risque	Infections à dépister					
	Chlamydia	Infection gonococcique	Syphilis	VIH	Hépatite B ¹	Hépatite C
1. Personne âgée de 25 ans et moins, sexuellement active, sans autre facteur de risque	✓	✓ chez les femmes				
2. Personne ayant eu un nouveau partenaire sexuel ou plus d'un concurrentement depuis le dernier dépistage ²	✓	✓ chez les femmes				
3. Personne ayant eu des relations non protégées avec un partenaire ayant la caractéristique précédente						
4. Personne ayant reçu un diagnostic d'infection génitale à Chlamydia – Répéter le test de dépistage 3 à 6 mois après le traitement ³ – Dépister des autres ITSS selon les autres facteurs de risque	✓					
5. Personne ayant reçu un diagnostic d'infection gonococcique – Répéter le dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée, 3 à 6 mois après le traitement ³ – Dépister les autres ITSS	✓	✓	✓	✓	✓	
6. Personne ayant eu un partenaire anonyme ou plus de 3 partenaires dans les 12 derniers mois	✓	✓	✓	✓	✓	
7. Personne ayant eu des relations non protégées avec un partenaire ayant la caractéristique précédente						
8. Homme ayant des relations avec d'autres hommes (HARSAH)						
9. Femme ayant eu des relations non protégées avec un partenaire ayant la caractéristique précédente	✓	✓	✓	✓	✓	(✓ ⁴)
10. Personne originaire d'une région où les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques		(✓ ⁵)	(✓ ⁵)	✓	✓	✓
11. Personne qui a eu un partenaire sexuel originaire d'une région où les ITSS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques		✓	✓	✓	✓	
12. Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques , notamment : – Utilisation de drogues par injection ou de drogues par inhalation (même si une seule fois) – Exposition à du sang ou d'autres liquides biologiques potentiellement infectés (tatouage, perçage dans des conditions non stériles; transfusions ou greffe de tissus, d'organe, etc.)				✓	✓	✓
13. Personne demandant un dépistage après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque dévoilé	rechercher les infections pour lesquelles la personne demande un dépistage					

1-Selon le statut immunitaire contre l'hépatite B

2-S'il s'agit d'un homme ayant des relations avec d'autres hommes, voir indication 8. Chez les femmes ayant des relations avec des femmes, les indications de dépistage des ITSS doivent être individualisées selon les pratiques sexuelles

3- Répéter les tests afin de vérifier si la personne a pu se réinfecter

4- Rechercher l'hépatite C s'il s'agit d'une personne vivant avec le VIH

5-Le dépistage est indiqué si la personne est ou a déjà été sexuellement active



Tableau 2 : Tests de dépistage

(Voir GQDITSS : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-13W.pdf>)

Infection	Test	Délai minimal	Période fenêtre
Chlamydia	Femmes TAAN <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Col utérin <input type="checkbox"/> Urine Si examen pelvien requis : vagin ou col utérin Si examen pelvien non requis ou hystérectomie : vagin (1 ^{er} choix) ou urine (2 ^e choix)	Inconnu (TAAN)	14 jours (TAAN)
	Hommes TAAN <input type="checkbox"/> Urine (1 ^{er} choix) <input type="checkbox"/> Urètre (2 ^e choix)		
	HARSAH et travailleuse du sexe uniquement : TAAN <input type="checkbox"/> Anus-rectum		
Gonococcique	Femmes TAAN <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Col utérin <input type="checkbox"/> Urine Si examen pelvien requis : vagin ou col utérin Si examen pelvien non requis ou hystérectomie : vagin (1 ^{er} choix) ou urine (2 ^e choix)	Inconnu (TAAN) 48 heures (culture)	7 jours (TAAN et culture)
	Culture <input type="checkbox"/> Pharynx <input type="checkbox"/> Anus-rectum (femmes ayant uniquement des relations anorectales)		
	Hommes TAAN <input type="checkbox"/> Urine (1 ^{er} choix) <input type="checkbox"/> Urètre (2 ^e choix)		
	Hommes hétérosexuels (à risque élevé d'infection gonococcique) Culture <input type="checkbox"/> Pharynx		
	HARSAH et travailleuse du sexe uniquement : TAAN (1 ^{er} choix) – Culture (2 ^e choix) <input type="checkbox"/> Pharynx <input type="checkbox"/> Anus-rectum		
Si le résultat du TAAN (infection gonococcique) est positif, effectuer, si possible, une culture avant le traitement pour déterminer la sensibilité de la souche (dans la mesure où ceci ne retarde pas le traitement)			
Syphilis	Sérologie <input type="checkbox"/> test non tréponémique (RPR) OU <input type="checkbox"/> test tréponémique (EIA ou CIA)	10 jours	12 sem.
VIH	Sérologie <input type="checkbox"/> anti-VIH 1 et 2 et antigène p24 (EIA de 4 ^e génération :)	14 jours	12 sem.
	Ou <input type="checkbox"/> anti-VIH 1 et 2 (EIA de 3 ^e génération)	28 jours	
Hépatite B	Sérologie <input type="checkbox"/> AgHBs	7 jours	12 sem.
Hépatite C	Sérologie <input type="checkbox"/> anti-VHC <input type="checkbox"/> recherche qualitative de l'ARN du VHC (si anti-VHC +)	6 sem. (anti-VHC)	12 sem. (anti-VHC)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Chez les personnes actives sexuellement et ayant des comportements sexuels à risque :
 - Discuter des comportements sécuritaires en fonction des risques décelés et soutenir la personne dans l'adoption et le maintien de comportements plus sécuritaires
- Lorsqu'un test de dépistage est effectué :
 - Convenir du mode de communication des résultats
- Informer les adultes concernés des indications de la vaccination contre le VPH, l'hépatite A et l'hépatite B, ainsi que sur les avantages et les inconvénients de la vaccination

Initier des mesures thérapeutiques (Sans ordonnance - Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*)

Administrer le vaccin contre le VPH

selon les directives définies dans le Programme d'immunisation du Québec (PIQ)

**Gratuit chez les personnes (femmes et hommes), âgées de 18 à 26 ans, immunosupprimées ou infectées par le VIH*

- Indications¹ chez les adultes non vaccinés
 - Les femmes âgées de 18 à 45 ans*
 - Les hommes âgés de 18 à 26 ans*
- Contre-indications
 - Réaction anaphylactique antérieure à une composante du vaccin

Administrer le vaccin contre hépatite B²

selon les directives définies dans le PIQ

- Indications¹ chez les adultes non immunisés (en lien avec ITSS) :
 - Porteurs de l'hépatite C
 - HARSAH
 - Personnes qui ont eu plus d'un partenaire sexuel dans la dernière année
 - Personnes ayant eu récemment une ITS et leurs partenaires sexuels
 - Personnes qui ont des contacts sexuels avec une personne infectée par le virus de l'hépatite B (infection aiguë ou chronique)
 - Utilisateurs de drogues par injection
 - Utilisateurs de drogues dures par inhalation (crack, cocaïne) qui partagent leur matériel de consommation (ex. paille, cuiller)
- Contre-indications
 - Réaction anaphylactique antérieure à une composante du vaccin

Administrer le vaccin contre hépatite A²

selon les directives définies dans le PIQ

- Indications¹ chez les adultes non immunisés (en lien avec ITSS) :
 - Porteurs de l'hépatite B ou C
 - HARSAH
 - Utilisateurs de drogues par injection
 - Utilisateurs de drogues dures par inhalation (crack, cocaïne) qui partagent leur matériel de consommation (ex. paille, cuiller)
 - Utilisateurs de drogues illicites par voie orale dans des conditions non hygiéniques
- Contre-indications
 - Réaction anaphylactique antérieure à une composante du vaccin

1-Information donnée à titre indicatif. Se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour connaître les autres indications vaccinales ainsi que les posologies recommandées et le calendrier d'administration de chaque produit

2- Administrer le vaccin combiné contre les hépatites A et B si les 2 vaccins sont indiqués

Initier des mesures thérapeutiques

(sans ordonnance collective dans le cadre de la *Loi médicale* – mise en œuvre prévue au début de 2016)

Infirmière (détenant un permis de prescripteur) prescrit le traitement tel que défini dans le protocole (se référer au droit de prescrire)

Indications :

- Personne asymptomatique dont le test de dépistage démontre une infection à Chlamydia ou gonococcique

Guider vers des services

- IPSPL
- Médecin
- Services spécialisés du CSSS (clinique ITSS)

- Les personnes qui présentent des symptômes ou de signes suggestifs d'une ITSS *
- Les personnes dont le test de dépistage indique la présence d'une ITSS*

**Dans les situations où l'infirmière ne peut initier le traitement*

- Services spécialisés du CSSS (SIDEF - Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS)
- Clinique médicale spécialisée en ITSS

- Personnes de populations vulnérables nécessitant un suivi particulier

- Service de vaccination du CSSS
- Clinique santé-voyage

- Personnes nécessitant l'administration de vaccins*

**Dans les situations où l'infirmière n'est pas en mesure d'administrer les vaccins*

Suivi assuré par l'infirmière

Chez les adultes, chez qui un test de dépistage a été initié :

- Assurer un suivi afin de communiquer les résultats d'analyse et effectuer un counseling posttest (voir GQDITSS, p. 77-92) :
 - Donner de l'information sur la signification du résultat (négatif ou positif)
 - Revoir avec la personne la question des comportements sécuritaires en fonction des risques décelés et soutenir la personne dans l'adoption et le maintien de comportements plus sécuritaires
 - Offrir, le cas échéant, une visite de suivi pour :
 - Compléter l'immunisation
 - Répéter les dépistages (selon l'évaluation des risques, la période fenêtre, etc.)
 - Soutenir la personne quant au maintien de comportements sécuritaires
- Si le résultat d'un test est positif (en plus des interventions précédentes) :
 - Mentionner à la personne que des tests supplémentaires devront être faits pour confirmer l'infection ou compléter l'investigation dans le cas d'un test positif pour la syphilis, l'hépatite B, l'hépatite C ou le VIH
 - Explorer les connaissances que possède la personne au sujet de l'infection qui a été détectée ainsi que les modes de transmission et compléter l'information au besoin
 - Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour diminuer le risque de complications :
 - S'assurer que la personne comprenne l'importance de consulter rapidement le médecin (ou IPSPL) pour l'évaluation et le traitement de sa condition
 - Dans la situation où l'infirmière initie le traitement, s'assurer que la personne comprenne l'importance de suivre le traitement tel que recommandé
 - Informer la personne de la gratuité des médicaments pour le traitement des ITS (sur présentation de la carte d'assurance maladie du Québec)
 - Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour [limiter la transmission](#) de l'infection

- Discuter de l'[intervention préventive à effectuer auprès de ses partenaires](#)
- Faire la déclaration du cas à la santé publique (maladie à déclaration obligatoire - MADO)
- Diriger vers l'IP SPL ou le médecin répondant selon les ententes établies afin de : poser un diagnostic; vérifier la présence de complications; traiter, le cas échéant, l'infection (dans les situations cliniques où l'infirmière n'est pas en mesure d'initier le traitement)
- Si le résultat de l'anti-VHC est positif, compléter le dépistage : recherche qualitative de L'ARN du VHC afin de confirmer la présence de l'infection (si recherche antérieure de l'ARN du VHC est négative ou non documentée)

