

Avantages du dépistage opportuniste des infections transmissibles sexuellement en médecine de soins primaires

Troy Grennan MD MSc, Darrell H.S. Tan MD PhD

■ Citation : *CMAJ* 2021 April 19;193:E566-7. doi : 10.1503/cmaj.210604-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210604; voir la ligne directrice connexe en français au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.201967-f, et en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.201967

On assiste actuellement à une épidémie mondiale d'infections bactériennes transmissibles sexuellement (ITS), telles que syphilis, chlamydia et gonorrhée; l'Organisation mondiale de la santé estime à près d'un million par jour le nombre d'ITS qu'il est possible de traiter¹. Le Canada n'est pas en reste, avec des augmentations de plus de 160 % au cours des 10 dernières années². Un élément central du contrôle des ITS est le dépistage, mais le manque de données probantes sur la façon de procéder, particulièrement en ce qui concerne la fréquence des tests, explique qu'il y ait peu de recommandations à cet effet.

Dans une ligne directrice connexe émise par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, Moore et ses collaborateurs recommandent le dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée en médecine de soins primaires³. Cette publication met à jour les recommandations nationales sur le dépistage de l'Agence de la santé publique du Canada^{4,5} et du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical préventif⁶ dont la dernière mise à jour remonte à 1996. Les auteurs soulignent qu'ils ont appliqué à la lettre le système GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)⁷, une méthodologie largement acceptée pour la préparation de lignes directrices de pratique clinique qui inclut une revue documentaire systématique, un processus biphasique de participation des patients et une discussion en toute transparence sur les bénéfices et les préjudices qui y sont associés, ainsi que les enjeux de leur mise en application.

Étant donné le peu de données disponibles, la ligne directrice ne formule qu'une seule recommandation conditionnelle fondée sur des données probantes de très faible certitude : les professionnels en soins primaires devraient procéder une fois l'an au dépistage opportuniste chez les individus de moins de 30 ans actifs sexuellement et non connus comme appartenant à un groupe à risque à l'égard de la chlamydia et de la gonorrhée.

POINTS CLÉS

- Le manque de données probantes signifie que les conseils sur la façon d'aborder le dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITS) courantes en médecine de soins primaires sont rares.
- La recommandation de la nouvelle ligne directrice émise par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs d'offrir une fois l'an le dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée aux individus de moins de 30 ans actifs sexuellement, est justifiée et bienvenue, et ses bénéfices iront bien au-delà de la simple découverte de cas.
- Étant donné que les ITS sont souvent asymptomatiques, qu'elles peuvent entraîner de graves séquelles, favoriser une transmission substantielle de ces infections et constituer un facteur de risque indépendant d'acquisition du VIH, le fait d'augmenter le rendement diagnostique grâce au dépistage opportuniste pourrait avoir une valeur inestimable.
- Le dépistage opportuniste périodique peut aussi contribuer à normaliser les discussions entre médecins et patients sur la santé sexuelle, l'orientation sexuelle et les ITS, et réduire ainsi la stigmatisation.

rhée. Selon les auteurs, ce dépistage pourrait conférer « des bénéfices incertains, mais potentiellement importants », comme la prévention de la maladie inflammatoire pelvienne chez les femmes.

Un des atouts de la recommandation est que les auteurs élargissent intentionnellement leurs recommandations de dépistage aux individus jusqu'à l'âge de 29 ans (comparativement à l'ancienne limite d'âge de 25 ans) pour s'assurer de toucher les personnes qui présentent les plus hauts taux d'ITS. Cette hausse de la limite d'âge est motivée par des données récentes sur l'augmentation des taux d'ITS chez les 25-29 ans. En effet, depuis 2012, le taux de gonorrhée au Canada demeure

plus élevé dans ce groupe d'âge que chez les 15–19 ans, les données de 2017 faisant état de 264 cas par 100 000 de population, contre 151 par 100 000, respectivement².

Un autre atout est l'importance que les auteurs accordent à la nature opportuniste du dépistage. Même si les essais randomisés et contrôlés disponibles n'ont pas explicitement examiné cette approche, une telle stratégie est logique parce qu'elle mise sur l'existence préalable de liens avec le système de santé pour mettre à profit des services qui sont précieux pour les patients. L'expérience acquise avec l'épidémie de VIH rappelle la valeur de l'approche opportuniste; trop souvent, notre système de santé identifie les personnes porteuses de VIH à un stade avancé de la maladie; et on se rend compte alors des « occasions manquées » de poser ce diagnostic bien avant, lors de consultations médicales demandées pour d'autres motifs^{8,9}. Étant donné que les ITS sont souvent asymptomatiques, qu'elles peuvent entraîner de graves séquelles (p. ex., maladie inflammatoire pelvienne, infertilité, infection gonococcique disséminée), favoriser une transmission substantielle de ces infections et représenter un facteur de risque indépendant d'acquisition du VIH^{10,11}, le fait d'augmenter le rendement diagnostique grâce à ce type de dépistage pourrait avoir une valeur inestimable.

Un dernier bénéfice potentiel de la recommandation des auteurs est sa capacité de normaliser la discussion entre médecins et patients sur la santé sexuelle et les ITS, discussion qui a longtemps été entravée par la stigmatisation et la honte. Offrir le dépistage peut aider les patients à sentir qu'ils ont la « permission » d'aborder des enjeux de santé délicats. La revue documentaire effectuée par les auteurs a identifié la stigmatisation et l'anxiété reliées aux ITS parmi les quelques inconvénients de leur dépistage. Pourtant, en posant délibérément des questions relatives aux ITS lors de consultations pour d'autres motifs, on envoie aux patients un signal puissant qui peut contribuer à tempérer la peur de la stigmatisation¹².