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

- Une approche globale en matière de santé sexuelle et reproductive comprend également : la protection contraceptive, la prévention en période périconceptionnelle ainsi que le dépistage du cancer du col utérin (voir **Grossesses non planifiées, Prévention périconceptionnelle, Cancer du col utérin**)
- Le partage de matériels lors de la consommation de drogues par injection ou par inhalation est un facteur de risque à considérer dans le dépistage des ITSS et dans l'immunisation contre l'hépatite A et l'hépatite B (voir **ITSS** et **Immunisation**)
- La consommation abusive d'alcool ou de drogues peut interférer avec la capacité de protection contre les ITSS (voir **Alcool et drogues**)
- Voir s'il y a des indices de la présence de violence dans le couple afin d'ajuster, le cas échéant, le counseling, notamment lors de la notification au partenaire (voir **Violence**)

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- PAGES WEB. *Infos sur les ITSS*. MSSS.
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?infos-sur-les-itss
- PAGES WEB. *Lutte contre les ITSS - Documentation pour les personnes infectées* (informations pour les personnes infectées, y compris un document pour aider la personne dans la notification de ses partenaires). MSSS.
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?documentation_personnes_infectees
- PAGES WEB. *À bien y penser - Tout connaître sur les ITSS* (informations sur la sexualité et la protection en matière d'ITSS destinées aux jeunes). MSSS.
<http://itss.gouv.qc.ca>
- PAGES WEB. *Ma sexualité.ca* (information sur la sexualité, y compris les ITSS). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2012.
<http://www.masexualite.ca/its-mts>

Formations suggérées à l'infirmière

- L'intervention de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : la contribution de l'infirmière dans la lutte contre les ITSS :
 - Formation de l'INSPQ – Offerte par la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
- L'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires (IPPAP)
 - Formation de l'INSPQ – Offerte par la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal

- La formation de base en immunisation
 - Offerte par la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
- Atelier - Vaccination adultes
 - Offerte par la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal

Ressources utiles à l'infirmière

- GUIDE DE PRATIQUE. Ministère de la santé et des Services sociaux. *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, mise à jour 2014*. Gouvernement du Québec; 2014. 1-227.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-308-01W.pdf>
- PAGES WEB. *La lutte contre les ITSS- Publications pour les professionnels de la santé : Guides* (Liste des guides en lien avec les ITSS). MSSS.
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?guides
- OUTIL CLINIQUE. *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés - Intervention préventive relative aux ITSS*. MSSS; 2014. p. 1-3.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-12W.pdf>
- OUTIL CLINIQUE. *Estimation du risque associé aux activités sexuelles*. MSSS; 2014. p. 1-6.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-14W.pdf>
- OUTIL CLINIQUE. *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires (IPPAP)*. MSSS; 2014. p. 1-4.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-09W.pdf>
- LIGNES DIRECTRICES. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 2 : *Prévention, diagnostic et prise en charge clinique, en soins primaires, des infections transmissibles sexuellement*. Agence de la santé publique du Canada; 2010.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-2-fra.php>
- SITE WEB. *Interventions préventives relatives aux ITSS* (outils cliniques). Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
<http://www.fmoq.org/fr/training/toolbox/support/Lists/Billets/Post.aspx?ID=4>
- PAGES WEB. *Liste des SIDEP* (Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS). MSSS; 2014.
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?listes_centres_depistages
- LIGNE TELEPHONIQUE. Service spécialisé de consultation sur le VIH/sida, les hépatites B et C à l'intention des professionnels de la santé
ligne de consultation téléphonique : 1-800-363-4814
- GUIDE DE PRATIQUE. Groupe de travail sur l'acte vaccinal. Hépatites A et B et VPH dans *Protocole d'immunisation du Québec*: Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec; 2013, mise à jour 2014. p. 313-48.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/pig/chap10.pdf>
- GUIDE DE PRATIQUE. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans un contexte du travail*. Gouvernement du Québec; 2011. p. 1-57
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-333-02W.pdf>
- GUIDE DE PRATIQUE. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel*. Gouvernement du Québec; 2010. p. 1-78.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-333-01.pdf>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

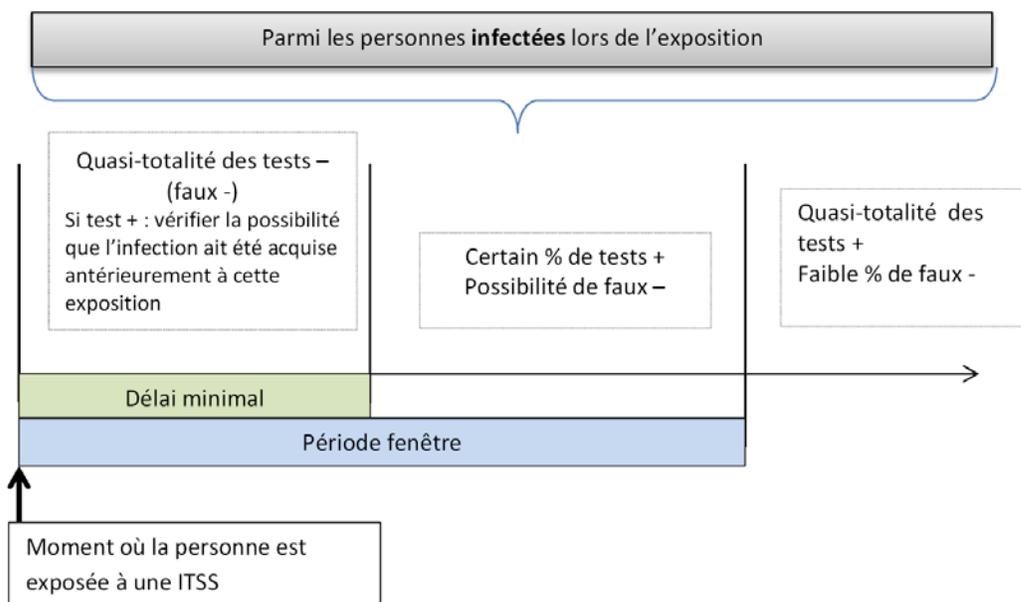
Principaux symptômes et signes suggestifs d'une ITSS

- Écoulement de l'urètre avec prurit ou douleur/inconfort urinaire (urétrite)
- Pertes vaginales anormales (vaginite, cervicite)
- Saignement après une relation sexuelle, écoulement en provenance de l'endocol (cervicite)
- Écoulement, prurit anorectal, ténésme (proctite)
- Douleur, rougeur et œdème au niveau du testicule (épididymite)
- Lésions (condylomes, ulcères) à la région génitale, anale ou orale
- Syndrome d'allure grippale (VIH, syphilis secondaire, hépatites)
- Rash au niveau du thorax, de la paume des mains et des pieds (syphilis secondaire)
- Nausées, vomissements, ictère, urines foncées, selles pâles (hépatites)

[Voir le *tableau 3 : Résumé des informations cliniques* pour les syndromes associés à une infection spécifique]

Moment opportun pour effectuer le dépistage

- Le délai minimal est le moment à partir duquel une infection est susceptible d'être détectée après une exposition. *Avant* ce délai, la probabilité d'avoir un résultat positif est très faible même si la personne a effectivement contracté l'infection
- La période fenêtre (ou période muette) couvre la période entre l'exposition à une ITSS et le moment où l'infection peut être détectée par une analyse. À la fin de la période fenêtre, l'infection peut être détectée chez la majorité des personnes infectées



- Le délai minimal et la fin de la période fenêtre varient selon l'agent infectieux et l'analyse utilisée (voir précédemment le *tableau 2 Tests de dépistage*)
- Il peut être opportun de retarder, s'il y a lieu, le dépistage à un rendez-vous subséquent afin de respecter la période fenêtre, dans la situation suivante :
 - Lorsqu'il s'agit d'une exposition ponctuelle à un risque de contracter une ITSS chez une personne qui ne s'expose pas fréquemment **et**
 - La personne est susceptible de se présenter à un second rendez-vous

- Il peut être préférable de procéder au dépistage à la visite initiale même si la dernière exposition à risque est survenue à l'intérieur de la période fenêtrée, dans la situation suivante :
 - Lorsqu'il s'agit d'expositions répétées à un risque de contracter une ITSS ou
 - La personne n'a pas subi de test de dépistage depuis longtemps ou
 - La personne est peu susceptible de se présenter à un second rendez-vous

[il faut alors tenir compte du délai minimal et de la période fenêtrée pour interpréter les résultats et le cas échéant, proposer à la personne de répéter les analyses]

- En ce qui concerne l'infection à Chlamydia ou l'infection gonococcique, afin d'éviter un résultat faussement négatif, il peut être approprié de reporter les prélèvements :
 - Si la personne a reçu récemment des antibiotiques (considérer le reporter trois semaines après la fin du traitement)
 - Lorsque la femme est menstruée (considérer reporter le prélèvement du col ou vaginal après les menstruations; le prélèvement urinaire est une alternative acceptable mais offre une sensibilité moindre)

Les indications de dépistage

- Les recommandations présentées dans le *tableau 1 Principales indications de dépistage* :
 - Sont adaptées au contexte québécois (épidémiologie, organisation des services)
 - Sont données à titre indicatif
 - Le dépistage est recommandé pour les ITSS apparaissant au tableau 1. Il n'est pas indiqué de dépister les autres ITSS
- Sauf si indiqué, les recommandations ne tiennent pas compte du fait que la personne rapporte utiliser le condom, car les études indiquent qu'il est fréquent que son utilisation ne soit pas optimale (par ex. utilisation non systématique, pénétration sans condom, bris du condom)

Régions endémiques pour les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C

- Afin de faciliter l'évaluation clinique, les régions suivantes sont jugées endémiques :
 - Caraïbes, Amérique centrale et Amérique du Sud
 - Europe de l'Est, Fédération de Russie
 - Afrique subsaharienne
 - Moyen-Orient (incluant l'Égypte et le Pakistan)
 - Asie du Sud et Asie centrale, bassin du Pacifique, excluant le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande
- **Pour connaître spécifiquement les régions endémiques pour chacune des infections, veuillez vous référer à l'annexe X du GQDITSS (p. 209 à 212)**
- Les personnes qui habitaient dans une région endémique et qui ont émigré restent susceptibles d'être exposées à une infection dont la prévalence est élevée dans leur pays d'origine (soit lors d'une exposition avant leur immigration, à l'occasion de séjours post-immigration dans leur pays d'origine ou dans leur réseau social québécois)

Exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques

- Les situations suivantes sont considérées comme des indications de dépistage de l'infection par le VIH, le virus de l'hépatite B (si non immunisé) et le virus de l'hépatite C :
 - Utilisation de drogues par injection ou par inhalation (même si une seule fois)
 - Exposition accidentelle à du sang ou autres liquides biologiques potentiellement infectés (tatouage ou perçage dans des conditions non stériles, exposition en milieu de travail ou exposition dans un contexte non professionnel (Voir *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans un contexte du travail* et le *Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel*)
 - Procédures (chirurgicales ou autres) avec du matériel contaminé dans des régions endémiques pour ces infections
 - Transfusion de sang ou de produits sanguins, greffe de cellules, de tissus ou d'organes avant 1970 pour l'hépatite B, avant 1985 pour le VIH, avant 1992 pour l'hépatite C

Tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN)

- Les trousse utilisées au Québec pour le dépistage de l'infection à Chlamydia et de l'infection gonococcique par TAAN :
 - Toutes peuvent être utilisées sur des spécimens urinaires et du col de l'utérus
 - Certaines peuvent être utilisées pour les spécimens urétraux masculins et vaginaux
 - Aucune trousse de TAAN n'est actuellement homologuée par Santé Canada pour les analyses à partir de prélèvements ano-rectaux ou pharyngés (certains laboratoires acceptent de faire l'analyse malgré la non-homologation)
 - **Vérifier auprès du laboratoire quels sites sont acceptables selon la trousse utilisée**
- Certains TAAN permettent de détecter les infections à Chlamydia et gonococcique à partir d'un seul échantillon :
 - Certains laboratoires effectuent automatiquement le dépistage des deux agents infectieux même dans la situation où le dépistage de l'infection gonococcique n'est pas indiqué (en raison de la faible prévalence)
 - Prendre en considération dans cette situation que la proportion de faux positif pour l'infection gonococcique risque d'être plus élevée en raison de la faible prévalence (il faut néanmoins traiter la personne même si on peut douter de la validité du test)
- Technique de prélèvement
 - **Se référer aux directives de chaque laboratoire**
 - **Au niveau du vagin:**
 - Introduire lentement l'écouvillon fourni par le laboratoire à une distance d'environ 3 cm à l'intérieur du vagin
 - Tourner l'écouvillon durant 10 à 30 secondes en s'assurant de toucher les parois vaginales
 - Retirer l'écouvillon en évitant de toucher la peau
 - Déposer l'écouvillon dans le milieu de transport (ou selon les directives spécifiques à chaque trousse)
 - Conserver le prélèvement à la température de la pièce
 - Lorsqu'un examen pelvien est indiqué, certains experts suggèrent d'effectuer le prélèvement vaginal avant d'insérer le spéculum. Cependant, le prélèvement effectué avec le spéculum en place est également acceptable

- **Au niveau de l'endocol :**
 - Enlever l'exsudat cervical sus-jacent
 - Introduire l'écouvillon fourni par le laboratoire dans le canal endocervical à une profondeur de 1 à 1,5 cm, le tourner sur son axe pendant 2 à 3 secondes
 - Déposer l'écouvillon dans le milieu de transport (ou selon les directives spécifiques à chaque trousse)
 - Conserver le prélèvement à la température de la pièce
- **Prélèvement urinaire:**
 - S'assurer que la personne n'a pas uriné depuis au moins une heure
 - Demander à la personne de récupérer le **premier jet** urinaire (10 à 50 ml) dans un récipient stérile
 - Conserver le prélèvement au réfrigérateur ou à la température de la pièce selon les indications du fabricant ou du laboratoire
- **Au niveau de l'urètre :**
 - Avertir la personne que le prélèvement peut être douloureux ainsi que les prochaines mictions (boire beaucoup par la suite permet de diluer l'urine et de diminuer l'inconfort aux mictions subséquentes)
 - Idéalement, la personne ne doit pas uriner dans l'heure qui précède le prélèvement, car le fait d'uriner diminue la présence d'exsudat et donc la possibilité de déceler les micro-organismes
 - Insérer lentement le microécouvillon (à tige métallique) fourni par le laboratoire dans l'urètre, le tourner sur son axe pendant 2 à 3 secondes (chez l'homme, introduire l'écouvillon à une distance de 2 à 4 cm; chez la femme, à une distance de 1 à 2 cm); mouiller l'écouvillon avec de l'eau peut réduire l'inconfort au moment du prélèvement
 - Déposer l'échantillon dans le milieu de transport
 - Conserver le prélèvement à la température de la pièce
- **Au niveau de l'anus-rectum :**
 - Effectuer un prélèvement à l'aide d'un écouvillon fourni par le laboratoire
 - Introduire l'écouvillon sur une distance de 2 à 3 centimètres dans le canal anal, en le pressant sur les parois pour éviter les matières fécales
 - On peut procéder aussi par visualisation directe en utilisant un anoscope lubrifié à l'eau du robinet
 - Reprendre le prélèvement s'il y a contamination fécale visible

Avantages et inconvénients des tests de dépistage

- Le fait de dépister les ITSS permet de :
 - Offrir à la personne un traitement dont le but est d'éradiquer l'infection ou de diminuer les complications qui lui sont associées (voir le tableau 3 ci-après pour les complications possibles associées à une infection spécifique ainsi que les traitements disponibles)
 - Réduire la propagation de l'infection
- Les principaux inconvénients associés au dépistage des ITSS :
 - Inconfort associé à certains tests de dépistage
 - Conséquences psychosociales reliées au diagnostic (anxiété, détresse, stigmatisation, répercussion sur la relation de couple, violence)
 - Effets secondaires liés aux traitements pharmacologiques, le cas échéant

Limiter la transmission de l'infection

- Vérifier les connaissances que la personne infectée possède sur les modes de transmission de l'infection et quelles sont les situations où celle-ci ne peut être transmise et compléter l'information au besoin

- De manière générale, les risques de transmettre ou de contracter une infection :
 - **Aucune évidence de risque de contracter une ITSS :**
 - Abstinence
 - Baisers avec échange de salive s'il n'y a pas de sang ou de lésions
 - Masturbation en solitaire ou par une autre personne sans utiliser de sperme ou de sécrétions génitales
 - Massage, touchers, caresses par une autre personne
 - Frottement corps contre corps, en excluant les organes génitaux, s'il n'y a pas de sang ou de lésions
 - **Risque négligeable :**
 - Relation orale (fellation ou cunnilingus) protégée
 - Relation avec pénétration vaginale ou anale protégée adéquatement par un condom– une utilisation inadéquate du condom entraîne une diminution de l'efficacité de la protection
 - Relation ano-digitale
 - **Risque faible:**
 - Relation orale (fellation ou cunnilingus) non protégée en l'absence de lésions dans la bouche ou sur les organes génitaux ou d'infection pharyngée
 - Frottement des organes génitaux sans pénétration (vulve contre vulve, arrimage) en l'absence de lésions
 - **Risque élevé :**
 - Relation avec pénétration vaginale (pénis → vagin) ou anale (pénis → anus) non protégée
 - Partage d'un jouet sexuel
- Voir les conseils de prévention à prodiguer selon l'infection dépistée au *tableau 3 : Résumé des informations cliniques*

[Ceci concerne les agents infectieux considérés dans le dépistage - ce qui exclut **le VPH et l'herpès**. Ces deux infections peuvent se transmettre, même si les relations sont protégées car les zones infectées peuvent se situer à l'extérieur de la zone couverte par le condom]

Pour informations supplémentaires, voir *Activités sexuelles selon l'estimation du risque* à :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-14W.pdf>

- Discuter avec la personne atteinte de l'[intervention préventive à effectuer auprès des partenaires](#)
- De manière générale, l'intervention préventive consiste principalement à :
 - Souligner à la personne atteinte l'importance de l'intervention préventive auprès des partenaires afin d'éviter :
 - La réinfection
 - La transmission de l'infection à d'autres personnes
 - Les complications associées
 - Établir la liste des personnes à joindre en fonction de la période de contagiosité et le mode de transmission propres à l'ITSS en cause (Voir *tableau 4 : Notification aux partenaires*)
 - Discuter des façons de procéder à la notification :
 - Par la personne elle-même
 - Par une tierce personne, par exemple, ami, infirmière, médecin, professionnel de la santé publique
 - Lui présenter les ressources où ses partenaires pourront être évalués, dépistés et traités
 - Aviser la personne, s'il y a lieu, qu'elle pourrait être contactée par un professionnel mandaté par la santé publique (pour certaines maladies à déclaration obligatoire)

- Lorsque la personne opte pour aviser elle-même ses partenaires, aborder les éléments suivants :
 - Préciser à la personne atteinte qu'elle doit informer ses partenaires qu'ils doivent consulter pour être évalués, dépistés et traités rapidement et ce, même s'ils n'ont pas de symptômes
 - Informer la personne de l'infection en cause, du mode de transmission, des complications potentielles afin qu'elle puisse communiquer cette information aux partenaires (voir *Tableau 3*)
 - Remettre une carte de notification ou des informations écrites permet de s'assurer que la bonne information soit communiquée aux partenaires
 - Discuter avec la personne de la stratégie à adopter pour aviser ses partenaires
 - Explorer, le cas échéant, les obstacles potentiels à la notification, par exemple, la crainte de perdre un partenaire ou la possibilité d'abus physiques ou psychologiques
 - Le dépliant, *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée. Il faut en parler* est un outil utile disponible sur le portail du MSSS (voir ressources utiles à l'infirmière)



Tableau 3 : Résumé des informations cliniques (voir GQDITSS page 101 à 139)

	Tableau clinique	Principales complications	Évolution de l'infection	Traitement	Prévention
Chlamydia trachomatis	<p>Urétrite, cervicite, pharyngite, proctite, conjonctivite</p> <p>Souvent asymptomatique</p> <p>Nouveau-né : conjonctivite, pneumonie</p>	<p>Homme : orchépididymite, prostatite, infertilité dans de rares cas</p>	<p>Incubation : 2 à 6 semaines</p> <p>Infection peut durer plusieurs mois (asymptomatique)</p> <p>Guérison spontanée possible</p> <p>Aucune immunité acquise</p>	<p>Antibiotique, généralement par voie orale, en dose unique ou pendant 7 jours</p>	<p><u>Mode de transmission</u></p> <p>Contact avec des sécrétions génitales infectées (contact sexuel; transmission mère-enfant lors accouchement)</p> <p><u>Counseling</u></p> <p>S'abstenir de relations sexuelles jusqu'à 7 jours après le traitement à dose unique ou jusqu'à la fin du traitement oral à doses multiples et jusqu'à la résolution des symptômes</p> <p>ou si c'est impossible, utiliser le condom avec tous les partenaires pour tout type de relations sexuelles (vaginales, anales, oro-génitales)</p> <p>De plus, pour la syphilis, transmission possible par :</p> <p>Contact direct de la peau ou des muqueuses avec les lésions (contact sexuel; transmission mère-enfant lors accouchement)</p> <p>Transmission transplacentaire</p> <p>Transmission sanguine si la personne présente une syphilis infectieuse</p>
Gonococcique	<p>Urétrite, cervicite, pharyngite, proctite, conjonctivite</p> <p>Chez l'homme, l'urétrite est généralement symptomatique</p> <p>Chez la femme, la cervicite peut être symptomatique</p> <p>Nouveau-né : conjonctivite grave ou septicémie</p>	<p>Femme : atteinte inflammatoire pelvienne (douleur abdominale chronique, risque accru de grossesse ectopique; infertilité)</p>	<p>Incubation : 2 à 7 jours (parfois +)</p> <p>Infection peut persister plusieurs mois (asymptomatique)</p> <p>Aucune immunité acquise</p>		
Syphilis	<p>Primaire :</p> <p>Ulcère superficiel, généralement unique, indolore (à moins d'une surinfection) au site d'inoculation (région génitale, anorectale ou oropharyngée)</p> <p>Passé souvent inaperçu</p> <p>Secondaire :</p> <p>Éruption cutanée diffuse, syndrome grippal - passe souvent inaperçue</p> <p>Syphilis latente (aucune manifestation clinique)</p> <p>Syphilis congénitale</p>	<p>Syphilis tertiaire : atteintes cutanées, ostéoarticulaires, cardiovasculaires (anévrisme de l'aorte), neurologiques (vertige, démence, trouble de la démarche, etc.)</p> <p>Pendant la grossesse : mortinaissance</p>	<p>Lésions du stade primaire : Période d'incubation de 3 à 90 jours; disparition spontanée en 3 à 8 semaines</p> <p>Progression vers les autres stades sur plusieurs semaines, mois, voire des années</p> <p>Guérison spontanée des 2/3 des personnes après le stade secondaire - 1/3 vont progresser vers syphilis tertiaire</p>	<p>Antibiotique, généralement par voie intramusculaire</p> <p>Durée du traitement varie selon le stade de la maladie</p>	