Le dépistage opportuniste des ITS en médecine de soins primaires représente un important pas dans la bonne direction. Cependant, la recommandation a pour inconvénient d'exclure certains groupes plus à risque à l'égard des ITS, ce qui nous force à nous demander comment les professionnels de la santé pourront débusquer les individus plus à risque. Par exemple, selon plusieurs études, jusqu'à 90 % des hommes gais, bisexuels et autres qui ont des relations sexuelles avec des hommes, un groupe affecté de manière disproportionnée par les ITS, taisent leur orientation sexuelle à leur médecin¹³. Reconnaisant la stigmatisation associée à la santé sexuelle, les professionnels de la santé devraient non seulement offrir le dépistage opportuniste des ITS à leurs patients à faible risque, mais aussi, dans un premier temps, évaluer leur réel profil de risque, sans porter de jugement. Sans ce genre de discussion, d'autres aspects de la santé sexuelle des individus plus à risque, comme le dépistage du VIH ou d'autres ITS extragénitales (p. ex., rectales ou pharyngées) pourraient facilement être éclipsés.

Les ITS bactériennes continuent d'être un problème de santé publique partout dans le monde et pourtant, des questions fondamentales (p. ex., qui faut-il soumettre au dépistage,

à quel moment et à quelle fréquence) restent sans réponses. En effet le plus inquiétant problème qui émerge des travaux ayant mené à cette nouvelle ligne directrice est la rareté de la recherche de qualité sur le dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée. Malgré une approche de revue systématique exhaustive et méthodologiquement rigoureuse, les auteurs se sont retrouvés avec un petit nombre d'études de qualité, dont plusieurs ne s'appliquaient pas particulièrement au contexte des soins primaires (p. ex., l'utilisation d'invitations par la poste pour le dépistage). Il faut souligner le mérite des responsables de la ligne directrice qui ont mené à bien cette importante investigation dans un secteur négligé de la recherche, mais leurs conclusions devraient aussi être considérées comme un appel à l'action pour les médecins, les chercheurs et les professionnels de la santé publique afin que la santé sexuelle et les ITS soient abordées dans les cabinets de consultation et priorisées par les programmes de recherche.

Références

1. Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect Dis* 2017;17:e235-79.
2. Report on sexually transmitted infections in Canada, 2017. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2019, modified 2020 Jan. 27. Accessible ici : www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/report-sexually-transmitted-infections-canada-2017.html (consulté le 12 mars 2021).
3. Moore A, Traversy G, Reynolds D, et al. Recommendations on screening for chlamydia and gonorrhoea in primary care for individuals not known to be at high risk. *CMAJ* 2021;193:E549-59.
4. Section 2: Canadian guidelines on sexually transmitted infections: primary care and sexually transmitted infections. Ottawa: Public Health Agency of Canada; modified 2013 Feb. 1. Accessible ici : www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/canadian-guidelines/sexually-transmitted-infections/canadian-guidelines-sexually-transmitted-infections-17.html (consulté le 12 mars 2021).
5. Chlamydia and LGV: screening and diagnostic testing. Public Health Agency of Canada; modified 2020 May 6. Accessible ici : www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/canadian-guidelines/chlamydia-lgv/screening-diagnostic-testing.html (consulté le 12 mars 2021).
6. Davies HD, Wang EE. Periodic health examination, 1996 update: 2. Screening for chlamydial infections. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *CMAJ* 1996;154:1631-4.
7. Atkins D, Best D, Briss PA, et al.; GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004;328:1490.
8. Nanditha NGA, St-Jean M, Tafessu H, et al. Missed opportunities for earlier diagnosis of HIV in British Columbia, Canada: A retrospective cohort study. *PLoS One* 2019;14:e0214012.
9. Shaw S, Ireland L, Carnochan T, et al. A retrospective population-based examination of prescription drug usage prior to HIV diagnosis among HIV cases and their controls: the Missed Opportunity for Diagnoses Epidemiological Study (MODES) [conférence]. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 2015 Feb. 23–26; Seattle, WA. Abstract 1054.
10. Cohen MS. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. *Lancet* 1998;351(Suppl 3):5-7.
11. Fleming DT, Wasserheit JT. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 1999;75:3-17.
12. Hood JE, Friedman AL. Unveiling the hidden epidemic: a review of stigma associated with sexually transmissible infections. *Sex Health* 2011;8:159-70.
13. Qiao S, Zhou G, Li X. Disclosure of same-sex behaviors to health-care providers and uptake of HIV testing for men who have sex with men: a systematic review. *Am J Mens Health* 2018;12:1197-214.

Intérêts concurrents : Troy Grennan signale être investigateur d'un site de recherche clinique pour des essais commandités par Gilead et Merck. Darrell Tan signale être investigateur principal d'un site d'essais cliniques commandités par GlaxoSmithKline. L'établissement du D^r Tan a reçu des subventions pour des travaux menés à l'initiative d'investigateurs de Gilead, Viiv Healthcare et AbbVie.

Cet article a été sollicité et il n'a pas été révisé par des pairs.

Affiliations : Laboratoire de lutte contre la maladie de la Colombie-Britannique (Grennan); Département de médecine, Division d'infectiologie, Université de la Colombie-Britannique (Grennan), Vancouver, C.-B.; Division d'infectiologie (Tan), Hôpital St. Michael; Département de médecine (Tan), Université de Toronto, Toronto, Ont.

Collaborateurs : Les deux auteurs ont contribué à la conception du travail, ont rédigé le manuscrit et en ont révisé de façon critique le contenu intellectuel important; ils ont donné leur approbation finale pour la version destinée à être publiée et assument l'entière responsabilité de tous les aspects du travail.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

Correspondance : Troy Grennan, troy.grennan@bccdc.ca