	Tableau clinique	Principales complications	Évolution de l'infection	Traitement	Prévention
Hépatite B	Malaise, fatigue, anorexie, fièvre, myalgies ou arthralgies, nausées, vomissements, douleur abdominale; dans certains cas, ictère, selles pâles, urine foncée	Si infection chronique, risque de : cirrhose, insuffisance hépatique, carcinome hépatocellulaire	Période d'incubation : 30 à 180 jours Guérison spontanée en 6 mois chez 95 % des adultes immunocompétents Infection chronique chez 5 % des adultes et 90 % des nourrissons En présence anti-HBs suite à une infection : immunité généralement à vie	Traitement antiviral, par voie orale ou sous-cutanée Traitement non indiqué en phase aigüe Traitement vise à prévenir ou réduire la progression de l'atteinte hépatique et les complications associées Durée du traitement : varie de plusieurs mois à toute la vie	Hépatite B et VIH <u>Mode de transmission</u> Contact avec des sécrétions génitales infectées (contact sexuel; transmission mère-enfant lors accouchement) Transmission sanguine Transmission transplacentaire Allaitement (VIH) <u>Counseling</u> Tant que la personne est infectée :
Hépatite C	Hépatite B : 50 à 80 % des adultes sont asymptomatiques Hépatite C : le plus souvent asymptomatique	Rarement : hépatite fulminante	Période d'incubation : 2 semaines à 6 mois Guérison spontanée en moins de 3 mois chez 25 % des personnes immunocompétentes Infection persiste à vie en l'absence de traitement chez 75 % des personnes infectées Possibilité de réinfections	Thérapie antivirale, par voie orale ou sous-cutanée Traitement permet d'éradiquer l'infection chez la plupart des personnes infectées à qui le traitement est prescrit la première fois	Utiliser le condom avec tous ses partenaires sexuels pour tout type de relations sexuelles Prendre les mesures pour éviter la transmission sanguine (pratiques liées à l'utilisation de drogues, hygiène personnelle, don de sang, etc.) Ne pas allaiter (VIH) Prophylaxie post-exposition possible
VIH	Primo-infection : symptômes non spécifiques ressemblant à syndrome grippal ou mononucléose (fièvre, myalgie, mal de gorge, céphalées, nausées et vomissements, adénopathies généralisées) Infection chronique asymptomatique Infection chronique symptomatique et sida (fatigue, diarrhée constante, fièvre persistante)	Complications associées à l'immunodéficience : infections opportunistes, maladie neurologique (par ex. : démence), cancers (lymphome, sarcome de Kaposi)	Période d'incubation pour la primo-infection : 2 à 4 semaines Primo-infection : dure de 1 à 3 semaines Infection chronique asymptomatique : durée variable de 7 à 10 ans sans traitement Sida : plusieurs années après l'exposition au virus (varie d'une personne à l'autre; survie sans traitement environ un an) Infection persiste toute la vie	Traitement antiviral par voie orale Traitement vise à inhiber la réplication virale à des niveaux indétectables, ralentir la progression de la maladie et reconstituer le système immunitaire (diminue de façon importante le risque d'évolution vers le sida et permet une survie prolongée) Maintenir une charge virale indétectable grâce une thérapie antirétrovirale diminue le risque de transmission du VIH	Hépatite C : <u>Mode de transmission</u> Transmission sanguine Transmission mère-enfant lors de l'accouchement (rare) Transmission sexuelle : Rare chez hétérosexuels Documentée chez les HARSAH vivant avec le VIH <u>Counseling</u> Principalement : éviter la transmission sanguine (prévention sexuelle : voir GQDITSS p. 131)



Tableau 4 : Notification des partenaires

(Voir : *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper ! Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires (IPPAP)*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-09W.pdf>)

Infection	Période de traçabilité	Personnes à notifier	MADO	Considérations particulières
Chlamydia	60 jours	Partenaires sexuels	Oui	Si la personne n'a pas eu de partenaire sexuel dans les 60 derniers jours, il faut remonter au dernier partenaire sexuel
Infection gonococcique	60 jours	Partenaires sexuels	Oui	
Syphilis infectieuse	Variable selon le stade de l'infection 3 mois à 1 an	Partenaires sexuels	Oui	
Hépatite B	Variable	Partenaires sexuels Personnes avec qui la personne infectée a partagé du matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation ou la drogue elle-même Contacts à domicile	Oui	Il faut notifier les partenaires non vaccinés et non immuns. Ceux-ci pourraient bénéficier d'une prophylaxie post-exposition
Hépatite C	Variable	Personnes avec qui la personne infectée a partagé du matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation ou la drogue elle-même Dans certains cas, partenaires sexuels	Oui	
VIH	Variable	Partenaires sexuels Personnes avec qui la personne infectée a partagé du matériel de préparation, d'injection ou d'inhalation ou la drogue elle-même	Dans certaines situations ¹	Partenaires sexuels récents et, dans la mesure du possible, partenaires rencontrés depuis le début du comportement à risque ou depuis la date du dernier test négatif connu

1- Si la personne a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus

MADO : maladie à déclaration obligatoire



SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : ITSS

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling et dépistage en matière d'ITSS

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

- Les mesures préventives suivantes sont démontrées efficaces :
 - Évaluer annuellement les facteurs de risque chez tout adulte actif sexuellement
 - Dépister annuellement les ITSS selon les facteurs de risque décelés (se réfère aux recommandations du Guide québécois de dépistage des ITSS, mise à jour 2010) et plus fréquemment si les facteurs de risque sont présents de manière répétée ou continue
 - Discuter de l'adoption et du maintien de comportements sécuritaires
 - Soutenir la personne infectée pour qu'elle avise ses partenaires
- Il est suggéré de référer aux mises à jour faites par le groupe d'experts du MSSS

GECSSP, 2014 [3]

- Aucune publication récente à ce sujet
- A fait une revue critique, en 2014, des recommandations émises par USPSTF concernant le dépistage du VIH. Considère que les recommandations de cet organisme ne s'appliquent pas à la population canadienne étant donné que la prévalence de l'infection au VIH varie dans les 2 pays (prévalence plus élevée aux États-Unis)

CMFC, 2010 [2]

- Il est suggéré de procéder à un counseling sur les comportements sexuels sécuritaires et sur les ITSS (particulièrement l'infection gonococcique)
- Le dépistage de l'infection à chlamydia, de l'infection gonococcique, au VIH et au virus de l'hépatite B sont recommandés chez les personnes à haut risque (la notion de haut risque n'est pas définie)
- Pour la prévention des ITSS, l'abstinence est la méthode la plus efficace; les preuves sont acceptables quant à l'efficacité du condom

MSSS, 2014 [4]

- Procéder à l'évaluation des facteurs de risque associés aux ITSS, au moins une fois par année, dans le cadre d'un examen médical périodique, tel celui recommandé par le Collège des médecins du Québec
- Effectuer un counseling prétest visant notamment à évaluer le niveau de risque et déterminer les infections à dépister, à permettre à la personne de fournir un consentement libre et éclairé à l'intervention ainsi qu'à offrir un counseling préventif en fonction des risques décelés et soutenir la personne dans l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires
- Procéder au dépistage des ITSS selon les facteurs de risque décelés (voir tableau à cet effet dans le guide)
- Offrir le dépistage à une fréquence qui tient compte du niveau de risque (aux 3 à 6 mois pour les personnes chez qui les facteurs de risque sont présents de manière continue ou répétée)
- Assurer un suivi et procéder à un counseling posttest lorsqu'un test de dépistage est effectué. Le counseling doit être adapté selon le résultat de l'analyse, la nature de l'ITSS en cause et selon les besoins spécifiques de la personne

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : ITSS

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling et dépistage en matière d'ITSS

USPSTF, 2008 [5] *Révision en cours (2015)*

- Le **counseling** intensif pour prévenir les ITSS est recommandé chez les adolescents actifs sexuellement et les adultes à risque augmenté de contracter une ITSS (principalement les personnes ayant contracté antérieurement une ITSS ou ayant plusieurs partenaires) [3]

USPSTF, 2007 [6] et 2005 [7] *Révision en cours (2015)*

- Le dépistage de la **chlamydia** et de l'**infection gonococcique** sont indiqués chez les femmes âgées de moins de 24 ans actives sexuellement et chez celles de plus de 24 ans ayant un risque augmenté de contracter une chlamydia (principalement : antécédents d'ITSS; nouveau partenaire ou multiples partenaires; protection sous optimale contre les ITSS; relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues). Les données sont insuffisantes pour conclure quant à la pertinence de procéder ou non au dépistage de la chlamydia et de l'infection gonococcique chez les hommes

USPSTF, 2004 [8] *Révision en cours (2015)*

- Le **dépistage de la syphilis** est recommandé chez les personnes à risque accru de contracter cette infection (HARSAH; comportements sexuels à haut risque; travailleurs et travailleuses du sexe; relations sexuelles en échange d'argent ou de drogues; milieu carcéral)

USPSTF, 2014 [9]

- Le **dépistage de l'hépatite B** est indiqué chez les personnes à haut risque d'avoir contracté cette infection (personnes originaires de pays où la prévalence de l'hépatite B est élevée; personnes infectées par le VIH; utilisateurs de drogues par injection; HARSAH; contacts à domicile ou partenaires sexuels d'une personne infectée par le VHB)

USPSTF, 2013 [10]

- Le **dépistage de l'hépatite C** est recommandé chez les personnes à haut risque d'avoir contracté cette infection (le risque le plus important : injection actuelle ou passée de drogues; autres risques : transfusion avant 1992, hémodialyse, enfant né d'une mère infectée, inhalation de drogues, tatouage ou autre exposition percutanée dans des conditions non stériles)

USPSTF, 2013 [11]

- Le **dépistage du VIH** est indiqué chez les adultes âgés de 15 à 65 ans et chez les adultes plus âgés à risque accru (essentiellement HARSAH, les utilisateurs de drogues par injection et leurs partenaires)

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : ITSS

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling et dépistage en matière d'ITSS

Intervention suggérée dans le bilan de santé

L'intervention repose essentiellement sur le *Guide québécois de dépistage des ITSS* en l'adaptant pour une population adulte générale, asymptomatique. Le traitement des ITSS déborde le cadre du bilan de santé

- L'infirmière évalue, chez les adultes actifs sexuellement, les risques associés aux ITSS, si la personne a des préoccupations à l'égard des ITSS et si elle désire un dépistage
- Elle propose un dépistage aux personnes qui présentent des facteurs de risque (selon les indications émises dans le *Guide québécois de dépistage des ITSS*, mise à jour, 2014) après leur avoir expliqué la nature des tests ainsi que les avantages et les inconvénients associés au dépistage
- Elle offre du counseling sur l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires selon les facteurs de risque décelés
- L'infirmière convient du mode de communication des résultats
- Elle propose, le cas échéant, l'immunisation contre l'hépatite A, B ou le VPH selon les indications en matière de prévention des ITSS définies dans le *Programme d'immunisation du Québec*
- L'infirmière assure un suivi afin de communiquer les résultats d'analyse et effectuer un counseling posttest. Il consiste principalement à :
 - Donner de l'information sur la signification du résultat et sur la nature de l'infection qui a été détectée
 - Explorer les connaissances que possède la personne au sujet de l'infection qui a été détectée et à compléter l'information au besoin
 - Revoir les comportements sécuritaires en fonction des risques décelés et soutenir la personne dans l'adoption et le maintien de comportements plus sécuritaires
 - Conseiller la personne atteinte sur les mesures à prendre pour limiter la transmission de l'infection
 - Discuter de l'intervention préventive à effectuer auprès des partenaires
 - Diriger la personne infectée et celle présentant des symptômes ou des signes suggestifs d'une ITSS l'IPSPL ou le médecin répondant afin de : poser un diagnostic, vérifier la présence de complications, traiter, le cas échéant, et faire la déclaration, s'il y a lieu, à la santé publique

Justification de l'intervention proposée

- Étant donné que les recommandations concernant le dépistage des ITSS doivent tenir compte de la prévalence des infections dans la population concernée, nous avons adhéré aux recommandations québécoises récentes

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : ITSS

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Évaluation critique de: Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement, [2013]*; 2014.
<http://canadiantaskforce.ca/appraised-guidelines/2013-human-immunodeficiency-virus/>
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, mise à jour 2014. Gouvernement du Québec; 2014. p. 1-227.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-308-01W.pdf>
5. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2008;149:491-496.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=743025>
6. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chlamydial infection: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2007;147:128-34.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=735665>
7. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for gonorrhea: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement: 2005.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf05/gonorrhea/gonrs.htm>
8. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for syphilis infection: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement: 2004.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/syphilis/syphilrs.htm>
9. LeFevre ML on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis B virus infection in nonpregnant adolescents and adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014;161:58-66.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/930448/0000605-201407010-00012.pdf>
10. Moyer VA on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hepatitis C virus infection in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2013;159:349-357.
<http://annals.org/data/Journals/AIM/927511/0000605-201309030-00009.pdf>
11. Moyer VA on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. Preventive Services Task Force. Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2013; p. 1-12.
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/746/hivfinalrs/pdf>



SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION

PÉRICONCEPTIONNELLE

Grossesses non planifiées

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

Chez les femmes susceptibles de devenir enceintes et qui ne planifient pas de grossesse, vérifier s'il y a une utilisation adéquate d'une méthode contraceptive :

- En l'absence d'utilisation d'une méthode contraceptive ou s'il y a eu une [erreur dans l'utilisation](#), vérifier :
 - S'il est possible que la femme soit enceinte
 - S'il y a une indication d'avoir recours à la [contraception d'urgence](#)
 - S'il y a une indication d'avoir recours à la contraception orale d'urgence (COU) et que l'infirmière initie la COU, compléter le questionnaire à ce sujet (voir ci-dessous *Ressources utiles pour l'infirmière*)
 - S'il y a une indication d'avoir recours à un stérilet de cuivre d'urgence (et d'une référence urgente au médecin)
 - La protection contraceptive subséquente (dont la pertinence d'initier une méthode contraceptive hormonale régulière)

Chez un homme dont la partenaire sexuelle est susceptible de devenir enceinte :

- Vérifier s'il y a un souhait de paternité dans un avenir immédiat
 - S'il n'y a pas un souhait de paternité, vérifier les mesures de protection en matière de prévention des grossesses

Examiner

- Mesurer le poids si une contraception orale d'urgence (COU) est initiée
 - Un [excès de poids](#) peut réduire l'efficacité de la COU

Initier des mesures diagnostiques (sans ordonnance collective)

- Effectuer un test de grossesse urinaire en cas de retard menstruel

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Vérifier, le cas échéant, les connaissances de la personne et compléter, au besoin, l'information sur :
 - La contraception d'urgence
 - La protection contraceptive (s'il y a lieu, les diverses méthodes contraceptives)
- Donner, s'il y a lieu, les [directives relatives](#) à la prise d'une COU
- En présence d'un test de grossesse positif, explorer avec la personne si elle souhaite ou non poursuivre sa grossesse et la diriger vers la ressource pertinente selon la décision

Initier des mesures thérapeutiques (avec ordonnance collective)	
<p>Initier la contraception orale d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plan B^{MD} ou <input type="checkbox"/> Norlevo^{MD} ou <input type="checkbox"/> First Choice^{MD} <p>2 comprimés, administrés en une seule dose Pris, le plus rapidement après une relation sexuelle sans protection contraceptive</p>	<p>Indications</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chez les femmes susceptibles de devenir enceintes, lorsque : <ul style="list-style-type: none"> ○ Absence ou erreur d'utilisation d'une méthode contraceptive depuis la dernière menstruation ET ○ Relation(s) sexuelle(s) non protégée(s) dans les 120 dernières heures (5 jours) <p>Contre-indications</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grossesse
Initier des mesures thérapeutiques (sans ordonnance collective dans le cadre de la Loi médicale – mise en œuvre prévue au début de 2016)	
<p>Infirmière (détenant un permis de prescripteur) prescrit la contraception orale d'urgence tel que défini dans le protocole (se référer au droit de prescrire)</p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes désirant une COU et chez qui elle est indiquée
Guider vers des services	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pharmacien 	<p>Diriger les femmes qui veulent avoir recours à la COU (avec ou sans initiation de la part de l'infirmière)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> IPSPL <input type="checkbox"/> Médecin 	<p>Diriger les femmes vers les ressources dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pose d'un stérilet d'urgence en cuivre ▪ Souhait de la femme d'utiliser subséquemment une des méthodes contraceptives suivantes : contraception hormonale, stérilet, ligature tubaire*
<p><i>*En l'absence d'ordonnance collective permettant à l'infirmière d'initier la contraception hormonale ou le stérilet</i></p> <p><i>*Une infirmière détenant un permis de prescripteur sera en mesure de prescrire la contraception hormonale et le stérilet (dans le cadre de la Loi médicale – mise en œuvre prévue au début de 2016)</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ressources en suivi obstétrical (Médecin, IPSPL, sage-femme, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes enceintes désirant poursuivre leur grossesse
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ressources en interruption volontaire de grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes enceintes ne désirant pas poursuivre leur grossesse
Suivi assuré par l'infirmière	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir, le cas échéant, un rendez-vous de suivi pour réévaluer la situation (retard menstruel suite à la prise de la COU, contraception, dépistage ITSS, etc.) 	
Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voir s'il y a des indices pouvant suggérer la présence de violence entre les partenaires et la possibilité que les relations sexuelles ne soient pas désirées (voir Violence) ▪ Une approche globale en matière de santé sexuelle et reproductive comprend également : la prévention des ITSS, la prévention en période périconceptionnelle ainsi que le dépistage du cancer du col utérin (voir ITSS, Prévention périconceptionnelle, Cancer du col utérin) 	

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

- PAGES WEB. *À bien y penser - Grossesse non désirées* (site d'information sur la sexualité destiné aux jeunes). MSSS.
<http://itss.gouv.qc.ca/grossesses-non-desirees.dhtml>
- PAGES WEB. *Ma sexualité.ca - Contraception*. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2012.
<http://www.masexualite.ca/contraception>
- PAGES WEB. *Feuillets d'information* (Contraception, avortement, fertilité, éducation sexuelle). Clinique de planning des naissances de Rimouski.
<http://www.planningchrr.com/feuillets/index.php>

Formations suggérées à l'infirmière

- Formation sur la contraception hormonale (offerte en ligne sur le site de l'OIIQ)

Ressources utiles à l'infirmière

- GUIDE CLINIQUE. *Modèle d'ordonnance collective de contraception d'urgence, mise à jour 2014* (comprend le formulaire clinique à compléter). Institut national de santé publique du Québec; 2014. p. 1-7.
<http://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/ContraceptionHormonale/ModelecontraceptionurgenceINS PQ.pdf>
- PAGES WEB. *L'ordonnance collective de contraception hormonale et du stérilet* (avis scientifique, mises à jour, etc.). Institut national de santé publique du Québec.
<http://www.inspq.qc.ca/contraception>
- OUTIL CLINIQUE. *Algorithmes décisionnels : Oubli de contraceptif hormonal combiné et Port prolongé du timbre et de l'anneau contraceptifs*. Direction de santé publique de l'ASSS de la Montérégie, 2009.
<http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/contraceptionhormonale/OCC-ALGOdecisionnel.pdf>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Contraception d'urgence

Indications

- La contraception d'urgence est indiquée si les relations sexuelles non protégées sont survenues dans les 120 dernières heures (5 jours); deux méthodes sont possibles dans cette situation :
 - Contraception orale d'urgence (COU)
 - Stérilet d'urgence en cuivre (un stérilet peut également être inséré si des relations sexuelles non protégées ont eu lieu au-delà des 120 dernières heures dans la mesure où la femme consulte dans les 5 jours qui suivent la date estimée de son ovulation)
- Par relation non protégée, on entend une relation sans méthode contraceptive ou avec une erreur d'utilisation de la méthode (bris ou glissement du condom; utilisation sous-optimale de la contraception hormonale)

Erreur dans l'utilisation d'une méthode contraceptive hormonale où la contraception d'urgence peut être indiquée

Méthode contraceptive	Erreur d'utilisation survenant lors de	
	1 ^{re} semaine du cycle	2 ^e et 3 ^e semaines du cycle
Contraception orale	Retard > 24 heures dans la prise d'un comprimé Oubli de ≥ 1 comprimé	Oubli de ≥ 3 comprimés consécutifs
Timbre	Retard d'application ou détachement du timbre pendant ≥ 24 heures Port prolongé pendant 12 jours ou plus du même timbre (1 ^{er} ou 2 ^e timbre du cycle*)	Retard d'application ou détachement du timbre pendant ≥ 3 jours
Anneau vaginal	Oubli d'insérer ou retrait d'anneau pendant > 3 heures Port prolongé du même anneau au-delà de 35 jours	Oubli d'insérer ou retrait d'anneau pendant ≥ 3 jours
Injection contraceptive	14 semaines ou plus depuis la dernière injection contraceptive	

Source : Algorithmes décisionnels : Oubli de contraceptif hormonal combiné et Port prolongé du timbre et de l'anneau contraceptifs. Direction de santé publique de l'ASSS de la Montérégie, 2009.

*Le port prolongé du 3^e timbre ne réduit pas l'efficacité contraceptive sauf s'il est laissé en place au-delà du début du cycle suivant (voir retard d'application dans la 1^{re} semaine du cycle)

Contre-indications

- La seule contre-indication relative à la COU : la présence d'une grossesse, car cette méthode serait alors inefficace. L'utilisation de la COU chez une femme qui serait enceinte ne provoque pas d'avortement et n'a pas d'effets sur le fœtus
- Les principales contre-indications au stérilet d'urgence en cuivre : grossesse; infection pelvienne ou cervicite purulente; saignement vaginal anormal d'étiologie indéterminée; cancer du col; cancer de l'endomètre; malformation anatomique de l'utérus; allergie au cuivre

Efficacité

- Plus la COU est prise tôt après une relation non protégée, plus elle est efficace (lorsque la COU est prise dans les 12 à 24 heures suivant la relation non protégée, elle prévient 95 % des grossesses qui auraient eu lieu sans la prise de la COU; la proportion chute à 60 % si elle est prise 5 jours après la relation non protégée)
- Certaines données semblent indiquer que la COU serait moins efficace chez la femme présentant un excès de poids (poids entre 75 et 80 kg) ou potentiellement inefficace chez la femme obèse (poids supérieur à 80 kg). Des études scientifiques supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ces résultats. Toutefois, l'excès de poids ne constitue pas une contre-indication à l'utilisation de la COU
- En toutes occasions, le stérilet d'urgence en cuivre est plus efficace que la COU avec un taux d'échec de 0,1 % (et avec la possibilité d'utilisation prolongée)

Enseignement relatif à la COU

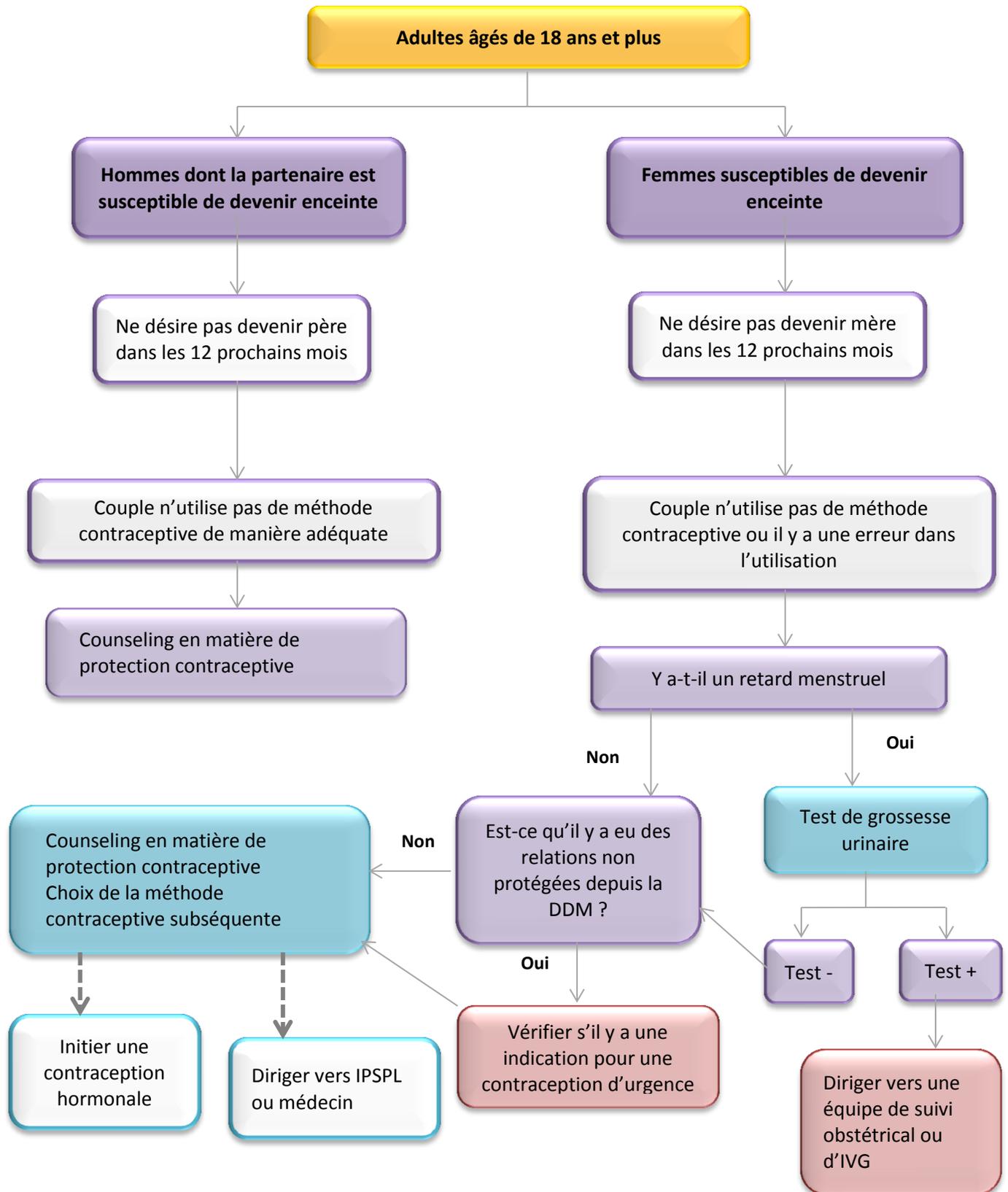
- Le principal mode d'action : inhibition ou retardement de l'ovulation (effet démontré); il est possible qu'il y ait d'autres mécanismes (inhibition du transport des spermatozoïdes, interférence avec la fécondation, modification de l'endomètre avec une perturbation de la nidation)
- La COU n'agit pas sur un œuf déjà implanté (elle n'est pas une méthode abortive)

- Les principaux effets indésirables de la COU : nausées, vomissements, saignements utérins irréguliers et perturbation dans la date prévue de l'apparition de la menstruation (celle suivant son utilisation). Ils sont de courte durée et sans risque pour la santé des femmes
- Directives à donner à la femme lors de la prise de la COU :
 - Répéter la dose si les comprimés sont vomis dans l'heure qui suit la prise
 - Passer un test de grossesse s'il n'y a pas de menstruations ou s'il y a des menstruations anormales dans les 21 jours suivant la prise de la COU
 - Utiliser une méthode contraceptive après la prise de la COU, y compris la journée même de la prise (la COU n'a pas d'effet sur les relations sexuelles qui suivent l'utilisation de la COU)
 - Comment utiliser une méthode contraceptive hormonale régulière subséquentement à la prise d'une COU :
 - Débuter ou reprendre la méthode contraceptive la journée même de la prise de la COU (ou la journée de la semaine choisie par la femme pour débuter sa méthode contraceptive)
 - Utiliser une méthode barrière (ou s'abstenir de relations sexuelles) jusqu'à ce qu'il y ait eu une période de 7 jours **consécutifs** pendant laquelle la méthode contraceptive hormonale est utilisée

(Pour une information complète, voir dans Ressources pour l'infirmière la référence : *Algorithmes décisionnels : oubli de contraceptif hormonal combiné et Port prolongé du timbre et de l'anneau contraceptifs*)



ALGORITHME 2 : Prévention des grossesses non planifiées





SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : GROSSESSES NON PLANIFIÉES

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling et intervention en matière de prévention des grossesses non planifiées

MSSS, 2004 [1]

- La documentation scientifique démontre que le fait de rendre accessible la contraception orale d'urgence peut contribuer à réduire de moitié le risque de grossesses non planifiées.
- La contraception orale d'urgence est mal connue et sous-utilisée.
- Les professionnels de la santé peuvent contribuer à faire connaître la contraception orale d'urgence et ainsi participer à la prévention des grossesses non planifiées.

AWHONN, 2011 [2] – Association of women's health, obstetric and neonatal nurses

Prévention primaire

Objectifs

- Aider à ce que les grossesses soient planifiées et « en santé » (*healthy*) avec un déroulement favorable à la santé de la mère et de l'enfant
- Réduire les complications périnatales, néonatales et familiales

Moyens

- Évaluation des risques personnels et familiaux : violence conjugale, consommation de substances, exposition à des agents tératogènes
- Utilisation adéquate d'outils de dépistage :
 - Évaluation du désir d'enfants et de la planification familiale (à vie)*
 - Dépistage des infections transmissibles sexuellement
 - Évaluation des maladies génétiques/chroniques
- Stratégies de prévention* :
 - Counseling comportemental sur l'alimentation et la contraception
 - Prescription ou remise d'un contraceptif et d'une contraception d'urgence

Prévention secondaire

Objectifs

- Détecter précocement les grossesses non planifiées afin d'améliorer les aspects liés à la santé reproductive

Moyens

- Établir la grossesse et l'âge gestationnel :
 - Diagnostic de grossesse (test urinaire, sérologique, échographie)
 - Stratégies de prévention :
 - Counseling sur les options concernant la grossesse non planifiée; counseling et guider vers les ressources en respectant le choix de la femme quant à l'issue de sa grossesse

**La discussion portant sur le désir d'enfants et la planification familiale ainsi que le counseling sur la contraception sont moins efficaces s'ils ne s'adressent qu'aux femmes.*

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : GROSSESSES NON PLANIFIÉES

INTERVENTION CLINIQUE : Counseling et interventions en matière de prévention des grossesses non planifiées

Intervention suggérée dans le bilan de santé

La prévention des grossesses non planifiées s'inscrit dans une approche intégrée qui comprend également la prévention des ITSS et la prévention périconceptionnelle.

Chez une femme susceptible de devenir enceinte

- L'infirmière vérifie si cette dernière planifie une grossesse dans la prochaine année.
- Si elle ne planifie pas de grossesse, l'infirmière vérifie s'il y a une utilisation adéquate d'une méthode contraceptive.
- En l'absence d'utilisation d'une méthode contraceptive ou s'il y a eu une erreur dans l'utilisation, l'infirmière vérifie s'il y a une possibilité de grossesse et s'il y a une indication d'avoir recours à la contraception orale d'urgence (COU).
- S'il y a une indication d'avoir recours à la COU, l'infirmière l'initie selon une ordonnance collective ou dirige la femme vers un pharmacien communautaire à ce sujet.
- L'IC vérifie, le cas échéant, les connaissances de la personne sur la protection contraceptive et complète, au besoin, l'information à ce sujet
- L'IC dirige les femmes vers les ressources appropriées dans les situations suivantes :
 - Grossesse actuelle
 - Pose d'un stérilet d'urgence en cuivre
 - Souhait de la femme d'utiliser subséquemment une des méthodes contraceptives suivantes : contraception hormonale, stérilet, ligature tubaire (en l'absence d'ordonnance collective permettant à l'IC d'initier une méthode contraceptive hormonale ou le stérilet)

Chez un homme dont la partenaire sexuelle est susceptible de devenir enceinte

- L'infirmière vérifie s'il y a un souhait de paternité dans un avenir immédiat. S'il n'y a pas de souhait de paternité, elle vérifie les mesures de prévention des grossesses et complète, au besoin, l'information à ce sujet.

Justification de l'intervention proposée

- Au Québec, il se pratique plus de 26 000 interruptions volontaires de grossesses par année (IVG) [3]. Le taux d'IVG le plus élevé se retrouve parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans (31 pour mille, en 2011); le deuxième groupe d'âge le plus touché est chez les femmes âgées de 25 à 29 ans (22 pour mille). [3] On peut penser qu'un certain nombre de grossesses menées à terme n'étaient ni planifiées ni désirées.
- L'expérience du Centre de prévention clinique du CSSS du Sud-Ouest-Verdun révèle qu'une grande proportion des personnes qui ont utilisé ce service était composée de femmes en âge de procréer et donc susceptibles de bénéficier des interventions en matière de santé reproductive. [4]
- L'intervention suggérée dans le bilan se veut globale : prévention des ITSS (ce qui peut aider à préserver la capacité reproductive des personnes); prévention des grossesses non planifiées; prévention périconceptionnelle. Cette approche intégrée est similaire à celle préconisée par l'*Association of women's health, obstetric and neonatal nurses*. [2]

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : GROSSESSES NON PLANIFIÉES

BIBLIOGRAPHIE :

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Un nouveau mode d'accès à la pilule contraceptive d'urgence. Document de soutien pour les intervenants et les intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que leurs partenaires. Gouvernement du Québec; 2004. p. 1-15.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-255-03.pdf>
2. Taylor D, James EA. An evidence-based guideline for unintended pregnancy prevention. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2011;40(6):782-93.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266470/pdf/nihms320201.pdf>
3. Girard C. Naissance et fécondité dans *Le bilan démographique du Québec, édition 2013*. Institut de la statistique du Québec; 2013. p. 35-51.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2013.pdf>
4. Hallouche K, Gilbert A, Leane V. Centre de prévention clinique, une initiative du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun : Rapport d'évaluation d'implantation. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2012. p. 1-60.
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-224-1.pdf



SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PÉRICONCEPTIONNELLE

Prévention périconceptionnelle

INTERVENTION CLINIQUE

Évaluer

- Vérifier chez les femmes susceptibles de devenir enceintes :
 - Le statut vaccinal pour la rubéole et la varicelle
 - Si elles planifient une grossesse dans les 12 prochains mois
- Chez les femmes qui planifient une grossesse dans la prochaine année :
 - Vérifier les habitudes de vie : particulièrement l'alimentation, le tabagisme, la consommation d'alcool et drogues
 - Identifier celles qui ont un risque accru d'anomalies congénitales (voir risques ci-dessous)

Examiner

- Mesurer le poids et la taille. Calculer l'indice de masse corporelle (IMC) :
 - Un IMC > 35 kg/m² est un facteur de risque associé aux anomalies du tube neural

Initier des mesures diagnostiques

(ne s'applique pas)

Plan d'intervention

Échanger de l'information

- Conseiller, s'il y a lieu, sur l'alimentation (notamment sur l'[alimentation riche en folates alimentaires](#)), la [cessation tabagique](#), la [consommation d'alcool et de drogues](#) durant la grossesse
- Conseiller sur la [prise prophylactique d'acide folique](#)
- Conseiller, s'il y a lieu, sur la [vaccination contre la rubéole et la varicelle](#) en matière de prévention d'anomalies congénitales

Initier des mesures thérapeutiques

(sans ordonnance collective – dans le cadre d'une activité découlant de la *Loi de la santé publique*)

- Administrer le vaccin combiné contre la rougeole-rubéole-oreillon²

Selon les directives contenues dans le Programme d'immunisation du Québec

Indications¹(en matière de prévention des anomalies congénitales)

Proposer la vaccination aux femmes en âge de procréer qui ne sont pas protégées contre la rubéole. Sont protégées, les personnes qui répondent à l'une des conditions suivantes:

- Qui ont une preuve écrite de vaccination contre la rubéole (même en présence d'une sérologie négative)
- Dont le titre d'anticorps contre la rubéole est ≥ 10 UI/ml

Contre-indications

- Réaction anaphylactique antérieure à une composante du vaccin
- États d'immunosuppression
- Grossesse actuelle
- Tuberculose active non traitée

<p><input type="checkbox"/> Administrer le vaccin contre la varicelle²</p> <p>Selon les directives contenues dans le <i>Protocole d'immunisation du Québec</i></p>	<p>Indications¹ (en matière de prévention des anomalies congénitales) Proposer la vaccination à toutes les femmes en âge de procréer qui ne sont pas protégées contre la varicelle. Sont protégées, les personnes qui répondent à l'une des conditions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ont une preuve écrite de vaccination adéquate contre la varicelle ▪ Ont une histoire antérieure de varicelle après l'âge d'un an ou de zona quel que soit l'âge ▪ Ont une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la varicelle <p>Contre-indications</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaction anaphylactique antérieure à une composante du vaccin ▪ États d'immunosuppression ▪ Grossesse actuelle ▪ Tuberculose active non traitée
---	--

1-Information donnée à titre indicatif. Se référer au *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ) pour connaître les autres indications vaccinales ainsi que les posologies recommandées et le calendrier d'administration de chaque produit

2-Administrer le vaccin combiné RRO-V (rougeole, rubéole, oreillon, varicelle) s'il y a indication de procéder à la vaccination contre la rubéole et la varicelle

Initier des mesures thérapeutiques (sans ordonnance collective)

<p><input type="checkbox"/> Multivitamine contenant de 0,4 mg jusqu'à 1mg d'acide folique</p> <p>Prendre un comprimé par jour (ne pas excéder la dose)</p> <p>Idéalement, au moins 2 à 3 mois avant la conception et jusqu'à 6 semaines postpartum (ou jusqu'à la fin de l'allaitement)</p>	<p>Indications</p> <p>Proposer la prise quotidienne d'une dose de multivitamine aux femmes qui envisagent une grossesse dans la prochaine année et qui ne sont pas à risque accru d'anomalies congénitales</p> <p>Contre-indications</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allergie à l'acide folique ▪ Intolérance à l'une des composantes de la multivitamine (lactose, gluten)
---	--

Initier des mesures thérapeutiques (avec ordonnance collective)

<p><input type="checkbox"/> Multivitamine contenant 5 mg d'acide folique</p> <p>Prendre un comprimé par jour (ne pas excéder la dose)</p> <p>Idéalement, au moins 3 mois avant la conception et jusqu'à 12 semaines après la conception</p> <p>Suivi de</p> <p><input type="checkbox"/> Multivitamine contenant de 0,4 mg à 1mg d'acide folique</p> <p>Prendre un comprimé par jour (ne pas excéder la dose)</p>	<p>Indications</p> <p>Proposer la prise quotidienne d'une dose de multivitamine aux femmes qui envisagent une grossesse dans la prochaine année et ayant l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grossesse antérieure dont le fœtus ou le bébé présentait une anomalie congénitale : anomalies du tube neural (anencéphalie, myéломéningocèle); fente palatine; hydrocéphalie; anomalies cardiaques, des membres ou du tractus urinaire ▪ Antécédents familiaux d'anomalies du tube neural (1^{er}, 2^e, 3^e degré) ▪ Épilepsie ▪ Diabète insulino-dépendant ▪ Obésité (IMC > 35 kg/m²) ▪ Appartenance à un groupe ethnique à risque élevé (sikhs, personne d'origine celtique, personnes originaires du nord de la Chine)
--	---

De la 12 ^e semaine après la conception jusqu'à 6 semaines postpartum (ou jusqu'à la fin de l'allaitement)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Histoire de faible observance avec la médication et présence d'un enjeu lié à des habitudes de vie (mauvaises habitudes alimentaires, utilisation inconstante d'une méthode contraceptive et usage de substances potentiellement tératogènes, alcool, tabac, drogues) <p>Contre-indications</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allergie à l'acide folique ▪ Intolérance à l'une des composantes de la multivitamine (lactose, gluten)
--	--

Initier des mesures thérapeutiques
(sans ordonnance collective *dans le cadre de la Loi médicale* – mise en œuvre prévue au début de 2016)

Infirmière (détenant un permis de prescripteur) prescrit l'acide folique – contenant plus de 1 mg - tel que défini dans le protocole (se référer au droit de prescrire)	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes à risque élevé de malformations congénitales (anomalies du tube neural)
---	--

Guider vers des services

<input type="checkbox"/> Pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diriger les femmes pour les conseils pharmaceutiques relatifs à la prise d'un supplément multivitaminique
-------------------------------------	---

Suivi assuré par l'infirmière

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir, le cas échéant, un rendez-vous de suivi, notamment pour prodiguer des conseils appropriés en matière de maintien et adoption de saines habitudes de vie

Liens à faire avec d'autres éléments du bilan de santé

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une approche globale en matière de santé sexuelle et reproductive comprend également : la prévention des ITSS ainsi que le dépistage du cancer du col utérin (voir ITSS, Cancer du col utérin) ▪ Les habitudes de vie peuvent avoir des conséquences sur une grossesse éventuelle, particulièrement le tabagisme et la consommation d'alcool et drogues (voir Tabagisme et Alcool et drogues) ▪ La grossesse est un facteur de risque associé à la violence conjugale (voir Violence)
--

Outils utiles pour l'intervention

Ressources utiles à la personne

<ul style="list-style-type: none"> ▪ PAGES WEB. <i>L'acide folique Pour la préconception et la grossesse</i>. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. http://sogc.org/fr/publications/lacide-folique-pour-la-preconception-et-la-grossesse/ ▪ BROCHURE. <i>La consommation d'alcool durant la grossesse</i>. Éduc'alcool; 2008. p.1-8. http://educalcoool.qc.ca/wp-content/uploads/2011/12/Grossesse_et_alcool.pdf ▪ BROCHURE. <i>Enceinte? Alcool et drogues, ce qu'il faut savoir</i>. MSSS; 2009. p. 1-12. http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-804-01F.pdf
--

Formations suggérées à l'infirmière

(ne s'applique pas)

Ressources utiles à l'infirmière

- GUIDE DE PRATIQUE. *Les niveaux de consommation d'alcool à faible risque. Guide pour les infirmières et les infirmiers*. OIIQ et Éduc'alcool; 2012. p.1-16.
<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/les-niveaux-de-consommation-d-alcool-a-faible-risque>
- SITE WEB. *Le portail d'information prénatale*. Institut national de santé publique du Québec; 2014.
<http://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/>

Résumé de l'information utile pour l'intervention

Alimentation riche en folates alimentaires

- Principaux aliments riches en folates :
 - Les abats (foie), les légumes verts, les légumineuses; aliments obligatoirement enrichis d'acide folique (farine blanche, les pâtes alimentaires enrichies ainsi que la semoule de maïs)

Tabagisme durant la grossesse

- Conséquences possibles du tabagisme durant la grossesse :
 - Avortement spontané, prématurité, retard de croissance intra-utérine, mortinaissance

Consommation d'alcool et drogues durant la grossesse

- Conséquences possibles de la consommation d'alcool durant la grossesse :
 - Malformations cardiaques, rénales et osseuses; atteintes auditives et visuelles; atteinte à des degrés variables du système neurologique (cognitive, motrice, comportementale); risque plus élevé d'avortement spontané, de retard de croissance, de prématurité et de mort à la naissance
 - Une forte consommation et une consommation répétée durant la grossesse comportent davantage de risques qu'une faible consommation épisodique; la quantité d'alcool qui est pleinement sécuritaire durant la grossesse n'a pas été établie; la recommandation actuelle est de s'abstenir de consommer de l'alcool durant la grossesse
- Conséquences possibles les plus fréquentes pour la plupart des drogues :
 - Avortement spontané, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin; pour certaines drogues : réaction de sevrage du nouveau-né à l'accouchement

Vaccination contre le virus de la rubéole et de la varicelle

- Vaccination vise à prévenir une infection par le virus de la rubéole ou de la varicelle chez une femme enceinte et ses conséquences négatives associées
- Principales malformations associées à l'infection par le virus de la rubéole :
 - Surdité, cataractes, anomalies cardiaques, microcéphalie, d ficiency intellectuelle ainsi que lésions osseuses
- Principales conséquences associées à une infection par le virus de la varicelle :
 - Atrophie cérébrale, d ficiency intellectuelle et anomalies des membres chez le nouveau-né; pneumonie chez la mère

Prise prophylactique d'acide folique

- Prise prophylactique d'acide folique durant une période limitée (avant et durant la grossesse) :
 - Diminue le risque d'anomalies du tube neural (anencéphalie, encéphalocèle, spina-bifida, méningocèle) et possiblement d'autres anomalies telles que malformations cardiaques, malformations réductionnelles des membres, fentes palatines ainsi que malformations du tractus urinaire
 - Entraîne peu ou pas de conséquences négatives, que ce soit pour la mère ou le f etus (risque de grossesse gémellaire légèrement accru dans certaines études, mais ces études n'ont pas contrôlé l'influence possible des interventions liées à l'infertilité)
 - Il est important de ne pas prendre plus d'un comprimé d'une multivitamine par jour afin de ne pas excéder la dose maximale quotidienne de vitamine A (l'excès de vitamine A a été associé à des anomalies congénitales). La vitamine A contenue dans la multivitamine devrait être sous forme de b ta-carotène



SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE

INTERVENTION CLINIQUE : La prévention des anomalies du tube neural

CMQ/DSP-ASSS-Mtl, 2014 [1]

- On suggère aux femmes en âge de procréer la prise d'acide folique (au moins 0,4 mg par jour), au moins 10 semaines avant la grossesse jusqu'à l'allaitement

CMFC, 2010 [2]

- Afin de prévenir les anomalies du tube neural, on suggère aux femmes susceptibles de devenir enceintes :
 - La prise de 0,4 à 0,8 mg par jour, au moins un mois avant et trois après la conception, chez les femmes à faible risque
 - La prise de 4 mg par jour, trois mois avant et trois mois après la conception afin de prévenir les récurrences chez les femmes à haut risque (celles ayant eu une grossesse antérieure avec une anomalie du tube neural)

USPSTF, 2009 [3]

Révision en cours (2015)

- Les recommandations concernent les femmes qui n'ont pas de risque accru d'ATN (les femmes ayant un risque accru étant celles avec une histoire personnelle ou familiale d'ATN, la prise de médication pour traiter l'épilepsie, le diabète maternel et l'obésité – la plupart des organismes recommandent des doses plus élevées)
- On recommande que toutes les femmes qui planifient une grossesse ou qui sont susceptibles de devenir enceintes prennent un supplément contenant entre 0,4 à 0,8 mg d'acide folique. La plupart des études indiquent qu'il faut débuter la prise de suppléments au moins un mois avant la conception et la poursuivre au moins les 2 ou 3 premiers mois de la grossesse
- Les données sont à l'effet que la prise d'un supplément en acide folique durant la période périconceptionnelle n'est pas associée à des effets indésirables importants et qu'elle amène des bénéfices nets substantiels

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE :

PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE

INTERVENTION CLINIQUE : La prévention des anomalies du tube neural

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA, 2007 [4]

- Les femmes en âge de procréer devraient être informées des avantages de la prise de multivitamines renfermant de l'acide folique durant les consultations pour un bilan de santé, particulièrement si une grossesse est envisagée
- Les femmes devraient être informées d'adopter de saines habitudes en matière d'alimentation (basées sur le Guide alimentaire canadien) et des aliments qui sont d'excellentes sources d'acide folique. Toutefois, il est peu probable que la diète seule puisse apporter des niveaux similaires à ceux apportés par les multivitamines avec acide folique

A) Pour les femmes n'ayant pas de risque particulier, qui planifient une grossesse et sont observantes à la médication, les recommandations sont :

- Avoir une alimentation riche en acide folique
- Prendre une multivitamine renfermant de l'acide folique (0,4 à 1 mg) en débutant au moins 2 à 3 mois avant la conception et en poursuivant jusqu'à la 4^e- 6^e semaine postpartum (ou jusqu'à la fin de l'allaitement)

B) Pour les femmes ayant les conditions suivantes :

- Antécédents de grossesse où le fœtus a présenté une anomalie du tube neural (anencéphalie, myéломéningocèle), une fente palatine, des anomalies cardiaques, des membres, ou du tractus urinaire ainsi que l'hydrocéphalie
- Antécédents familiaux d'anomalies du tube neural
- Épilepsie, diabète insulino-dépendant, obésité (indice de masse corporelle > 35 kg/m²)
- Appartenance à un groupe ethnique à risque élevé pour les anomalies du tube neural (ex. sikh)

Les recommandations sont :

- Avoir une alimentation riche en acide folique (pour éviter la récurrence, les aliments enrichis en acide folique sont particulièrement recommandés)
- Prendre un supplément en acide folique de 5 mg, en commençant au moins 3 mois avant la conception et en poursuivant jusqu'à la 10^e ou 12^e semaine post-conception
- À partir de la 12^e semaine post-conception, prendre une multivitamine renfermant de l'acide folique (0,4 à 1 mg) en poursuivant jusqu'à la 4^e- 6^e semaine postpartum (ou jusqu'à la fin de l'allaitement)

C) Pour les femmes ayant les caractéristiques suivantes :

- Une histoire de faible observance à la médication et un enjeu lié à des habitudes de vie (alimentation variable, utilisation inconstante d'une méthode contraceptive et l'usage de substances potentiellement tératogènes, alcool, tabac, drogues)

Les recommandations sont :

- Conseiller les femmes sur la prévention des anomalies congénitales et des problèmes de santé grâce à la prise de multivitamines renfermant de l'acide folique
- Avoir recours à la stratégie visant l'apport d'un supplément avec une plus haute dose d'acide folique (5 mg) afin de permettre un niveau plus adéquat de folate érythrocytaire qu'avec une prise irrégulière de suppléments vitaminés avec de l'acide folique (et ce, avec un risque additionnel minimal pour la santé)

SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE :

PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE

INTERVENTION CLINIQUE : Prévention des anomalies du tube neural

Intervention suggérée pour le bilan de santé

- La prévention des anomalies du tube neural s'inscrit dans une approche intégrée de santé périconceptionnelle qui comprend également : la promotion de saines habitudes de vie et l'immunisation contre la rubéole et la varicelle
- Chez les femmes susceptibles de devenir enceintes, l'infirmière vérifie :
 - Le statut vaccinal pour la rubéole et la varicelle et propose, le cas échéant, la vaccination
 - Si elles planifient une grossesse dans les 12 prochains mois
- Chez les femmes qui planifient une grossesse dans la prochaine année, l'infirmière :
 - Évalue sommairement l'alimentation, le tabagisme, la consommation d'alcool et drogues et effectue un counseling, le cas échéant, sur les aliments riches en folates, la consommation d'alcool et drogues durant la grossesse et la cessation tabagique
 - Identifie celles qui ont un risque accru d'anomalies congénitales (facteurs définis par la SOGC)
 - Informe sur les avantages de la prise d'un supplément d'acide folique dans la prévention des anomalies du tube neural et de certaines autres anomalies congénitales
 - Suggère la prise d'une multivitamine

Chez les femmes à faible risque : multivitamine contenant de 0,4 mg à 1 mg d'acide folique au moins 2 à 3 mois avant la conception et jusqu'à 6 semaines postpartum ou jusqu'à la fin de l'allaitement

Chez les femmes à risque accru d'anomalies congénitales : multivitamine contenant 5 mg d'acide folique, au moins 3 mois avant la conception et jusqu'à 12 semaines post-conception suivie de la prise d'une multivitamine contenant de 0,4 mg à 1 mg d'acide folique de la 12^e semaine post-conception jusqu'à 6 semaines postpartum ou jusqu'à la fin de l'allaitement

- L'infirmière dirige les femmes vers un pharmacien communautaire afin de recevoir les conseils pharmaceutiques sur la prise d'une multivitamine relativement à la prévention des anomalies congénitales

Justification de l'intervention proposée

- Les organismes s'entendent sur l'efficacité de la prise d'un supplément d'acide folique pour prévenir les anomalies du tube neural et sur le fait que la dose requise varie selon le niveau de risque
- Dans les études qui ont prouvé l'efficacité de l'acide folique à prévenir ces anomalies, l'acide folique était administré sous forme de supplément
- La dose d'acide folique et la période durant laquelle elle devrait être prise varient légèrement d'un organisme à l'autre. Nous avons repris les recommandations de la SOGC dans un souci d'harmoniser les pratiques cliniques



SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE : PRÉVENTION PÉRICONCEPTIONNELLE

BIBLIOGRAPHIE :

1. Thivierge C, Blais J, Fournier C, Goulet F, Hanna D, Kossowski A, et al. L'évaluation médicale périodique de l'adulte. Direction de santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec; 2014. p. 1-42.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada. Explanations for the Preventive Care Checklist Form©. Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010. p. 1-5.
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/PreventiveCareChecklistExplanation2011.pdf
3. U.S. Preventive Services Task Force. Folic acid for the prevention of neural tube defects: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2009;150:626-31.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=744473>
4. Wilson RD, Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, The Motherisk Program. Pre-conceptional vitamin/acid folic supplementation 2007: The use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. J Obstet Gynaecol Can 2007;29(12):1003-13.